

РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. А.И. ГЕРЦЕНА

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГИИ РАЗВИТИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ

**МОДЕЛЬ И ПРИНЦИПЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
СИСТЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

МОНОГРАФИЯ

Авторы:

Семикин В.В.

декан психолого-педагогического факультета РГПУ им. А.И.Герцена,
заведующий кафедрой психологии развития и образования, доктор
психологических наук, профессор, почетный работник высшего
профессионального образования

Малкова Е.Е.

заместитель заведующего кафедрой клинической психологии психолого-
педагогического факультета РГПУ им. А.И.Герцена; старший научный
сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики СПб
НИПНИ им. В.М.Бехтерева, кандидат психологических наук, доцент

Санкт-Петербург
2013

*Печатается по рекомендации Ученого Совета
психолого-педагогического факультета
и решению Редакционно-издательского совета
РГПУ им. А.И.Герцена*

Рецензенты:

Зав.кафедрой медицинской психологии и психофизиологии психологического факультета СПбГУ, доктор психологических наук, профессор **О.Ю.Щелкова**

Ведущий научный сотрудник Отделения гериатрической психиатрии СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, доктор медицинских наук **Л.С.Круглов**

Семикин В.В., Малкова Е.Е.

Модель и принципы функционирования системы психологического сопровождения деятельности гериатрической службы. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2013. – 190 с.

В монографии представлено обоснование создания системы психологического сопровождения Городской гериатрической медико-социальной службы (ГГМСС), дано подробное описание ее оптимизированной модели (администрирование, структура, состав), обоснованы принципы организационно-технического и информационного взаимодействия между подразделениями системы, включающие предложения по формированию штатного состава, квалификационным требованиям, организации подготовки и переподготовки персонала. Отдельный раздел посвящен методическим рекомендациям по индивидуальной и групповой работе психолога с пациентами, релаксационным занятиям, работе с персоналом ГГМСС, включая конкретные методики психодиагностики, психокоррекционного и психотерапевтического воздействия.

Материалы данной монографии будут полезны руководителям медицинских учреждений, гериатрам и психологам ГГМСС, а также преподавателям и студентам, обучающимся по специальности «Клиническая психология» и «Гериатрия».

Содержание

Предисловие авторов	9
Раздел 1. Аналитическая справка - обоснование создания системы психологического сопровождения ГГМСС	14
Введение	14
1.1. Государственная политика в отношении населения старших возрастных групп	17
1.2. Правовая база гериатрической службы	20
1.3. Структура гериатрической службы	23
1.4. Медико-социальное обслуживание пожилых пациентов на дому	25
1.5. Медико-психолого-социальное обслуживание пожилых людей в условиях дневного стационара.....	31
1.6. Амбулаторно-поликлиническая помощь пожилому населению.	33
1.7. Стационарное медико-психолого-социальное обслуживание пожилых пациентов	34
1.8. Гериатрический центр – особый тип учреждения медико-социального обслуживания пожилого населения.....	36
1.9. Проблема ведомственной разобщённости в организации гериатрической службы.....	39
1.10. Подготовка профессиональных кадров	42
Заключение.....	46
Раздел 2. Оптимизированная модель системы психологического сопровождения ГГМСС (администрирование, структура, состав). Обоснование принципов организационно-технического и информационного взаимодействия между подразделениями системы. ..	48
2.1. Общие положения по организации деятельности службы психологического сопровождения при государственных учреждениях гериатрической службы.....	49
2.2. Основные направления и организация деятельности подразделений психологического сопровождения гериатрической службы.....	53

2.3. Порядок предоставления специализированной психологической помощи лицам пожилого возраста учреждениями здравоохранения	62
Раздел 3. Предложения по формированию штатного состава, квалификационным требованиям и организации подготовки и переподготовки персонала службы психологического сопровождения пожилых людей.	67
3.1. Примерное штатное расписание службы психологического сопровождения при Городском гериатрическом медико-социальном центре	67
3.2. Примерное штатное расписание службы психологического сопровождения при гериатрическом медико-социальном отделении районной поликлиники с численностью граждан старших возрастных групп не менее 10 тыс. на территории районов	68
3.3. Квалификационные требования и организация подготовки и переподготовки персонала службы психологического сопровождения пожилых людей.....	69
Раздел 4. Предложения по материально-техническому обеспечению деятельности системы психологического сопровождения ГГМСС и ее подразделений.	73
4.1. Помещения для психологической коррекции и реабилитации	73
4.2. Помещения службы психологического сопровождения при социально-психологического и социально-реабилитационного отделений.....	73
4.3. Помещения службы психологического сопровождения при отделениях лечебно-трудовой реабилитации	74
4.4. Научно-исследовательские, методические и информационные помещения службы психологического сопровождения	74
4.5. СНиП организации помещений службы психологического сопровождения пожилых людей.....	74
4.6. Организация рабочего места психолога гериатрической службы	76

Раздел 5. Описание комплекса методического обеспечения системы психологического сопровождения ГГМСС.....	79
5.1. Комплект нормативно-правовой документации Федерального и регионального уровней по обеспечению деятельности гериатрической службы и деятельности специалистов службы психологического сопровождения.....	79
5.1.1. Нормативные правовые акты федерального уровня.....	79
5.1.2. Нормативные правовые акты регионального уровня	81
5.2. Положение о службе психологического сопровождения ГГМСС	81
5.3. Требования к плану работы психолога гериатрической службы.....	81
5.3.1. Основная документация в деятельности психолога гериатрической службы	81
5.3.2. Экспериментально-психологические и психометрические методы исследования.....	82
5.3.3. Программы индивидуальной и групповой работы психолога с пожилыми пациентами, их родственниками и медицинским персоналом	83
5.4. Инструкция о психологическом обслуживании для работников ГГМСС, пациентов гериатрической службы и их родственников.....	84
5.5. Библиотека практического психолога	84
5.6. Технические средства обеспечения индивидуальной и групповой работы психолога.....	84
Раздел 6. Проекты методических рекомендаций по индивидуальной и групповой работе психолога с пациентами, релаксационным занятиям, работе с персоналом.	85
6.1. Психологические особенности пожилого возраста	85
6.1.1. Когнитивные процессы в пожилом возрасте.	85
6.1.2. Задачи возраста.	88
6.1.3. Явление мудрости.	90
6.1.4. Пребывание пожилого человека в специализированном центре. ...	92

6.1.5. Успешная старость.....	94
6.2. Программа адаптации.....	99
6.3. Программы организации досуга.....	99
6.4. Программа релаксационного тренинга, в том числе, с использованием аппаратуры БОС.....	100
6.5. Программа разъяснительной и успокаивающей терапии.....	101
6.6. Программы аутогенных тренировок.....	102
6.7. Программа терапии творческим самовыражением.....	103
6.8. Программа религиозного направления работы.....	104
6.9. Программы индивидуальной психотерапии.....	105
6.10. Программы групповой психотерапии.....	106
6.11. Программа психологической реабилитации.....	108
6.12. Программа поддержания связи с окружающим миром.....	111
6.13. Программы посещения пожилых людей студентами-волонтерами..	111
Приложение. Положение о службе психологического сопровождения Городского гериатрического медико-социального центра.....	113
Приложение. Методика «Самочувствие, активность, настроение».....	120
Приложение. Экспертный лист (для персонала).....	122
Приложение. Текст опросника «Шкала госпитальной тревоги и депрессии» (HADS).....	125
Приложение. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, agant. Folstein et al., 1975).....	128
Приложение. Шкала общего ухудшения когнитивных функций (GDS) (Reisberg B. et al., 1982).....	132
Приложение. Шкала тяжести деменции (CDR) (Morris J.C., 1993).....	133
Приложение. Батарея лобной дисфункции. FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB) (B.Dubois et al., 1999.).....	135
Приложение. Тест рисования часов.....	137
Приложение. Ишемическая шкала Хачинского (Hachinski V.C., 1978).....	139

Приложение. ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА	140
Приложение. Требования к плану работы психолога	145
Приложение. Журнал консультаций психолога	146
Приложение. Журнал регистрации обращений к психологу	147
Приложение. Журнал учета групповых форм работы	148
Приложение. Результаты психологической работы	149
Приложение. Антропометрия пожилого человека	150
Приложение. Зоны досягаемости пожилого человека	151
Приложение. Экспликация оборудования кабинета психолога-консультанта	152
Приложение. Экспликация оборудования кабинета психолога-реабилитолога с темной комнатой	153
Приложение. Экспликация оборудования кабинета психологической диагностики	154
Приложение. Рекомендации по оценке результатов стандартной батареи тестов для психологической оценки пожилых людей	155
Приложение. Методические рекомендации по оценке результатов экспериментально-психологических и психометрических методов оценки наличия депрессивной симптоматики у пожилых пациентов	157
Приложение. Методические рекомендации по психометрической и экспериментально-психологической оценке сосудистых деменций у пожилых пациентов	161
Приложение. Проект инструкции о психологическом обслуживании для работников ГГМСС, пациентов гериатрической службы и их родственников	167
Приложение. Перечень рекомендаций по работам, выполнение которых предусмотрено «Планом по развитию гериатрической службы Санкт-Петербурга на 2011-2013 годы» по п. 2.7 медико-экономического	

обоснования «Создание на базе ГТМСЦ системы психологического сопровождения пациентов»	171
Список рекомендованной литературы	176

Предисловие авторов

В настоящее время в обществе появилось осознание проблемы старения населения и её последствий. Так, на данный момент в Санкт-Петербурге проживает 92134 человека старше 80 лет, 12035 человек – старше 90 лет и 110 человек – старше 100 лет. Исходя из этого, резкое постарение населения приобретает статус важнейшей социальной проблемы, которая оказывает значительное влияние на экономические, производственные и общественные отношения современного мира, а качество решения этой проблемы во многом определяет организация гериатрической службы.

Изменение возрастного состава населения ставит перед наукой ряд вопросов психологического характера, в том числе, преодоление негативного отношения к пожилым людям как ненужным обществу. Это отношение имеет выражение в негативных стереотипах и образах старости и пожилых людей, эйджизме, дискриминации. В связи с этим, проблема организации социально-психологических условий развития личности пожилого человека является чрезвычайно актуальной, поскольку её решение не только определяет активность пожилого человека и его позицию в жизни общества, но и выводит эту проблему в более широкий социальный контекст - создание психологических возможностей для адаптации пожилых людей к новой социальной ситуации и изменение отношения к ним в обществе.

Многообразие процессов, влияющих на старение организма человека, диктует необходимость формирования комплекса государственных и межгосударственных мероприятий по профилактике патологии старения, мероприятий по обеспечению динамического соответствия приспособительных возможностей организма человека с естественными и антропогенными изменениями окружающей среды.

В сложившейся ситуации под улучшением качества жизни жителей Санкт-Петербурга пожилого возраста, мы рассматриваем, прежде всего, возможность получения ими квалифицированных медицинских,

психологических и социальных услуг, что будет способствовать улучшению их социально-психологической адаптации.

Однако до сих пор остаются нереализованными вопросы медико-психолого-социального сопровождения лиц пожилого возраста. А тем временем, именно устойчивое повышение качества жизни пожилых людей и инвалидов, создание среды жизнедеятельности, адекватной их возрасту и состоянию здоровья является главной целью работы службы психологического сопровождения. Именно поэтому организация помощи пожилым и старым людям не ограничивается только медицинскими мерами и должна носить комплексный медико-психолого-социальный характер.

Изменения при старении в большей степени затрагивают структуры мозга, регулирующие настроение и интеллектуальные процессы. При этом с достижением пожилого возраста человеку предстоит освоить и новую иерархию возрастных задач. Ведь именно с пожилым возрастом связывают понятие мудрости, которая в свою очередь, выступает как когнитивное свойство, в основе которого лежит культурно обусловленный интеллект и которое тесно связано с опытом и личностью человека.

Наряду с этим, определенную роль играет и существующая в обществе мировоззренческая позиция в отношении здоровья пожилых и стариков, которая определяется понятием «эйджизм». Этот феномен проявляется не только в пессимистических представлениях самих пациентов о своем здоровье, но и в терапевтическом нигилизме врачей.

Сложность дифференциальной диагностики заболеваний, в том числе психических, у лиц пожилого и старческого возраста и, как следствие этого, несвоевременность или отсутствие оказания терапевтической, профилактической помощи в первичном звене здравоохранения делает актуальным внедрение в гериатрическую службу специалистов, оказывающих квалифицированную психологическую помощь со знанием специфики данной категории пациентов, их возрастных особенностей, с

учетом соматогенных и внешнесредовых, социальных факторов, влияющих на формирование клинической картины.

Не смотря на все это последнее десятилетие в литературе всё чаще встречаются утверждения о старости как о возрасте развития (М.Д. Александрова, 1974; Л.И. Анцыферова, 1994, 1996, 2006; Т.В. Карсаевская, 1997; О.В. Краснова, 2006; О.В. Краснова, АЛ. Лидере, 2002; В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев, 2000 и др.).

Обращение к проблеме медико-психолого-социального сопровождения пожилого человека имеет глубокие теоретико-методологические корни, а решение проблемы организации и внедрения системы соответствующих мероприятий и ориентированных на решение этих задач служб должно способствовать утверждению принципа развития, пониманию самоопределения личности как живого, непрерывно расширяющегося процесса. В связи с этим, проблема организации специализированной службы психологического сопровождения в гериатрии является чрезвычайно актуальной, поскольку её решение не только определяет активность пожилого человека и его позицию в жизни общества, но и выводит эту проблему в более широкий социальный контекст - создание психологических возможностей для адаптации пожилых людей к новой социальной ситуации и изменение отношения к ним в обществе.

Опираясь на многолетний опыт практической работы в области психологии развития и клинической психологии, авторы изложили свою концепцию видения, так называемую, идеальную модель системы психологического сопровождения деятельности гериатрической службы на примере Санкт-Петербурга. Разработка данной модели предусмотрена Планом по развитию гериатрической службы Санкт-Петербурга на 2011-2013 годы. Соответственно, представленная нами модель и провозглашенные в ней принципы функционирования системы были разработаны авторами в рамках выполнения научно-исследовательской работы в рамках договора № 610 от 04 июня 2012 года «Об оказании услуг по разработке модели и

принципов функционирования системы психологического сопровождения деятельности гериатрической службы Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга и основ ее методического обеспечения» между ФГБОУ «Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена» и СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр».

В первом разделе данной монографии дана всесторонняя оценка государственной политики в отношении населения старших возрастных групп, существующей правовой базе, структуре и характеру оказываемой помощи, обозначены проблемы межведомственной разобщенности и подготовки квалифицированных кадров для обеспечения деятельности гериатрической службы.

Во втором разделе представлено собственно авторское видение оптимизированной модели системы психологического сопровождения лиц пожилого возраста в рамках гериатрической службы – основные направления деятельности, организация и порядок предоставления специализированной психологической помощи.

В третьем разделе даны конкретные предложения по формированию штатного состава, расписанию и квалификационным требованиям к подготовке и переподготовке персонала службы психологического сопровождения.

Четвертый раздел монографии целиком и полностью посвящен предложениям по материально-техническому обеспечению деятельности системы, включая подробное описание характеристик помещений службы как самостоятельного подразделения, так и в составе специализированных отделений в клинике и амбулатории.

В пятом разделе дается подробное описание комплекса методического обеспечения системы психологического сопровождения гериатрической службы – необходимый комплект нормативно-правовой документации

различного уровня, квалификационные требования к плану работы и инструкции по обслуживанию контингента.

Шестой раздел содержит проекты методических рекомендаций по индивидуальной и групповой работе психолога с пациентами гериатрической службы, их родственниками и персоналом.

Особое место в монографии отведено приложениям, содержащим материалы для обеспечения практической работы службы психологического сопровождения пожилых людей.

Авторы питают надежду на активное обсуждение обозначенных путей решения проблемы создания модели и провозглашенных принципов функционирования специализированной службы психологического сопровождения и с благодарностью примут любые пожелания относительно ее усовершенствования.

Раздел 1. Аналитическая справка - обоснование создания системы психологического сопровождения ГГМСС

Введение

Важнейшим демографическим феноменом на рубеже XX – XXI вв. явилось глобальное увеличение продолжительности жизни населения и, как следствие, адекватный рост доли пожилых людей в общей популяции населения стран всего мира. Темп прироста пожилого населения значительно опережает темп прироста всего населения. При этом, чем старше возрастная группа, тем интенсивнее растёт её численность. Резкое постарение населения является важнейшей социальной проблемой, которая оказывает значительное влияние на экономические, производственные и общественные отношения современного мира, а качество решения этой проблемы во многом определяет организация гериатрической службы.

Многообразие процессов, влияющих на старение организма человека, диктует необходимость формирования комплекса государственных и межгосударственных мероприятий по профилактике патологии старения, мероприятий по обеспечению динамического соответствия приспособительных возможностей организма человека с естественными и антропогенными изменениями окружающей среды.

Вместе тем, цивилизованным обществом, ещё не полностью осознана сущность старения, значение этого процесса в эволюционном развитии человечества.

Прежде всего, старение представляет собой физиологический акт, неизбежный фактор развития организма. Жизнь не может протекать без старения, старение наиболее фундаментальный биологический процесс, который определяет все остальные категории онтогенетической трансформации живого существа. Старение и развитие – это двуединый, неразрывный процесс. Так же как жизнь индивида не может существовать без смерти, а смерть без жизни, так и его развитие не может проходить без

старения. При этом старение занимает не конечный этап, а всю область жизни индивида между полюсами его зарождения и смерти. Как это ни покажется парадоксальным, но интенсивность процессов старения гораздо выше в молодые годы, чем в пожилом и старческом возрасте.

Особо важный элемент в глобальности проблемы старения состоит в том, что стареет не только индивид и даже не биологический вид, а стареет вся биосфера в целом. При этом именно процесс старения определяет развитие биосферы, т.е. интегральное развитие жизни на Земле.

Понимание учеными, политическими деятелями и населением в целом сущности биологии старения, роли старения в развитии жизни, в развитии человека, в решении экономических и социальных проблем в целом - позволит создать общество возрастной гармонизации, в котором будут рационально использоваться духовные, физические и интеллектуальные ресурсы различных возрастных групп населения, где пожилой человек будет занимать наиболее достойное место.

Что же касается Северо-Западного региона России, а в частности – Санкт-Петербурга и Ленинградской области, то ситуацию можно охарактеризовать следующим образом. За последние 11 лет количество жителей Санкт-Петербурга пожилого возраста возросло на 100 тыс. человек и в настоящее время составляет 23% от общей численности населения Санкт-Петербурга. Следствием увеличения количества жителей Санкт-Петербурга пожилого возраста является увеличение числа старых жителей Санкт-Петербурга (то есть старше 75 лет). В настоящее время в Санкт-Петербурге проживает 92134 человека старше 80 лет, 12035 человек – старше 90 лет и 110 человек – старше 100 лет.

Таким образом, анализируя величины показателей численности пожилых людей по отношению к общей численности населения, Санкт-Петербург следует отнести к регионам «демографической старости», а по темпам старения населения Санкт-Петербург занимает одно из первых мест в России.

К 2012 году при прогнозируемом уменьшении общей численности населения Санкт-Петербурга количество жителей Санкт-Петербурга пожилого возраста увеличилось еще на 100 тыс. человек и составило 27% от общей численности.

В сложившейся ситуации под улучшением качества жизни жителей Санкт-Петербурга пожилого возраста, следует рассматривать, прежде всего, возможность получения ими квалифицированных медицинских, психологических и социальных услуг, что будет способствовать улучшению их социально-психологической адаптации.

Однако до сих пор остаются малоизученными вопросы социально-психологического сопровождения лиц пожилого возраста. Исследование пожилых людей как социальной общности осуществлялось значительным количеством зарубежных и отечественных авторов. В основном они касались вопросов психофизического состояния пожилых людей, затрагивали проблемы отчуждения, изоляции, одиночества лиц пожилого возраста, а также отношения общества к пожилым людям и проявления эйджизма (Анцыферова Л. И., Беленькая И. Г., Дыскин А. А., Козлов А. А., Яцемирская Р. С., Штенберг Э. Я. и др.). Вопросы социально-экономического характера были тесно связаны с социальной политикой конкретных государств.

В отечественной научной литературе интерес к социальной общности пожилых стал наиболее активно проявляться с начала 90-х годов XX века и затрагивал весь спектр проблем пожилых, но в разной степени. Л. И. Анцыферова акцентировала внимание на социальном статусе пожилого человека с учетом резких социальных перемен, которые внесла перестройка в жизнь общества, выявляя основные факторы, которые негативно сказались на качестве жизни пожилого человека: политический, экономический, социально-психологический, социокультурный и др. Исследователи проблем пожилых Г. С. Сухобская и Н. М. Божко сделали попытку внести данную проблему в цивилизационный контекст и указать на возможные ресурсы развития личности пожилого в связи с документами ООН и

Общеввропейской политикой. Ими было отмечено в качестве таких важнейших ресурсов социальной общности пожилых: образование, социокультурная деятельность, возможность использования внутреннего потенциала в общественной и посильной трудовой деятельности.

1.1. Государственная политика в отношении населения старших возрастных групп

Государственная политика в отношении населения старших возрастных групп в настоящее время имеет неоправданно узкую направленность – создание условий существования пожилого человека на минимальном физиологическом уровне. Вместе с тем проблемы пожилых отличаются многогранностью и требуют принятия комплексных мер по улучшению всех показателей качества жизни.

Следует признать, что медико-психолого-социальная политика по отношению к пожилым гражданам нашей страны на сегодняшний день страдает бессистемностью и ограничивается рядом краткосрочных мер. В то время как данный раздел политической концепции государства должен формироваться как важный элемент национальной проблемы, с учётом её ближайшей и отдалённой перспективы.

Возникающие проблемы в связи с прогрессирующим демографическим старением заставляют учитывать политические, экономические, социальные, духовные и культурные составляющие качества жизни пожилого человека на уровне управленческих решений всех ступеней власти. Дезинтеграция государственных и общественных действий, чрезмерное внимание к изолированным проблемам старения в отрыве от их общего комплекса является серьезным препятствием для эффективного осуществления адекватной стратегии в области обеспечения здорового старения.

Традиционно пожилые люди всегда пользовались привилегированным статусом, уважением и вниманием. Однако в настоящее время эти традиции все больше игнорируются и разрушаются. Преодолению таких

патологических тенденций во многом будет способствовать возрождение в обществе атмосферы, в которой отход младших от опеки над старшими и непочтительное к ним отношение рассматриваются как серьезное нарушение моральных устоев, как безнравственное поведение, неотвратимо вызывающее социальное отторжение и порицание.

Государственная политика России в отношении пожилых, в известной степени, учитывает соответствующие международные тенденции. В 2002 году в Мадриде состоялась вторая Ассамблея ООН по старению, на которой был принят, подписан всеми странами – членами ООН так называемый Мадридский международный план действий по старению. Смысловая основа плана нацеливает мировое сообщество на то, чтобы обеспечить каждому человеку безопасную и достойную старость вместе с возможностью продолжать участвовать в жизни общества в качестве полноправного гражданина. План концентрирует своё внимание на **трёх приоритетных направлениях: пожилые люди и развитие общества; здоровье и благосостояние в пожилом возрасте; условия, способствующие и поддерживающие индивидуальное развитие человека в течение всей его жизни.**

Что касается так называемой проблемы «демографической нагрузки», то элементарный анализ показывает её искусственную аггравацию. Безусловно, демографическое старение является одним из важных факторов, определяющих структуру рабочей силы. Вместе с тем, многочисленные экспертные оценки показывают, что возможность самореализации служит для пожилых людей необходимым условием продления активной, качественной жизни и здорового старения. Выход на пенсию для тех, кто имеет высокий трудовой потенциал и способен продолжать продуктивную профессиональную деятельность, является мощным стрессовым фактором и может значительно снизить жизнеспособность таких людей.

Несмотря на то, что многие представители позднего возраста работают очень продуктивно, и финансовая отдача от их труда во много раз

превосходит затраты на него, работодатели придерживаются политики возрастной дискриминации. Экспертные оценки проблемы труда показывают, что профессиональная самореализация в позднем возрасте до сих пор рассматривается как отклонение от нормы.

В то же время, низкая рождаемость и высокая болезненность детей ведут к тому, что, экономические проблемы начинают всё в большей степени решаться населением средних и старших возрастных групп. Использование трудовых ресурсов пожилого населения должно осуществляться в различных направлениях, начиная от политических решений, формирования системы конкурентного отбора не зависимо от возраста претендентов, создание условий сохранения опытных кадров в руководящих экономических и государственных структурах, оптимальное поддержание принципа преемственности поколений, до формирования на рынке труда различных методов привлечения к трудовой деятельности пожилых, такие, например, как неполный рабочий день, временная работа, консультирование и т.д.

Существующая неблагоприятная демографическая тенденция в Санкт-Петербурге не может быть преодолена ростом рождаемости и увеличением доли трудоспособного населения. Необходимо, чтобы возрастающее количество людей старших возрастных групп максимально долго сохраняло способность к самообслуживанию, а вступающие в пенсионный возраст, еще многие годы не считали себя стариками и не нуждались в помощи.

Начиная с 60-х годов прошлого столетия, доминанта моделей медицинского и социального сервиса пожилых людей в России и ряде других стран, принудительно закрепляет их зависимость от посторонней помощи, неспособность ухаживать за собой. Напротив современные психологические, социальные, экономические и культурные тенденции нацеливают пожилых людей на продолжение профессиональной деятельности.

1.2. Правовая база гериатрической службы

Правовая база гериатрической службы в первую очередь определяет возможности и качество её работы. Законодательное закрепление прав, обеспечивающих физиологическое старение, должно войти в число приоритетов государственной политики. Необходимо, чтобы права, гарантирующие физиологическое старение, учитывали насущные социальные, экономические, духовные, психологические и физиологические потребности пожилых людей. В настоящее время гериатрическая служба в своей деятельности опирается на ряд важнейших законодательных актов.

Прежде всего, необходимо подчеркнуть ключевое значение Принципов Организации Объединенных Наций в отношении пожилых людей, принятых Генеральной Ассамблеей ООН 16 декабря 1991 года (резолюция 46/19). В 1991 г. В 1992 г. ООН определила практическую стратегию на десятилетие, озаглавленную «Глобальные цели по проблемам старения на период до 2001 года».

Что касается внутренних документов, работа гериатрической службы, в первую очередь опирается на Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011. Ряд статей данного документа посвящены правам граждан на медико-социальную помощь: граждане при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях имеют право на медико-социальную помощь, которая включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

В статье 12 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 года № 122-ФЗ прописаны права граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в части оказания ухода, первичной медико-санитарной и стоматологической помощи.

Социально-медицинское обслуживание на дому выделено в отдельную статью 18, согласно которой оно осуществляется специализированными отделениями (Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Истомина Л.Б. 1999).

Основой проводимых в отрасли преобразований, направленных на реформирование здравоохранения, стала «Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации», одобренная Правительством Российской Федерации в 1997 году. Одним из основных направлений реформы, заложенной в Концепции, является структурная перестройка отрасли в условиях рыночной экономики и перехода к медицинскому страхованию (Стародубов В.И. 1999).

Приказом Минздрава России № 297 от 28.07.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации» перед органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации была поставлена задача создания гериатрической службы как целостной системы оказания медицинской помощи пожилым: развитие сети гериатрических центров, больниц, госпиталей для ветеранов войн, создание отделений медико-социальной помощи пожилым в амбулаторно-поликлинических учреждениях для проведения больным старших возрастных групп и инвалидам лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе на дому, подготовка врачебных и средних медицинских кадров для этих учреждений. Однако, фактически Приказ не был реализован в полной мере, значительных изменений профиля лечебных учреждений и увеличения числа гериатрических коек, несмотря на проводимую реструктуризацию стационаров, не произошло (Вялков А.И. 2000).

Данным Приказом в номенклатуру врачебных специальностей включена гериатрия, утверждено положение о враче гериатре. В порядке выполнения Приказа в десяти вузах, на факультетах усовершенствования врачей организованы кафедры геронтологии и гериатрии, ведется последипломная подготовка врачей и среднего персонала по геронтологии и

гериатрии. Вместе с тем число специалистов, имеющих сертификат по гериатрии, еще крайне недостаточно.

Коллегия Министерства здравоохранения России в марте 2001 года рассмотрела вопрос «О ходе реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001-2005 годы и на период до 2010 года». Решением данной коллегии определена в качестве приоритетной задачи на период до 2010 года борьба с болезнями людей старческого и пожилого возраста как имеющими особую значимость в связи с демографической ситуацией в России и указано на необходимость разработки отраслевой программы «Здоровье старшего поколения». Данная программа была разработана Российским НИИ геронтологии Министерства здравоохранения и социального развития России совместно с другими профильными учреждениями, однако до настоящего времени она не получила официального статуса.

Государство гарантирует гражданам пожилого возраста и инвалидам возможность получения социальных, в том числе медико-психологических, услуг (независимо от каких-либо обстоятельств). Они включаются в перечни гарантированных государством социальных услуг, которые теперь, при упразднении федерального перечня в соответствии с Федеральным законом от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ, должны утверждаться только региональными органами исполнительной власти с учетом потребностей населения. В развитие Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ принят приказ Минздравсоцразвития РФ от 22 ноября 2004 года № 255 «О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг». Однако и Закон и Приказ внесли больше элементов деформации, нежели конструктивных форм организации гериатрической службы.

До сих пор остается нерешенным ряд важнейших вопросов в организации гериатрической службы: нет приказа о создании гериатрической службы ни на уровне бывшего Минздравсоцразвития РФ, ни на уровне ныне

существующего Минздрава РФ; в номенклатуре учреждений системы Министерства здравоохранения РФ нет лечебно-профилактических учреждений гериатрического профиля; на сегодняшний день не финансируется и поэтому не может быть исполнена в полной мере Федеральная целевая программа “Старшее поколение”, принятая постановлением Правительства России № 1090 от 28 августа 1997 г. (Программа работала до 2001 г., она предусматривала создание широкой сети гериатрических больниц, больниц сестринского ухода, геронтологических и геронто-психиатрических центров, хосписов, домов-интернатов малой вместимости, отделений милосердия, домов ночного пребывания и других учреждений, организацию и развитие отделений медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, специализированных гериатрических отделений многопрофильных больниц, решение вопросов рационального питания лиц старших возрастных групп, выполнение ряда других, принципиально важных задач по улучшению положения пожилого населения страны); отраслевая научно-исследовательская программа «Медицинский мониторинг и реабилитация лиц пожилого возраста» (1999-2001 гг.) фактически не финансировалась и прекратила своё существование, не достигнув поставленных задач.

Особо следует отметить, что в перечне направлений Государственной научно-технической программы «Национальные приоритеты в медицине и здравоохранении» вообще отсутствует раздел, определяющий решение медико-психологических проблем людей пожилого возраста.

1.3. Структура гериатрической службы

Структура гериатрической службы, несмотря на отсутствие официальных документов, утверждающих её статус де-юре, де-факто – существует. Она начала формироваться после распада СССР, когда стали создаваться новые научно-исследовательские, образовательные и медицинские структуры гериатрического профиля.

Проблема организации медико-психолого-социального обслуживания пожилых людей, является многоплановой, непосредственно связанной с демографией, общей и социальной геронтологией, гериатрией, медицинской (клинической) психологией, теорией и методологией лечебно-профилактической, психокоррекционной и социальной работы (Галкин Р.А., Гехт И.А., Суслин С.А. 2001).

В настоящее время в подавляющем большинстве регионов отсутствуют базовые гериатрические центры, обеспечивающие организационно-методическое руководство деятельностью медицинских и социально-медицинских учреждений по оказанию гериатрической помощи населению. Тем не менее, в амбулаторно-поликлинических учреждениях создаются специализированные отделения медико-социальной помощи для проведения больным старших возрастных групп, особенно инвалидам пожилого возраста, лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе на дому.

Лица пожилого и старческого возрастов используют значительные ресурсы здравоохранения, однако потребность в получении ими квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах удовлетворяется не в полной мере (В.И. Стародубов с соавт, 2003). **При этом служба психологической помощи, поддержки и сопровождения пожилых, как правило, отсутствует.**

Дальнейшее совершенствование медико-психологической помощи пожилым специалисты-гериатры и клинические психологи видят в реорганизации амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения – развитие широкой сети не только создание гериатрических отделений, включающих психологические кабинеты в составе поликлинических учреждений, либо перепрофилирование самих поликлиник общего типа в гериатрические с созданием подразделений службы психологического сопровождения, в случае, если контингент обслуживаемых пациентов в основном составляют пожилые люди (Чикарина Л.Я., 2003).

На настоящее время подразделения Гериатрической службы Санкт-Петербурга имеются практически во всех районах города, за исключением Курортного района. В структуру данной Службы входят подразделения как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи.

1.4. Медико-социальное обслуживание пожилых пациентов на дому

Одной из перспективных форм медико-психолого-социального обслуживания пожилых пациентов является обслуживание на дому. К основным задачам оказания помощи на дому относятся:

- улучшение функционального статуса пациента до достижения полной независимости и способности к самоуходу;
- улучшение и поддержание функционального статуса пациента для обеспечения возможности жить в семье или получать помощь по месту жительства;
- обеспечение возможности пожилому человеку оставаться дома как можно дольше.

Разнообразные нарушения функционального статуса пожилых и старых людей – причина необходимости предоставления им комплексной помощи на дому. В зависимости от индивидуальных потребностей пожилых людей все услуги, предоставляемые службами медико-социальной помощи на дому, можно разделить на две большие группы услуг:

1. Поддержка повседневной жизнедеятельности (задача службы социального обеспечения граждан).
2. Профессиональные медицинские услуги (задача службы здравоохранения).

Таким образом, в настоящее время медико-социальное обслуживание пожилых пациентов осуществляется как в рамках службы социального обслуживания граждан, так и в рамках непосредственного оказания медицинской помощи в системе здравоохранения. В последнее время в России вопросы ухода за пожилыми больными на дому приобретают все

большее значение в связи с различными факторами – реструктуризацией системы здравоохранения и социальных служб, переориентацией первичной медико-социальной помощи населению в сторону амбулаторного звена, ростом числа пожилых людей (Чикарина Л.Я., 2003, Berke D., 1998). В системе здравоохранения медико-социальная помощь пожилым пациентам оказывается участковыми врачами и медицинскими сестрами, осуществляющими непосредственный патронаж пожилых пациентов на закрепленном участке.

Профессиональная медицинская помощь на дому как альтернатива долговременной институциональной помощи становится ценным ресурсом в местах проживания пожилых, обеспечивая их потребности, в особенности тем, кто имеет функциональные нарушения. Часть из них получают психологическую поддержку от родственников или друзей, но профессиональная помощь и терапия – важные элементы предупреждения госпитализации и во многих случаях институализации.

Организация медицинской помощи на дому – наиболее эффективный и рациональный путь использования имеющихся ресурсов системы здравоохранения. К преимуществам данного вида помощи перед другими видами и формами гериатрического ухода можно отнести:

- выздоровление в домашних условиях происходит в более ранние сроки;
- домашняя среда более комфортна, так как пациенты ощущают большую ответственность за свой уход со стороны близких, нежели в домах ухода;
- госпитальные пациенты чаще прибегают к приему снотворных из-за нарушения сна в условиях больничных палат;
- экономия времени в связи с отсутствием необходимости навещать членов семьи, находящихся в больницах;
- стоимость ПД ниже других видов лечения.

На этапе становления надомной службы в системе социальной защиты населения (конец 80-х годов прошлого столетия) поддержка пожилых людей ограничивалась предоставлением им преимущественно социально-бытовых услуг. В последующем, в 90-х годах, с нарастанием финансово-экономических проблем в стране, в системе здравоохранения, в Российском обществе Красного Креста, вопросы надомного медицинского ухода за пожилыми людьми в большинстве регионов страны стали постепенно передаваться органам и учреждениям социальной защиты населения.

Отправным моментом создания сети социально-медицинских подразделений амбулаторного обслуживания явилось утверждение Министерством социальной защиты населения Российской Федерации в 1993 году Примерного положения о Центре социального обслуживания (ЦСО) и в 1994 году - Примерного положения об отделении специализированной помощи на дому. В 1995 году это направление деятельности органов и учреждений системы социальной защиты населения было закреплено в законодательном порядке (Федеральный закон: от 2 августа 1995 г. N 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" и Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10 декабря 1995 г. N 195-ФЗ).

На данные отделения были возложены функции по оказанию на дому социально-медицинских услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам, страдающим психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулезом (за исключением активной формы) и тяжелыми заболеваниями (в том числе онкологическими) в поздних стадиях. Эти услуги были включены и в федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 25 ноября 1995 г. № 1151.

Однако, фактически активное формирование сети отделений надомного медико-социального обслуживания пожилых людей и инвалидов началось в конце 90-х годов, чему способствовало принятие Минтрудом России соответствующих постановлений (от 8 июля 1997 г. № 35 «Об утверждении Примерного положения о Центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» и от 27 июля 1999 г. № 32 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения»).

В обоих документах даны подробные рекомендации по организации работы специализированных отделений социально-медицинского обслуживания (ОСМО) на дому пожилых людей и инвалидов, включающих также и психологическую помощь. По состоянию на 01.01.04 г. в специализированных отделениях работало 9012 медицинских сестер, что, кстати, в 4,5 раза больше чем в Службе милосердия Российского общества Красного Креста, десятки лет традиционно занимающейся патронажем нуждающихся в уходе пожилых людей.

Системный, интегрированный подход к оказанию надомных медико-социальных услуг чётко представлен в деятельности инновационной службы «Хоспис на дому». Первая такая служба в России была создана в 1996 году в структуре Управления социальной защиты населения администрации г. Дубны Московской области для оказания помощи онкологическим больным и их семьям. В настоящее время помощь в хосписе получают и пациенты с другими тяжелыми заболеваниями в терминальной стадии.

По опыту г. Дубны, аналогичные структуры начали функционировать в других городах России. Примерное штатное расписание хосписа включает в себя должности заведующего отделением, его заместителя – врача-гериатра (геронтолога) и персонала 5 «команд посещения» (каждая «команда» состоит из врача, процедурной медсестры, социального работника и младшей медсестры). Всего в «хосписе на дому» работает 25 сотрудников, которые

обслуживают до 30 клиентов. Каждая «команда посещения» ежедневно оказывает помощь 3 – 5 инкурабельным больным. За год через отделение «проходит» более 100 клиентов. **Однако, клинические психологи по штату в данной службе не были предусмотрены, а соответственно, и квалифицированная помощь данному, «тяжелому» с точки зрения наличия не только медико-социальных, но и большей степени – психологических проблем, контингенту не оказывается.**

Практика создания надомных хосписных служб показала: инкурабельные больные получают медицинскую помощь в виде симптоматического лечения и комплекс социальных услуг, оставаясь в привычных домашних условиях; члены семей клиентов получают возможность выйти на работу; лечебно-профилактические учреждения не занимают больничные койки пациентами по уходу, уменьшается число вызовов «скорой помощи» и число обращений в поликлиники. В то же время, не смотря на значительные положительные моменты, наличие очевидных психологических проблем остается вне поля зрения специалистов.

Тем не менее, даже несмотря на, казалось бы, так необходимую населению и несложную в организационном отношении технологию, «хосписы на дому» не получили широкого распространения в нашей стране. Определенная часть регионов не видит особой разницы между ОСМО и «хосписами на дому», а другая, по всей вероятности большая, – просто не смогла преодолеть финансовые и ведомственные барьеры при попытке решения данной проблемы.

Для того чтобы как-то, хотя бы частично, компенсировать отсутствие постоянного надомного медицинского, социального и психологического обслуживания пожилых людей, проживающих в малых и отдаленных населенных пунктах, необходимо создавать мобильные медико-социальные бригады, в составе которых работает врач или фельдшер совместно с психологом. Эта, выстраданная жизнью, технология уже довольно активно внедряется в ряде субъектов Российской

Федерации (Краснодарский край, Кировская, Курганская и другие области). Такие службы, объезжая населенные пункты по строго фиксированному графику, не только заменяют надомное обслуживание, но и, в какой-то степени, выполняют функции дневного стационара, и подразделений срочного социального обслуживания. При этом существенную роль играют медицинские сестры и психологи-волонтеры, так как пожилые люди чаще всего не нуждаются в постоянном наблюдении врача, а нуждаются в уходе, поддерживающем лечении и помощи в быту, которые в полной мере могут оказать средние медицинские, социальные работники и психологи-волонтеры (Т.А. Агафонова). Особо важное значение выездные формы работы, осуществляемые участковыми больницами, врачебными амбулаториями, ФАПами имеют для сельских жителей (В.В. Чайковская).

На необходимость и экономическую выгоду создания нестационарных форм гериатрической помощи указывает целый ряд авторов. По данным О.А.Зубовой с соавт. (2002), экономический эффект при использовании стационарзамещающих технологий, в частности, стационара на дому, составит 81 %.

Однако, несмотря на определенный прогресс в развитии такого рода помощи пожилому населению в стране, приоритетность амбулаторно-поликлинической службы остается низкой. Развитию системы амбулаторной помощи пожилому населению способствовал приказ Минздрава России от 28.07.1999 №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации», основанный на национальном и международном опыте оказания гериатрической помощи. Приложением к приказу является положение об организации деятельности гериатрического центра.

Многие авторы указывают на ведущую роль участкового врача-терапевта (семейного врача) при оказании гериатрической помощи. Помимо чисто врачебных обязанностей, он выполняет и функции психолога. Участковый врач-терапевт (семейный врач) должен обладать большими

знаниями в различных областях возрастной патологии внутренних органов, быть хорошо ориентированным в смежных вопросах неврологии, артрологии, эндокринологии, онкологии, ангиологии психологии (Денисов И.Н., Резе А.Г, 2000).

1.5. Медико-психолого-социальное обслуживание пожилых людей в условиях дневного стационара

Медико-психолого-социальное обслуживание пожилых людей в условиях **дневного стационара** относится также к числу прогрессивных технологий. Прежде всего, здесь нужно отметить деятельность дневных стационаров лечебных учреждений, в которых проводится обследование, лечение, уход, питание в дневное время. Широкое использование дневных стационаров влечёт за собой значительную экономию больничных расходов и существенно улучшает доступность и качество оказания медико-психологической помощи пациентам старших возрастных групп. Кроме того, в условиях дневного стационара пожилой пациент в значительной степени сохранит подвижность и будет оставаться активным в семье и обществе. Для сельской местности эта форма гериатрической помощи менее приемлема из-за транспортных проблем (Карюхин Э.В., 2002).

В качестве примера приведем опыт учреждений социального обслуживания пожилых граждан. Так, для учреждений, в которых организованы специализированные дневные стационары перечень гарантированных государством медико-психолого-социальных услуг содержит всего несколько пунктов: содействие в получении медико-психологической помощи, оказание санитарно-гигиенических услуг, организация лечебно-оздоровительных мероприятий и содействие в проведении реабилитационных (медицинских, психологических, социальных) мероприятий. Все эти мероприятия применительно к гражданам пожилого возраста осуществляются, преимущественно, отделениями дневного пребывания (ОДП), отделениями временного проживания (ОВП) и

социально-реабилитационными отделениями (СРО), которые, как правило, функционируют при центрах социального обслуживания. Далеко не все центры социального обслуживания имеют указанные структурные подразделения: ОДП развернуты в 1169 центрах (57,7%), ОВП – в 707 (34,9%), а СРО – в 448 (22,1%). Динамика развития сети указанных структур, начиная с 2000 года (с начала статистического наблюдения) обеспечивала ежегодное нарастание их численности и мощности на 2-5% (Васильчиков В.М. 2005).

Самые молодые структурные подразделения, содержащие специализированные дневные стационары развиваются очень неравномерно. Их относительно много в г. Москве (41), Санкт-Петербурге (25), Ростовской и Новосибирской (по 37), Саратовской (29) и Московской (25) областях, и совсем нет – в 42 регионах. Возможно, это связано с тем, что идеология данных отделений пока до конца не отработана, а функции четко не определены.

С каждым годом все более видное место в структуре гериатрической службы занимают оздоровительные центры или, как их называют в ряде регионов, медико-реабилитационные центры. По роду своей деятельности они больше похожи на стационарные санаторно-курортные учреждения. Базой для них, чаще всего, как раз и становятся бывшие санатории-профилактории, дома отдыха, пансионаты и пионерские лагеря, которые по разным причинам прекратили свою деятельность, а их помещения были переданы в систему социальной защиты населения.

В основном, эти учреждения сосредоточены в Южном (19), Центральном и Приволжском (по 14) федеральных округах. Безусловными лидерами в развитии сети социально-оздоровительных центров являются Краснодарский край (9), Московская область (7) и Республика Татарстан (4). Большинство же регионов (62) таких центров пока еще не имеет.

1.6. Амбулаторно-поликлиническая помощь пожилому населению.

Амбулаторно-поликлиническая помощь пожилому населению СПб оказывается преимущественно участковыми врачами районных поликлиник совместно с узкопрофильными специалистами на местах. Помимо этого пожилые пациенты находятся в ведении специализированных подразделений гериатрической службы на территории административных районов, представленных:

- - кабинетами врачей-гериатров на базе районных поликлиник – 17 кабинетов в 8-ми районах города
- - гериатрическими медико-социальными отделениями на базе поликлиник – 24 ГМСО в 11 районах города
- - дневными стационарами при гериатрических подразделениях районных поликлиник – 25 д/с на 246 коек в 11 районах

В 2011 году к врачам гериатрической службы амбулаторно-поликлинических учреждений было осуществлено 491795 посещений (к врачам-гериатрам – 157883), из них на дому выполнено врачами 12740 посещений (25%), в т.ч. врачами-гериатрами – 4664 посещений (29%)

По результатам проведенной врачами гериатрической оценки способности к самообслуживанию: снижение способности к самообслуживанию на 0-25% у 64% пожилых, на 25-50% - у 28% пациентов, на 50-75% - 6% («узники квартир»), на 75-100% - 2% пациентов («узники постели»).

На диспансерном учете у районных врачей-гериатров состоят: долгожители – 1642 человек, больные остеопорозом – 3335, больные деменцией – 883, с болезнью Альцгеймера – 186, с проблемами недержания мочи – 2242, с сахарным диабетом – 4302 человек.

Кроме того, врачи ведут диспансерные группы по следующим заболеваниям: патологии сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, органов дыхания, мочеполовой системы.

В дневных стационарах гериатрической службы Санкт-Петербурга на базе поликлиник пролечено в 2011 году 7146 человек, средняя длительность пребывания пациентов на койках д/с составила 7-10 дней. Пациенты дневных стационаров не только получают лечение, занимаются ЛФК, занимаются с психологами и логопедами, но и по договоренности с социальной службой района, получают питание, с ними проводятся занятия по трудотерапии, развивающие занятия.

1.7. Стационарное медико-психолого-социальное обслуживание пожилых пациентов

Стационарное медико-психолого-социальное обслуживание пожилых пациентов, несмотря на развитие амбулаторных форм помощи, в том числе – дневных стационаров, требует дальнейшего расширения в связи с высокой потребностью пожилых в госпитализации.

По России сеть стационаров медико-психолого-социального обслуживания, в которых получают специализированную помощь пожилые люди представлена недостаточно, только 2% из них – это специализированные гериатрические (геронтопсихиатрические) центры (ГЦ).

В специализированных стационарных учреждениях медико-социального обслуживания на начало 2008 года, по оперативным данным, получили специализированную помощь примерно 160 тыс. пожилых людей, что составляет чуть более 0,5% от общей численности граждан старшего поколения в России (в странах Западной Европы – от 2 до 4%).

В настоящее время в законодательстве закреплено право каждого пожилого человека, нуждающегося в постоянном уходе, на получение стационарного социального обслуживания, но в связи с отсутствием нормативов, по которым должны в тех или иных местностях создаваться стационарные учреждения медико-социального обслуживания, их размещение в целом по территории страны и субъектам Российской Федерации оказалось довольно неравномерным.

Тем не менее, **стационарная помощь** пожилому населению оказывается большинством медицинских учреждений Санкт-Петербурга, поскольку от 40 до 70%% пациентов стационарных учреждений общего профиля являются людьми пожилого возраста. **Специализированная стационарная помощь** пожилому населению Санкт-Петербурга оказывается Городским гериатрическим медико-социальным центром, гериатрическими больницами, гериатрическими отделениями и отделениями сестринского ухода многопрофильных стационаров.

На конец 2011 года помимо ресурсов Гериатрического Центра, в 5 специализированных стационарах города развернуто 175 **гериатрических коек**, в т.ч. 30 коек дневного стационара. По данным отчетов, представленных в ОМО по гериатрии, в них пролечено 2956 человек старше 60 лет, пребывание пациентов на этих гериатрических койках составило 45873 койко-дня, средний койко-день – 37,28, летальность составила 19,72% (с учетом пациентов хосписа СПб ГБУЗ «Городская больница № 36»).

Отделения и стационары **сестринского ухода**, включенные в структуру гериатрической службы в 2005 г. На основании идентичности финансирования (бюджет Санкт-Петербурга), рассматриваются как учреждения, оказывающие долговременную паллиативную помощь престарелым одиноким людям с высокой степенью снижения способности к самообслуживанию. На 01.01.2012 в Санкт-Петербурге специализированные отделения сестринского ухода имеются в следующих больницах: СПб ГБУЗ «Максимилиановская больница» - 60 коек, СПб ГБУЗ «Городская Покровская больница» - 10 коек, СПб ГБУЗ «Городская больница № 33» - 4 койки, СПб ГБУЗ «Городская больница № 36» - 20 коек, СПб ГБУЗ «Николаевская больница» - 10 коек, СПб ГБУЗ «Городская больница № 8» - 194 койки, СПб ГБУЗ «Клиническая городская больница № 46 Святой Евгении» - 5 коек, СПб ГБУЗ «Городская туберкулезная больница № 8» - 55 коек. Всего 368 коек сестринского ухода.

Тенденция развития стационарной помощи в этом направлении определяется, в том числе и с целью предоставления долговременных медицинских услуг социально незащищенным категориям пожилого населения, а также лицам, имеющим высокую степень снижения способности к самообслуживанию. За 2011 год на койках сестринского ухода было пролечено 2379 человек старше 60 лет. Средний койко-день в этих отделениях составил 45,0 и колеблется от 24,5 до 136. Длительность пребывания пациентов в стационарах данного профиля связана не только с тяжестью состояния пациента, но и с множеством социально-психологических проблем этой категории граждан, с отсутствием взаимодействия с социальной службой города.

1.8. Гериатрический центр – особый тип учреждения медико-социального обслуживания пожилого населения

Гериатрический центр – особый тип учреждения медико-социального обслуживания пожилого населения. Санкт-Петербургский городской гериатрический медико-социальный центр является первым в городе и стране учреждением, предназначенным для оказания специализированной, долговременной медико-социальной помощи пожилым людям, страдающим инвалидизирующими заболеваниями. В 1997 г. по распоряжению губернатора Санкт-Петербурга В. А. Яковлева были объединены муниципальный гериатрический (медико-социальный) центр и больница № 18 им. С. Я. Урицкого, в результате чего был образован Городской гериатрический (медико-социальный) центр. На основании закона Санкт-Петербурга «О медико-социальной программе Санкт-Петербурга "Гериатрическая служба и система хосписов Санкт-Петербурга на 2001-2003 годы"» было предложено создание сети гериатрических центров с Санкт-Петербургским гериатрическим центром в качестве системообразующего в ряде административных районов Санкт-Петербурга. На сегодняшний день ГГЦ представляет собой стационар на 257 коек, предлагающий

госпитализацию и лечение пациентов старших возрастов. Медицинскую и социальную помощь в стационарных условиях получают около 3 тыс. пациентов в год. На базе ГГЦ находятся: МСЭК Адмиралтейского района, Городская Онкологическая МСЭК № 3, аптечный киоск. Высокая оценка работы ГГЦ подтверждается тем, что ему была оказана честь участия в организации и проведении II Всемирного Конгресса по геронтологии и гериатрии в 2000 г., а также организация на его базе в 2002 г. Международной школы по гериатрии под эгидой ООН.

Таким образом, ГГЦ может осуществлять медико-социальное обслуживание граждан старших возрастных групп, профилированное в соответствии с их возрастом, состоянием здоровья, социальным положением и в зависимости от степени их нуждаемости в постороннем уходе в стационарных, условиях дневного стационара и домашних условиях.

По нашему глубокому убеждению именно Гериатрические центры должны решать региональные проблемы, связанные со старением населения, как текущие, так и перспективные (с учетом демографического прогноза). Одна из обязательных функций центра – организационно-методическая работа со всеми медицинскими и социальными учреждениями гериатрического профиля в регионе. На центр должны быть возложены функции координирующего органа, обеспечивающего взаимодействие всех государственных и негосударственных структур, занимающихся, в той или иной степени, проблемами пожилых людей.

Из всего вышесказанного напрашивается однозначный вывод: гериатрический центр должен быть проводником региональной политики в отношении пожилых людей. Отсюда становится очевидным, что таких учреждений не следует создавать очень много – достаточно одного на регион, но с соответствующими полномочиями.

Как уже указывалось выше, головным гериатрическим учреждением в Санкт-Петербурге является СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр» (ГГЦ), в структуру которого входят амбулаторно-

поликлинические отделения и многопрофильный стационар. Центр специализируется на оказании:

- - стационарной медицинской помощи по профилям: гериатрия, кардиология, ревматология, неврология, психиатрия, урология, ортопедия и травматология, нефрология, онкологический хоспис (257 коек, в т.ч. 6 хозрасчетных)
- - специализированной медицинской помощи, оказываемой в рамках дневного стационара по профилям: гериатрия, урология, травматология и ортопедия (6 коек)
- - услуг по реабилитации - реабилитационное отделение – занимается восстановлением частично утраченных функций, навыков самообслуживания пациентов, состоящих под наблюдением специалистов лечебно-консультативного, медико-социального и стационарных отделений ГГЦ
- - амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, включает:
 - - лечебно-консультативное отделение – обеспечивает оказание амбулаторной консультативной помощи специалистам различного профиля, проводит отбор на госпитализацию и реабилитацию
 - - сурдологическое отделение, специалисты которого обеспечивают прием пациентов, производят подбор и выдачу слуховых аппаратов, предоставляя специальные технологии подбора слуховых аппаратов
 - - медико-социальное отделение обеспечивает лечение и реабилитацию пациентов, ранее получивших стационарную помощь в ГГЦ и нуждающихся в дальнейшем долговременном наблюдении врачами и патронажными медицинскими сестрами, которое обеспечивается круглосуточным мониторингом состояния

благодаря системе «Тревожная кнопка». Диспетчерский центр «Тревожная кнопка» работает в ГГЦ с 2001 года

В 2011 году в стационаре ГГЦ пролечено 3721 человек, пребывание в стационаре составило 88007 койко-день – 23,7), летальность по стационару (без хосписа) – 1,3%, посещений к врачам поликлинических подразделений Центра – 63967 человек.

Организационно-методический отдел ГГЦ, являясь структурным подразделением Центра, способствует распространению опыта Городского гериатрического центра в области обслуживания пожилых во всех районных подразделениях гериатрической службы города. Проводит на базе Центра конференции, семинары, поддерживает международные связи Центра. В настоящее время на базе ГГЦ проводят занятия кафедры геронтологии и гериатрии, сестринского дела Северо-Западного медицинского университета им. И.И.Мечникова. Организует обучение сотрудников, участвующих в оказании помощи пожилым людям, посредством конференций, семинаров, школ сестринского дела на рабочем месте и др.

1.9. Проблема ведомственной разобщённости в организации гериатрической службы

Проблема ведомственной разобщённости в организации гериатрической службы остаётся открытой. Приказ Минздрава РФ № 279 от 28.07.99 об организации в поликлинике медико-социального отделения с включением социальных работников и Постановление Минтруда РФ № 32 от 22.07.99 о введении врача в штат центра социального обслуживания (отделение дневного пребывания), представляют лишь вялую попытку поиска каналов взаимодействия.

Считается, что медицинские проблемы занимают не более половины среди общих проблем пожилого человека, остальные относятся к категории социальных и психологических. Вместе с тем эти

проблемы взаимосвязаны и взаимозависимы. Вот почему требуется принцип интеграции в деятельности учреждений здравоохранения, социального обслуживания, а также негосударственного сектора социального обслуживания. Однако государственные и муниципальные учреждения разных систем в большинстве субъектов Российской Федерации осуществляют некоторые взаимодействия лишь благодаря договоренности региональных органов здравоохранения и органов социальной защиты населения, несмотря на отсутствие каких-либо правовых документов.

Так, в ряде регионов (Республика Дагестан, г. Санкт-Петербург, Астраханская, Московская, Самарская, Ульяновская, Ярославская и другие области) процессы интеграции, в части оказания социальной и медицинской помощи пожилым людям, развиваются весьма активно. Учреждения (подразделения) системы здравоохранения (гериатрические центры, гериатрические стационары и отделения, больницы сестринского ухода, отделения медико-социальной помощи лечебно-профилактических учреждений, хосписы) и системы социальной защиты населения (геронтологические центры, дома-интернаты милосердия для престарелых и инвалидов, социально-оздоровительные центры, специализированные отделения социально-медицинского обслуживания на дому центров социального обслуживания, «хосписы на дому») осуществляют по ряду направлений координацию своей работы.

Параллельно с учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения медико-социальные услуги пожилым людям оказывают и немногочисленные неправительственные структуры (Служба милосердия Российского Красного Креста, региональный фонд «Доброе Дело», центр «Десница Мира» и др.), но, к сожалению, в очень ограниченном объеме, так как в большинстве регионов они не получают ощутимой поддержки со стороны органов исполнительной власти.

В целом же нужно отметить, что в решении вопросов медико-социального обслуживания пожилых негосударственные организации

участвуют недостаточно. Несмотря на законодательное закрепление негосударственного сектора социального обслуживания еще в 1995 году (Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10 декабря 1995 г. N 195-ФЗ), механизм его формирования и функционирования до настоящего времени не разработан.

С учетом состоявшегося объединения федеральных ведомств, отвечавших за организацию медико-социальной помощи пожилым людям, было бы весьма своевременным и правильным разрешение указанных проблем на федеральном и региональном уровнях усилиями Министерств здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В частности, остаётся открытой проблема дублирования функций стационарными учреждениями социальной защиты населения и здравоохранения по уходу за лицами преклонного возраста. Существующие в разных ведомственных системах учреждения сестринского ухода по содержанию своей работы почти ничем не отличаются друг от друга.

Важно установить баланс между ролью специализированных учреждений и **ролью семьи** в вопросах медицинской помощи и социального обслуживания пожилых, основанной на признании роли семьи и непосредственного окружения как ключевых элементов любой хорошо сбалансированной системы обслуживания. Необходимо повысить эффективность использования финансовых средств на медицинскую помощь и социальное обслуживание пожилых, ориентируясь при этом на обеспечение тесной координации система здравоохранения и социальной защиты населения (Н.С. Дегаева, Г.В. Сабитова, 2003).

Одним из направлений в области социального обслуживания пожилых должно стать максимальное **развитие взаимопомощи**, предполагающее помощь со стороны здоровых и активных пожилых людей своим нуждающимся в уходе сверстникам. Положительную роль в этом отношении сыграет содействие в организации пожилыми людьми и членами их семей общественных объединений само- и взаимопомощи. Особого внимания

заслуживают пожилые семьи, где один престарелый член семьи ухаживает за другим, не способным или частично способным к самообслуживанию.

В целях укрепления связи между поколениями необходимо широко вовлекать молодых людей в обеспечение социального обслуживания пожилых. Подобные меры будут способствовать не только воспитанию адекватного отношения молодежи к старшему поколению, но и формированию правильного представления о старости и собственной подготовке к ней молодых людей в контексте обеспечения физиологического старения.

Все предлагаемые изменения в организации различных звеньев гериатрической службы возможны лишь при радикальном пересмотре правовой базы, так как действующие в этой сфере законы носят сугубо ведомственный характер и преследуют не столько интересы пожилых людей, сколько интересы разработавших их в свое время ведомств.

1.10. Подготовка профессиональных кадров

Подготовка профессиональных кадров для гериатрической службы во многом оставляет желать лучшего. Приказ Минздрава СССР «О создании в медицинских институтах и институтах усовершенствования врачей кафедр гериатрии с целью подготовки кадров врачей-гериатров» был издан 1977 г., однако первая кафедра гериатрии была организована только 1986 г. в Ленинградском ГИДУВе, и затем в ряде других городов страны, а специальность «врач-гериатр» введена в России уже после распада СССР - в 1995 г. (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16.02.95 г. № 33). Однако до настоящего времени остается несоответствие между подготовкой кадров врачей-гериатров и клинических психологов, специализирующихся на помощи пожилым пациентам и нормативной потребностью в них. **Сейчас подавляющее большинство медицинских учреждений не имеют в штате ни должности врача-гериатра, ни клинического психолога.**

В некоторых регионах России проводится подготовка специалистов в области гериатрии среди среднего медицинского персонала.

Что касается подготовки психологов, специализирующихся в области геронтологии их в нашей стране не выпускается вовсе. С 1966 года в ведущих университетах (Московском и Ленинградском) были образованы факультеты психологии, где в рамках специализации велась подготовка по специальностям, наряду с другими, «Возрастная и дифференциальная психология» и «Медицинская психология». Психологам данных направлений, в числе многих, читались разделы, посвященные особенностям развития в пожилом возрасте в рамках других дисциплин. С 2000 года согласно планам модернизации ВПО была организована подготовка по специальности 030302.65 «Клиническая психология». Согласно ГОС 022700 «Клиническая психология» в список рекомендованных к освоению дисциплин специализации, устанавливаемой вузом (факультетом), входила и дисциплина «Клинико-психологические проблемы геронтологии и гериатрии». Поскольку данная дисциплина не являлась обязательной, то и число вузов (факультетов), осуществляющих подготовку по специальности «Клиническая психология» было крайне малым, а, соответственно, и специалистов, вооруженных подобного рода специальными знаниями выпускалось недостаточно. Требовалась дополнительная подготовка (тематическое усовершенствование), которое также не было организовано.

С 2011 года аккредитованными вузами осуществляется прием на обучение и подготовку клинических психологов согласно новому ФГОС по специальности 030401, который предусматривает в рамках базовой части (общепрофессиональных дисциплин) профессионального цикла обязательную к освоению дисциплину «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии». Согласно ФГОС, данная дисциплина должна обеспечить знание законов развития психики в фило- и онтогенезе, а также познакомить слушателя с основами смежных медицинских дисциплин – геронтологии и гериатрии. По результатам специалист клинический психолог

должен владеть методиками, процедурами и техниками диагностики психологической оценки состояния психического, психосоматического здоровья и развития во взрослом возрасте, а также стратегиями установления творческих и профессиональных контактов с психологическими и непсихологическими организациями службами. В то же время, ни одна из 6 предлагаемых ФГОС специализаций не подразумевает направленности и, соответственно, не включает в программу подготовки дисциплины и курсы, ориентированные на организацию психологической помощи и сопровождения пожилых людей.

На этом фоне анкетный опрос врачей, клинических психологов и медицинских сестёр, показывает, что 96% из них недостаточно знакомы с особенностями стареющего организма, что знаний, полученных в университетах, медицинских институтах и училищах, недостаточно для практической работы с пожилыми пациентами (Н.Н. Насрединова, 2004).

Всё более остро встаёт необходимость передачи знаний по геронтологии и гериатрии для врачей и психологов первичного звена здравоохранения, позволяющих им рационально оказывать медико-психологическую помощь стареющему населению. Особенно остро проявляет себя нехватка узких специалистов, имеющих специальные знания и опыт работы с пациентами пожилого возраста. Здесь нам резонно последовать примеру Западных стран, где специальность гериатра и геронтопсихолога имеет высокую популярность.

В этой связи целесообразно ввести в программу образовательных учреждений, осуществляющих подготовку медицинских работников и психологов в качестве обязательного предмета курсы геронтологии и гериатрии и включить в обучение такие темы, как биogerонтология, клиническая геронтология, психogerонтология и социальная геронтология. Помимо знаний общего характера, которые будут получать студенты данных вузов в области геронтологии, должна быть рассмотрена проблема

специализации по каждой из названных выше областей этих учебных дисциплин.

Во многом качество гериатрической помощи определяется уровнем подготовки среднего звена медицинских и социальных работников, в связи с чем введение курса “Основы геронтологии и гериатрической помощи” в высших и средних учебных заведениях является актуальной необходимостью.

Важным элементом в подготовке добровольцев для гериатрической службы которые оказывают помощь пожилым по линии религиозных, благотворительных и иных неправительственных организаций, являются специальные курсы и другие формы обучения. Подобные курсы (школы) уже работают на базе некоторых учебных и медико-социальных учреждений.

Примером тому может служить работа Курской областной организации общества "Знание". В течение 5 лет под её эгидой активно функционирует народный университет для людей старшего возраста - университет "сеньоров", основной целью которого является поддержание активного творческого долголетия, социальной активности старшего поколения. Он объединяет от 200 до 250 слушателей и предлагает им занятия на следующих факультетах: "Здоровье", "Православие", "Светская культура", "Право", "Сад и огород", «Народные ремесла», «Иностранные языки», «Художественное творчество». Проводится также обучение в группах психологической поддержки и физической активности.

Кроме того, в настоящее время ощущается острая нехватка не только профессионалов в данной области, но и собственно специалистов и штатных единиц в профильных учреждениях. Так, на данный момент Городская гериатрическая служба Санкт-Петербурга располагает 13,5 штатными ставками психологов, закрепленных за гериатрической службой 8 из 16 районов города. При этом вакантными остаются 5,5 ставок и в дополнение к этому остро нуждающимися еще в 5,5 ставках оказываются три района города (Калининский, Невский и Приморский).

Заключение

В заключение следует отметить, что медико-социальную помощь пожилым пациентам оказывает широкая сеть учреждений различной ведомственной принадлежности, государственных и негосударственных, имеющих различный профиль деятельности, расположенных во всех регионах Российской Федерации. Данные учреждения проводят большую работу по оказанию медико-социальной помощи пациентам старших возрастных групп, обслуживая их в амбулаторных и стационарных условиях, готовят кадры специалистов высшего и среднего звена, решают организационно-методические вопросы по совершенствованию деятельности гериатрической службы, формируют общественное мнение в отношении проблем населения старших возрастных групп, готовят проекты законодательных и ведомственных актов по решению данных проблем. Безусловно, гериатрическая служба фактически существует и представляет собой достаточно развитую сеть профильных учреждений. Вместе с тем служба не имеет юридического статуса, в ней не создана сеть вертикального организационно-методического управления, горизонтальные связи между профильными учреждениями формируются только на инициативных принципах. Отрицательным фактором является межведомственная разобщённость учреждений гериатрического профиля. Нет объединяющего механизма (документального и методического) в работе данных учреждений, нет системы пропаганды и тиражирования опыта лучших учреждений. Использование огромных финансовых средств, выделяемых на решение проблем старшего поколения, является далеко не рациональным. Не поощряется заинтересованность ведомств и предприятий в судьбе своих ветеранов. Отсутствие соответствующих полномочий у Российского гериатрического научно-клинического центра по методическому управлению учреждениями гериатрического профиля, отсутствие должности главного геронтолога-гериатра во многом снижает возможность полноценного

использования потенциала, заложенного в профильных учреждениях, не позволяет оптимально планировать развитие системы обеспечения высокого качества жизни населения старших возрастных групп.

Кроме того, в существующей системе гериатрической службы России психологическая помощь и сопровождение представляют собой единичные и несистемные элементы. Отсутствуют соответствующие нормативные акты федерального значения об оказании психологической помощи пациентам геронтологических и гериатрических центров и служб. В штатном расписании гериатрических центров и служб, как правило, отсутствуют ставки психологов, а в системе высшего профессионального образования России отсутствуют программы подготовки и повышения квалификации специалистов-психологов для работы с пожилыми пациентами.

К сожалению, пока еще в России не разработана концепция комплексного подхода к работе с пациентами гериатрических служб, включающую в единстве медицинскую, психологическую и социальную помощь. На сегодняшний день даже в крупных регионах и мегаполисах не созданы психологические службы в системе гериатрических центров.

Устранение перечисленных и других недостатков может быть определено введением, вернее восстановлением, Федеральной программы по решению проблем населения старших возрастных групп, которая, на базе современных научно-организационных разработок, с учётом текущих условий жизни пожилого населения страны, динамики возрастных демографических процессов в России, может радикально улучшить состояние этой важнейшей государственной проблемы.

Наиболее рационально данную программу осуществлять в рамках национального проекта «Здоровье».

Раздел 2. Оптимизированная модель системы психологического сопровождения ГГМСС (администрирование, структура, состав). Обоснование принципов организационно-технического и информационного взаимодействия между подразделениями системы.

В соответствии с ратифицированным Россией Мадридским планом действий утвержденным Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 2002 году во многих странах разработаны долговременные программы по оценке потребностей пожилых людей и развитию служб, связанных с улучшением их здоровья и качества социально-психологической реабилитации указанных граждан.

Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 28.10.2011 № 1471 утвержден план мероприятий по развитию гериатрической службы в Санкт-Петербурге на 2011-2013 гг., задачами которого являются:

- - решение медико-социальных и социально-психологических проблем граждан пожилого возраста, проживающих в Санкт-Петербурге
- - внедрение новых моделей медико-социальной работы в практику обслуживания пожилых с целью улучшения качества их жизни
- - создание системы информационной поддержки специалистов гериатрической службы Санкт-Петербурга и пациентов пожилого и старческого возраста
- - развитие и модернизация материально-технической базы СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»
- - совершенствование научно-методической и исследовательской работы по основным медико-социальным проблемам пациентов пожилого возраста и организации гериатрической службы Санкт-Петербурга

В построении оптимизированной модели системы психологического сопровождения ГГМСС мы исходили из комплексного интегративного подхода к оказанию психологической помощи пожилым людям. Поскольку именно целостный интегративный подход к лечению, восстановлению и поддержанию оптимального существования пожилых людей, пациентов гериатрической службы позволяет наиболее качественно оказывать услуги, связанные с психологическим сопровождением пациентов гериатрической службы. Руководствуясь идеями системного подхода в создании Модели мы, прежде всего, старались отразить деятельную и эффективную взаимосвязь различных элементов в самой системе, а также деятельности различных специалистов для достижения поставленных целей оказания наиболее эффективной медико-психолого-социальной помощи пожилым пациентам. Ниже представлены общие положения, рекомендации по направлениям деятельности и организации подразделений службы психологического сопровождения, а также порядку предоставления специализированной помощи лицам пожилого возраста.

2.1. Общие положения по организации деятельности службы психологического сопровождения при государственных учреждениях гериатрической службы

1. Настоящие Положения разработаны на основании Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» от 28 июля 1999 года № 297, по итогам реализации Законов Санкт-Петербурга «О медико-социальной программе Санкт-Петербурга «Гериатрическая помощь населению Санкт-Петербурга» от 03.06.1998 и «О медико-социальной программе Санкт-Петербурга “Гериатрическая служба и система хосписов Санкт-Петербурга на 2001–2004 годы”» от 10.10.2000 г., согласно Плану мероприятий Постановления Правительства № 1917 «О Концепции

модернизации системы здравоохранения в Санкт-Петербурге до 2010 г.» в целях развития системы психологической помощи при гериатрической службе и координации деятельности подразделений службы психологического сопровождения пожилых людей в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга.

2. Службу психологического сопровождения при Государственном (федеральном или муниципальном) учреждении (подразделении учреждения здравоохранения) гериатрической службы рекомендуется создавать в целях оказания специализированной психологической помощи лицам пожилого и старческого возраста (60 лет и старше).
3. Психологическая помощь лицам пожилого и старческого возраста (60 лет и старше) в государственном (федеральном или муниципальном) учреждении здравоохранения организуется на административной территории с численностью граждан старших возрастных групп (60 лет и старше) не менее 10 тыс. человек. Формы организации психологической гериатрической помощи на административной территории рассматриваются соответствующими органами здравоохранения самостоятельно, в соответствии с настоящими «Положениями...», согласовываются с главным специалистом по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению и утверждаются главой Администрации данного района.
4. Психолог подразделения гериатрической службы является специалистом, имеет базовую подготовку по специальности «Клиническая психология», а также по специальности «Психология», с последующим получением сертификата о профессиональной ориентации по направлению «Геронтология и гериатрия», либо имеющий диплом государственного образца о переподготовке по специальности медицинская (клиническая) психология, а также магистра по направлению «Психология», прошедшего программу подготовки медико-психологической помощи пожилым.

5. Для работы в подразделении психологического сопровождения гериатрической службы сотрудники должны пройти последипломную подготовку на тематических циклах по психологической помощи пожилым не менее 144 ч.
6. На консультацию к психологу подразделения психологического сопровождения гериатрической службы направляются лица пожилого и старческого возраста, имеющие в анамнезе хронические заболевания, наличие или обострение которых может привести к частичной или полной утрате способности к самообслуживанию, с показаниями для лечения и реабилитации, применение которых предотвратит развитие зависимости пожилого человека от окружающих или приведет к ее снижению. Кроме того, клиентами психолога данной службы также являются лица с признаками преждевременного старения организма.
7. В связи с тем, что повышение качества жизни пожилых людей является единой целью и задачей для систем здравоохранения и социальной защиты населения, органам управления здравоохранения административного района рекомендуется проводить планирование и развитие специализированной психологической помощи совместно с органами социальной защиты населения района. При организации или проведении мероприятий по модернизации учреждений (подразделений) гериатрической помощи в системе здравоохранения рекомендуется заключение межотраслевого договора на уровне администрации района с четким разграничением полномочий (при необходимости).
8. Служба психологического сопровождения гериатрической службы, включая ее подразделения при государственных (федеральных или муниципальных) учреждениях здравоохранения создается, осуществляет свою деятельность, реорганизуется и ликвидируется в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, на основании распоряжений администрации района и Комитета по здравоохранению и

действует на основании Положения, утверждаемого в органах управления здравоохранения административного района.

9. При разработке Положения о службе психологического сопровождения при гериатрическом подразделении (учреждении) государственного (федерального или муниципального) учреждения здравоохранения и должностных обязанностей сотрудников рекомендуется использовать законодательные акты РФ, нормативно-правовые документы, разработанные в рамках исполнения Законов Санкт-Петербурга о гериатрической помощи. Все локальные нормативные документы, принятые в учреждении здравоохранения, имеющем в своей структуре службу психологического сопровождения при гериатрических подразделениях, согласовываются с главным специалистом по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению и утверждаются в органах управления здравоохранения административного района.
10. Оснащение гериатрической службы техническими средствами и оборудованием, необходимыми для оказания специализированной психологической помощи и осуществления ухода за гражданами старших возрастных групп, планируется учреждением исходя из потребностей пациентов этой группы, согласовывается с главным специалистом по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению с последующим утверждением в органах управления здравоохранения административного района.
11. Анализ и оценка эффективности работы подразделений психологической службы гериатрических подразделений (учреждений) государственного или муниципального учреждения здравоохранения по обслуживанию граждан старших возрастных групп (в т.ч. с точки зрения достижения целей и задач деятельности) проводится Городским организационно-методическим отделом службы психологического сопровождения по гериатрии на основании предоставленных этими подразделениями ежегодных отчетов по требуемой форме. Районные подразделения

городской службы психологического сопровождения гериатрической службы предоставляют «Отчет о работе подразделения психологического сопровождения гериатрической службы района Санкт-Петербурга» в головное подразделение – службу психологического сопровождения гериатрической службы городского гериатрического центра Санкт-Петербурга (*см. приложения*) не реже 1 раза в год, не позднее 15 февраля следующего за отчетным года.

12. Финансирование подразделений психологической помощи гериатрической службы осуществляется за счет средств бюджета. Кроме того, дополнительное финансирование может осуществляться за счет благотворительных пожертвований, средств целевых программ и иных средств, использование которых не противоречит законодательству РФ.

2.2. Основные направления и организация деятельности подразделений психологического сопровождения гериатрической службы

1. Психологическая помощь пожилым людям — это специализированная долговременная медико-психологическая и социально-психологическая помощь пациентам пожилого и старческого возраста (60 лет и старше), страдающим хроническими инвалидизирующими заболеваниями, с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию. Целью психологической помощи пожилым людям является продление активного долголетия и повышение качества жизни в пожилом и старческом возрасте.

Психологи гериатрической службы обслуживают население пожилого и старческого возраста, в том числе долгожителей (90 лет и старше) и лиц с признаками преждевременного старения по следующим основным направлениям:

- болезнь Альцгеймера и деменции старческого возраста;

- депрессии, тревожные состояния, нарушения сна, ипохондрический синдром;
- остеопороз, заболевания опорно-двигательного аппарата;
- сахарный диабет II типа и его осложнения;
- болезни органов чувств, связанные со старением;
- инконтиненция (проблемы мочеиспускания);
- атеросклероз с многообразными проявлениями и артериальная гипертензия;
- другие возрастассоциированные заболевания.

Наиболее рационально использование принципа диспансеризации населения старших возрастных групп, с проведением ежегодного психологического мониторинга по определению степени снижения способности к самообслуживанию. Кроме того, необходимо развивать психологическую работу с родственниками пациентов по вопросам ухода и организации жизни зависимых пациентов.

2. На базе учреждений (подразделений) гериатрической службы целесообразно развивать «Школы пациентов», целью работы которых является психологическая профилактика преждевременного старения, первичная и вторичная психопрофилактика осложнений заболеваний пожилого возраста, и (или) психологические консультации родственников пациентов по вопросам ухода и организации жизни зависимых пациентов.
3. Общими задачами деятельности службы психологического сопровождения учреждений и подразделений гериатрической службы является предоставление специализированной психологической помощи гражданам старших возрастных групп с учетом имеющихся заболеваний, в т.ч.:
 - 4.1. психологическая диагностика психиатрической гериатрической патологии, помогающая лечащему врачу уточнить диагноз (характер деменции, выраженность эмоциональных, поведенческих и личностных расстройств и др.);

- 4.2. проведение психологической оценки состояния пациента на предмет утраты им способности к самообслуживанию;
 - 4.3. психологическая и социальная реабилитация,
 - 4.4. консультации родственников по вопросам ухода за пациентами, утратившими способность к самообслуживанию;
 - 4.5. содействие в организации психологических консультаций, как в учреждениях социальной защиты населения, так и на дому у пациента, а также в стационарных условиях и условиях дневного стационара;
 - 4.6. разработка (адаптация зарубежных аналогов) и внедрение в работу службы новых психо-геронто-технологий, обеспечивающих применение новых методик психологической диагностики, коррекции и реабилитации, которые позволят повысить качество обслуживания и жизни пожилого населения;
 - 4.7. проведение мониторинга медико-психолого-социального положения граждан старших возрастных групп, проживающих на территории обслуживания — их возрастной структуры, состояния психического здоровья, функциональных способностей и экономического положения — в целях своевременного составления прогноза и дальнейшего планирования развития службы психологического сопровождения гериатрической помощи;
 - 4.8. взаимодействие с административными органами и организациями, в том числе с научно-исследовательскими, негосударственными организациями, учреждениями социального обслуживания населения, фондами по вопросам оказания психологической помощи, направленной на повышение качества жизни граждан старших возрастных групп, включая вопросы практического применения новейших психо-геронто-технологий.
5. Служба психологического сопровождения гериатрической помощи в административном районе, в соответствии с возложенными на нее задачами, может быть организована в следующих формах:

- 5.1. Кабинет психолога при гериатрическом отделении городской поликлиники:
 - 5.1.1. гериатрическое медико-социальное отделение (психолог-консультант)
 - 5.1.2. гериатрическое реабилитационное отделение (психолог-реабилитолог);
- 5.2. Лаборатория психологии при гериатрической больнице
- 5.3. Кабинет психолога при гериатрическом отделении в структуре многопрофильного стационара
- 5.4. Служба психологического сопровождения при Городском гериатрическом медико-социальном центре — административно-организационно-методическое ядро психологической службы при специализированном учреждении субъекта РФ, на базе которого проводится внедрение новых форм диагностики, психокоррекции, психотерапии, реабилитации, психологического сопровождения и медико-психолого-социального обслуживания с последующим распространением опыта и методик на подразделения психологической помощи гериатрической службы в виде методических рекомендаций, обучающих семинаров и конференций, информационных писем, подготовки новых нормативных документов и т.д.
6. Непосредственное руководство Городской службой психологического сопровождения пожилых людей и координацию деятельности районных подразделений/кабинетов Службы осуществляется руководителем службы психологического сопровождения при Городском гериатрическом медико-социальном центре – клиническим (медицинским) психологом высшей квалификационной категории, имеющим стаж работы по специальности в учреждении гериатрического профиля не менее 3 лет; методическое руководство службой, в свою очередь, осуществляет

- методист – клинический (медицинский) психолог, имеющий стаж работы по специальности в учреждении гериатрического профиля не менее 3 лет.
7. Первичным подразделением по оказанию психологической помощи пожилому населению в административном районе является кабинет психолога при гериатрическом медико-социальном отделении. Кабинет психолога при гериатрическом отделении — специализированный кабинет при самостоятельном подразделении поликлиники или учреждении социальной защиты. Кабинеты психолога на базе учреждений здравоохранения целесообразно развивать при имеющихся в административном районе стационарных или стационарзамещающих учреждениях (подразделениях), оказывающих гериатрическую помощь.
 8. Форма организации подразделения психологической помощи гериатрической службы в административном районе определяется городским органом управления (службой психологического сопровождения при гериатрическом центре) с учетом демографической ситуации, поло-возрастной структуры пожилого населения, показателей заболеваемости в старших возрастных группах и исходя из анализа оценки потребностей в услугах психологической помощи пожилым людям.
 9. Для всех перечисленных в п.5 подразделений необходимо создание условий для использования реабилитационной базы учреждения и применение методик, позволяющих пожилым пациентам после психокоррекции и психореабилитации наиболее длительно сохранять активность и возможность независимого проживания. Срок психологического амбулаторного диспансерного сопровождения пациента пожилого возраста не имеет ограничений для психолога и определяется лишь сроком, необходимым для решения конкретной медико-психологической проблемы.
 - 10.Посещение — контакт психолога осуществляется в приемные часы, предусмотренные графиком работы в учреждении или на дому с лицом,

обратившимся за психологической помощью, консультацией, получением психологического заключения, а также обращение по вопросам психологического состояния пациента его родственников или доверенного лица (при этом обязательна отметка в амбулаторной карте). Первичное посещение — это психологическая консультация пациента, который впервые или впервые в этом году обратился к психологу гериатрической службы. Время, необходимое на психологическую консультацию первичного пациента в условиях амбулаторного приема составляет 1,5–2 часа, повторная консультация психолога — 60 мин. Запись первичных пациентов на ежедневный прием к психологу гериатрической службы не должен превышать 2-3 чел. в смену (за исключением случаев, когда подразделение службы начинает свою деятельность)

11.С целью обеспечения взаимодействия специалистов-психологов гериатрической службы, персоналу вновь открываемых отделений или вновь принятым на работу в подразделения гериатрической службы рекомендуется проведение не менее чем 3-х дневной стажировки на рабочем месте в головном учреждении службы на данной территории. По окончании стажировки специалист получает «Справку о прохождении стажировки».

12.С целью рабочего взаимодействия и преемственности действий, выполняемых медицинскими психологами в ходе сопровождения пациентов на различных уровнях гериатрической помощи, вузам Санкт-Петербурга, проводящим последипломную переподготовку специалистов-клинических психологов, рекомендуется включать в программу лекции по вопросам организации и оказания специализированной гериатрической и геронтопсихологической помощи.

13.При организации подразделений службы психологического сопровождения пожилых в административном районе в должностных инструкциях персонала необходимо предусмотреть патронаж на дому

пожилых пациентов со снижением способности к самообслуживанию более чем на 50%. Нагрузка персонала во время посещения на дому рассчитывается на основании хронометража, проводимого не чаще, чем 1 раз в год. Результаты хронометража согласовываются с главным врачом учреждения здравоохранения и утверждаются руководителем органа управления здравоохранения административного района. Учитывая количество и структуру пожилого населения по степени зависимости от окружающих, а также территорию, обслуживаемую патронажем гериатрической службы, администрации учреждения, в чьем ведении находится подразделение службы психологического сопровождения, рекомендуется предусмотреть в смете расходов оплату проездных документов или предоставление транспортного средства для психологов и социальных работников гериатрической службы.

14. Психологическая оценка пожилого пациента является критерием, который отражает не только состояние больного, но и позволяет разработать индивидуальную программу реабилитации или ухода в зависимости от состояния пациента, а также служит основой для дальнейшего внедрения системы, определяющей потребности пожилых людей в медико-психолого-социальной помощи. На амбулаторном приеме психолог службы сопровождения пожилых совместно с социальным работником проводят Психологическую оценку пациента не реже 1 раза в год (пациентам 90 лет и старше - не реже 2-х раз в год). В стационаре или дневном стационаре медико-психолого-социальная оценка пациента должна проводиться каждый раз при поступлении и выписке пациента. Таким образом, заключение психолога должно отражать:

14.1. развернутый психологический диагноз, в том числе со ссылкой на диагнозы всех имеющихся у больного заболеваний, и их функциональные последствия,

14.2. оценку способности к самообслуживанию по данным субъективного и объективного исследования

- 14.3. оценку социально-психологического статуса пациента;
- 14.4. клинико-психологический прогноз состояния;
- 14.5. прогноз социальной зависимости.
15. По степени зависимости пациенты пожилого возраста в гериатрической практике подразделяются на 4 группы. Определение снижения способности к самообслуживанию проводится на основании документации, разработанной и апробированной в рамках реализации гериатрических Программ согласно распоряжению Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга № 468 от 15.12.2005.
16. С целью взаимодействия с органами социальной защиты (привлечения специалистов по социальной работе, трудотерапевтов, юристов, психологов, организации питания в дневных стационарах и улучшения материально-технической базы гериатрических подразделений и т.д.), а также для организации преемственности ведения пациента и внедрения диспансерных методов обслуживания пожилого населения в подразделениях службы психологического сопровождения, учреждениям здравоохранения необходимо иметь письменный договор с учреждениями социальной защиты административных районов. Договор должен отражать обязанности сторон в части преемственности ведения пациента между службами, организацию обслуживания по принципу междисциплинарных групп, состоящих из специалистов различных профессий, участвующих в обслуживании пациента и при необходимости в организации ухода за ним. Договор заключается между учреждениями здравоохранения и социальной защиты и утверждается ведомственными отделами административных районов или руководителем административного района.
17. Оплату труда психологов гериатрических подразделений рекомендуется производить согласно:
- п. 7.2 Приложения к Приказу Минздравмедпрома России от 12 февраля 1996 г. N 48 «Положение об оплате труда работников

здравоохранения Российской Федерации», утвержденного Приказом Минздравмедпрома России от 20.02.95 N 35 («... оплата труда психологов учреждений здравоохранения производится в порядке и размерах, установленных подпунктом 3.3.3 Положения для врачей-специалистов соответствующих учреждений Здравоохранения ...»);

- п. 3.7.1. Приказа Министерства Здравоохранения РФ от 24 февраля 1998 г. N 48 (Д) «Об оплате труда работников здравоохранения Российской Федерации» («... по 11-14 разряду с возможностью его увеличения согласно п.3.10 в связи с присвоением квалификационной категории, ученой степени и почетных званий ...»)
- п.1.11 «Перечня учреждений, подразделений и должностей, работа в которых дает право работникам на повышение окладов (ставок) в связи с опасными и особо тяжелыми условиями труда» Приказа МЗ РФ № 377 от 15 октября 1999 г.
- Письму Минздрава РФ от 09.08.1993 N 05-16/25-16 «О дополнительном отпуске за работу с вредными условиями труда медицинского и другого персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи» (« ... установить дополнительный отпуск за работу с вредными условиями труда продолжительность 30 рабочих дней психологам ...»)

или других регламентирующих документов Министерства здравоохранения РФ с учетом нормативно-правовых актов Правительства Санкт-Петербурга. При этом в профильных отделениях (психиатрия, хирургия, урология, травматология и т.д.) психологам службы сопровождения предусматривается повышение окладов согласно профилю.

2.3. Порядок предоставления специализированной психологической помощи лицам пожилого возраста учреждениями здравоохранения

1. Специализированная психологическая помощь лицам пожилого возраста предусматривает обслуживание граждан старших возрастных групп (60 лет и старше), страдающих хроническими инвалидизирующими заболеваниями, с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию; граждан, имеющих признаки преждевременного старения; проведение психологических консультаций родственникам пациентов по вопросам организации медико-психолого-социальной помощи и ухода за пациентами с высокой степенью зависимости (75% и более).
2. Оценка потребности пациента в комплексной медико-психолого-социальной помощи проводится на основании распоряжения Комитета по здравоохранению № 468 от 15.12.2005, проводится каждому пациенту гериатрической службы не реже, чем 1 раз в год, и служит основой для мониторинга состояния здоровья и благополучия граждан пожилого возраста в административном районе. Критерии психологической оценки должны разрабатываться специалистами-психологами городского организационно-методического отдела службы психологического сопровождения совместно с органами социальной защиты населения под руководством главного специалиста по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению.
3. В психологических подразделениях гериатрической службы используется документация, разработанная и апробированная на базе Городского гериатрического медико-социального центра (*см. приложения*).
4. На амбулаторный прием к психологу специализированной службы сопровождения пациенты записываются самостоятельно (по телефону или лично в регистратуре) или могут быть направлены специалистами учреждения здравоохранения. Специальной формы для направления

пациента к психологу от врачей-гериатров и врачей других специальностей не требуется.

5. Для проведения психологической реабилитации в дневных стационарах или стационарных учреждениях гериатрической службы психолог на амбулаторном приеме выписывает направление установленной формы, рекомендованное к использованию в системе гериатрической службы (см. приложения).
6. Рекомендуемая длительность пребывания пациента в дневных стационарах гериатрической службы — не более 14 дней. В течение этого периода должен быть уточнен диагноз (в том числе, психологический) основного и сопутствующих заболеваний, проведена коррекция фармакотерапии, проведены реабилитационные мероприятия с использованием всех возможностей базового учреждения, в том числе, службы психологического сопровождения, при необходимости подключена к работе социальная служба и т.п. При поступлении и в конце пребывания в дневном стационаре пациенту проводится «Гериатрическая оценка» (включая, психологическую), анализ которой позволит определить потребность пациента в услугах медико-психолого-социального профиля.
7. Длительность пребывания пациента в стационарных учреждениях гериатрической службы в среднем составляет 21 день, но при обслуживании пациента в профильных отделениях, входящих в состав гериатрического стационара — урология, хирургия, травматология — рекомендуется пребывание пациента в них не менее 21 дня, психиатрия — не менее 40 дней, в отделении Хоспис — не менее 28 дней. В течение этого периода должно быть проведено комплексное медико-психолого-социальное обследование пациента, уточнен диагноз основного и сопутствующих заболеваний, проведены коррекция фармакотерапии, наблюдение за пациентом медицинской сестрой, реабилитационные мероприятия (включая, психологические) и даны рекомендации по

дальнейшей организации жизнедеятельности пациента с учетом характера патологий. Кроме того, должна быть определена диспансерная группа по степени снижения способности к самообслуживанию и нозологической форме и, при необходимости в посторонней помощи, налажено взаимодействие со специализированной психологической, а также социальной службой по месту жительства пациента и т.п.

8. При необходимости врач-гериатр на амбулаторном приеме или при выписке из стационара выдает пациенту направление к специалистам-психологам Городского гериатрического медико-социального центра или рекомендует обратиться в Службу психологического сопровождения самостоятельно.
9. Противопоказаниями к принятию на психологическое диспансерное обслуживание психологом специализированной службы психологического сопровождения граждан старших возрастных групп могут являться активные формы туберкулеза, хронический алкоголизм, карантинные инфекционные заболевания, тяжелые психические расстройства, венерические и другие заболевания, требующие лечения в специализированных учреждениях здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В настоящее время в Санкт-Петербурге разработано специальное Положение о службе психологического сопровождения Городского гериатрического медико-социального центра (*см. приложения*). В приложении приведены его основные положения, задачи и предполагаемые формы организации.

Как видно из Положения, работа психолога в гериатрическом центре требует комплекса психотерапевтических мер, направленных на восстановление и активизацию физических, психических и социальных функций, навыков и возможностей людей пожилого возраста, а также на

решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми они не могут справиться самостоятельно.

Таким образом, на примере организации службы психологического сопровождения ГГМСЦ видно, что главной целью психологической службы является обеспечение психологического благополучия проживающих, а именно: создания условий для формирования жизнеспособного человека с учетом его индивидуальных, половозрастных и других особенностей.

Поэтому основные методы, применяемые в работе с пожилыми людьми, следующие:

- Релаксационные тренинги;
- Разъяснительная и успокаивающая терапия;
- Аутогенная тренировка;
- Индивидуальные консультации.

Основными направлениями деятельности психологической службы:

- Психологическое просвещение, повышение социально-психологической компетенции;
- Психотерапевтическое воздействие;
- Психопрофилактическая работа;
- Психологическая диагностика;
- Психологическое консультирование.

Реализация комплекса психотерапевтических, консультативных и восстановительных мероприятий предполагает проведение встреч в специально оборудованных помещениях, которые должны отвечать соответствующим условиям и требованиям к техническому обеспечению и освещению психологического кабинета.

Технические средства: система видеозаписи и видео-воспроизведения с набором видеозаписей и слайдов; система звукозаписи и звуковоспроизведения с набором звукозаписей; компьютер.

Документация: жесткой регламентации в отношении документального оформления работы психолога как таковой пока не существует. При этом к

оформлению документации весьма разнородны в разных учреждениях, нет единого шаблона и стандарта.

Основываясь на данных полученных при изучении, ведения документации психологом в разных учреждениях, предлагаем следующие виды и формы отчетной документации (*см. приложения*).

1. План работы психолога.
2. Журнал консультаций психолога.
3. Журнал регистрации обращений к психологу.
4. Журнал учета групповых форм работы.
5. Результат психологической работы.
6. Отчет.

По итогам года психологи предоставляют аналитический отчет о своей работе руководителю Службы. Данный отчет включается в отчетную документацию учреждения.

Раздел 3. Предложения по формированию штатного состава, квалификационным требованиям и организации подготовки и переподготовки персонала службы психологического сопровождения пожилых людей.

3.1. Примерное штатное расписание службы психологического сопровождения при Городском гериатрическом медико-социальном центре

№ п/п	Подразделения ГГМСЦ	Наименование должности	Кол-во ставок	Требования к специалистам
1.	Стационар: - 3 отделения общей гериатрии, - отделение восстановительного лечения ортопедо-травматологического профиля, - отделение геронтопсихиатрии, - урологическое отделение, - хоспис	Психолог-консультант	1,0	Высшее образование по специальности «Клиническая психология»
		Психолог кабинета психодиагностики	1,0	Высшее образование по специальности «Клиническая психология»
		Психолог-реабилитолог	1,0	Высшее образование по специальности/направлению «Психология» с курсами подготовки в области реабилитации или магистратуры
2.	Лечебно-консультативное отделение	Психолог-консультант	0,5	Высшее образование по специальности «Клиническая психология»
		Психолог кабинета психодиагностики	1,0	Высшее образование по специальности «Клиническая психология»
		Психолог-реабилитолог	0,5	Высшее образование по направлению «Психология» с курсами подготовки в области реабилитации или магистр

4.	Отделение медико-социальной помощи на дому с диспетчерским центром «Тревожная кнопка»	Психолог-консультант	1,0	Высшее образование по специальности «Клиническая психология»
5.	Отделение медико-социальной реабилитации	Психолог-реабилитолог (с учетом патронажа)	1,0	Высшее образование по направлению «Психология» с курсами подготовки в области реабилитации или магистр
		Психолог кабинета психодиагностики	0,5	Высшее образование по специальности «Клиническая психология»
6.	Дневной стационар	Психолог-консультант	1,0	Высшее образование по специальности «Клиническая психология»
		Психолог-реабилитолог	0,5	Высшее образование по направлению «Психология» с курсами подготовки в области реабилитации или магистр
ИТОГО:			9,0	

3.2. Примерное штатное расписание службы психологического сопровождения при гериатрическом медико-социальном отделении районной поликлиники с численностью граждан старших возрастных групп не менее 10 тыс. на территории районов

№ п/п	Наименование должности	Кол-во ставок	Требования к специалистам
1.	Психолог	1,0	Высшее образование по специальности «Клиническая психология»
2.	Трудотерапевт/психолог-реабилитолог (с учетом патронажа)	1,0	Высшее образование по направлению «Психология» с курсами подготовки в области реабилитации или магистр
ИТОГО:		2,0	

3.3. Квалификационные требования и организация подготовки и переподготовки персонала службы психологического сопровождения пожилых людей

Психолог службы психологического сопровождения лиц пожилого возраста является специалистом с высшим образованием, приравненным в отношении оплаты и длительности рабочего дня к врачам-психиатрам (продолжительность дополнительных отпусков за вредные условия труда медицинских психологов регулируется особо). На должности психолога-консультанта и психолога кабинета психодиагностики учреждений гериатрической службы могут работать психологи и врачи, получившие специальную подготовку по клинической (медицинской) психологии. Эта подготовка осуществляется психологическими факультетами университетов, имеющих специальные кафедры, факультеты или отделения клинической (медицинской) психологии. Подготовка и повышение квалификации психологов-консультантов и психологов кабинетов психодиагностики учреждений гериатрической службы может осуществляться также через аспирантуру, ординатуру или на рабочих местах в медицинских научно-исследовательских институтах или ВУЗах, имеющих в своем составе отделы, лаборатории или кафедры клинической (медицинской) психологии. Государственные стандарты подготовки, а также программы обучения и повышения квалификации по клинической (медицинской) психологии утверждаются управлениями соответствующих учебных заведений министерств здравоохранения и образования.

На должности психолога-реабилитолога учреждений гериатрической службы могут работать психологи и врачи, получившие специальную подготовку по направлению «Психология» и прошедшие курсы повышения квалификации или постдипломную подготовку в области психологической реабилитации лиц пожилого возраста. Эта подготовка осуществляется психологическими факультетами университетов, имеющих специальные кафедры, факультеты или отделения психологии. Подготовка и повышение

квалификации психологов-реабилитологов учреждений гериатрической службы может осуществляться также на рабочих местах в медицинских учреждениях, имеющих в своем составе специалистов службы психологического сопровождения лиц пожилого возраста. Программы обучения и повышения квалификации по психологической реабилитации лиц пожилого возраста утверждаются управлениями соответствующих учебных заведений Министерств здравоохранения и образования РФ.

Непосредственное руководство всеми сотрудниками городской службы психологического сопровождения осуществляет руководитель Службы психологического сопровождения городского гериатрического центра. Помимо этого на местах психологи районных подразделений службы психологического сопровождения пожилых людей работают под общим руководством заместителя главного врача по медицинской части, а при его отсутствии в штате учреждения — под руководством главного врача.

Должности психологов службы психологического сопровождения пожилых людей устанавливаются в каждом структурном подразделении гериатрической службы исходя из фактической потребности в них. При определении потребности в психологах СПСП можно исходить из следующих ориентировочных норм нагрузки:

1) средняя продолжительность обслуживания одного первичного больного, включая время на подготовку к исследованию и оформление его результатов — 3,5—4 часа; общее число обследований в месяц на одну должность психолога кабинета психодиагностики — 30 первичных или 75 повторных;

2) проведение психологической реабилитации ежедневно с двумя группами — по 5—8 больных в малых группах и 10—14 — в группе психологической реабилитации (психологом-реабилитологом, освобожденным от выполнения диагностической работы);

3) проведение трудотерапии, арт-терапии, работы по организации терапии средой и т.п. в 3—5 отделениях на 60 коек каждое, включая

необходимые исследования, при условии освобождения от других видов работы.

4) ведение консультативного приема в стационаре на 30-60 коек, исходя из нагрузки 75 человек в месяц

Каждая из этих форм работы психолога гериатрической службы весьма трудоемка и их выбор и конкретное соотношение должны определяться как числом должностей, которыми располагает учреждение, так и основным направлением его работы. В психогеронтологических отделениях больниц, осуществляющих экспертную практику, больницах общего профиля с большим движением и непродолжительным пребыванием больных, большее значение имеют вопросы диагностики, учет динамики состояния и оценка эффективности проводимой терапии и реабилитации. В крупных больницах гериатрического профиля или в поликлиниках и дневных стационарах практическая работа психологов в большей мере должна подчиняться задачам реабилитации. Здесь психокоррекционная работа в группах и организация терапевтической среды являются важнейшими ее элементами.

Для организации работы психолога гериатрической службы в учреждении создается психологический кабинет психодиагностики. Наряду с психологом-диагностом в состав кабинета может включаться психолог-лаборант, а при активной работе в области реабилитации больных также специалист по социальной работе (социальный работник), которые работают под руководством психолога-реабилитолога. В обязанности психолога-лаборанта входит ведение документации лаборатории, хранение аппаратуры и обеспечение ее технической исправности, пополнение лаборатории необходимыми бланками, приспособлениями, печать заключений. Социальный работник проводит соц.обследования (в семье, отделении соц.защиты и т.п.), участвует в осуществлении социотерапевтических мероприятий и необходимых для этого исследований (социометрических, «включенного наблюдения» и др.).

Кабинет для проведения психологических исследований должен быть размещен в отдельном помещении, обеспечивающем необходимые условия для экспериментальной работы, и оснащен соответствующим оборудованием — наборами психологических методик, секундомером, мультимедийной техникой, персональным компьютером с МФУ, шкафами для хранения протоколов исследований и т. п.

Психологический кабинет (лаборатория) ведет учет проводимой работы и представляет отчетность в соответствии с действующими положениями для психиатрических и психоневрологических учреждений.

Раздел 4. Предложения по материально-техническому обеспечению деятельности системы психологического сопровождения ГГМСС и ее подразделений.

4.1. Помещения для психологической коррекции и реабилитации

В состав общих помещений каждого отделения, помимо стандартного набора включаются помещения для психологической коррекции и реабилитации (кабинет психолога-консультанта, кабинет психологической коррекции и реабилитации со шлюзом (22 кв. м.), помещение для бесед родственников с психологами и социальными работниками, кабинеты психолога-реабилитолога, психодиагностики, социального работника, помещение бытовой реабилитации (макет жилой квартиры и стендами для восстановления бытовых навыков, кабинет с имитацией входов в общественный транспорт).

В состав помещений, общих для медико-социальной организации, желательно включить: комнату психоэмоциональной разгрузки персонала и родственников (со шлюзом) и помещение богослужения (минимальная площадь 16 м², доступное пациентам и родственникам).

4.2. Помещения службы психологического сопровождения при социально-психологического и социально-реабилитационного отделений

Кроме того, гериатрический центр должен иметь в своем составе *Социально-психологическое отделение*, в котором должны быть предусмотрены кабинеты психотерапии, психологической релаксации, кабинеты психологов, социальных работников и юристов для оказания психологической помощи и помощи в реализации социальных льгот, служба «Телефон доверия для пожилых людей».

Кроме того, должны быть организованы *Помещения социально-реабилитационного отделения*, предназначенные для совместного проведения стационарными пациентами свободного времени (зал просмотра

видеофильмов, настольных игр, танцев, праздников, библиотека-читальня, кружковые комнаты).

4.3. Помещения службы психологического сопровождения при отделениях лечебно-трудовой реабилитации

Обязательным является наличие *Помещений отделения лечебно-трудовой реабилитации* стационарных пациентов - творческие мастерские (гончарная, плетения, шитья и др.), кабинет инструктора по милье-терапии (трудотерапии), кабинет психологической диагностики и другие, направлены на реабилитацию пациентов и пробуждение их интереса к жизни.

4.4. Научно-исследовательские, методические и информационные помещения службы психологического сопровождения

Поскольку в перечень задач психологической службы Гериатрического центра входит научная работа, целесообразно выделение специально оборудованных *научно-исследовательских, методических и информационных* помещений для проведения учебных семинаров, конференций по повышению квалификации и первичной специализации сотрудников стационарных учреждений социально-медицинского обслуживания могут включать: кабинет заведующего кафедрой, кабинеты профессоров, доцентов, учебные кабинеты, аудитории для занятий, учебные и лабораторные помещения, конференц-залы, и др. помещения. Состав и площади этих помещений определяются возможностями конкретного подразделения гериатрической службы.

4.5. СНиП организации помещений службы психологического сопровождения пожилых людей

Помещения гериатрического центра должны быть снабжены пандусами и лестницами, лифтами и подъемниками, вспомогательными средствами и приспособлениями (поручни, ручки, рычаги и т.д.) в

соответствии с требованиями нормативных документов по проектированию окружающей среды для людей с физическими ограничениями. Габариты коридоров, проходов и проемов, специализированных помещений должны соответствовать СНиП «Проектирование зданий для медицинских организаций».

Внутренняя отделка помещений для работы психолога должна быть выполнена из материалов, разрешенных к применению в Российской Федерации, соответствовать функциональному назначению и способствовать созданию условий, максимально приближенных к домашним.

При выборе материалов внутренней отделки помещений отдыха, помещений психологической и социально-трудовой реабилитации, залов ЛФК, гардеробных помещений следует также учитывать необходимость снижения шума с помощью звукопоглощающей облицовки и штучных звукопоглотителей.

Проемы окон и балконных дверей помещений длительного пребывания проживающих, кабинетов врачей и помещений медицинского персонала, обращенных на сектор горизонта от 200 до 290°, должны быть оборудованы солнцезащитными устройствами.

Ручки штанговых затворов фрамуг в рабочих помещениях психологов должны располагаться на высоте не более 1,2 м от пола.

Площади помещений следует принимать в соответствии с рекомендациями СНиП «Проектирование зданий для медицинских организаций»

Кабинет психолога-консультанта должен быть не менее 12 м².

Для обеспечения безопасности и предупреждения травматизма лиц с ограниченной подвижностью, немощностью и неадекватным поведением одним из основных требований к организации предназначенных для них групп помещений является требование обеспечения видимости пожилых людей персоналом при организации их медико-психологической реабилитации.

В структуре социально-реабилитационного отделения следует предусмотреть зрительный зал с фойе, библиотеку-читальню, клубные помещения, кружковые комнаты.

Снижение подвижности части лиц старшего поколения, ограничивающие их контакты с природой, обуславливает необходимость организации «зимнего сада», в котором может стоять аквариум или другие элементы живого уголка и который одновременно может выполнять функции мильё-терапии (трудотерапии) для желающих выращивать растения.

Примерный состав и площади помещений медицинского назначения рекомендуется принимать по таблице:

наименование помещений	мощность отделения (посещений в смену)		
	от 100	от 100 до 200	свыше 200
	площадь м2 (не менее)		
Кабинеты психологической службы:			
• кабинет психолога-консультанта,	12	14	16
• кабинет индивидуальной психокоррекции и психологических исследований	20	20	20
• архив при кабинете психодиагностики	12	12	12
• кабинет групповой психотерапии и психокоррекции со шлюзом	24+2	24+2	24+2

4.6. Организация рабочего места психолога гериатрической службы

Кабинет территориально должен включать несколько зон, каждая из которых имеет специфическое назначение и соответствующее оснащение.

Зона первичного приема и беседы с клиентом оснащается рабочим столом; картотекой с данными о клиентах; закрытой картотекой, содержащей данные и результаты обследований, которые не должны быть доступны посторонним. В шкафу размещаются психологические таблицы, плакаты, методический материал и другой инструментарий для психологического обследования.

Зона консультативной работы оформляется максимально комфортно: журнальный столик и удобные мягкие кресла, неяркое регулируемое реле освещение боковых бра. Все это вместе создает обстановку уюта, защищенности, располагает к расслаблению, успокоению, способствует открытому доверительному общению в условиях индивидуального, группового или семейного консультирования.

Зона релаксации и снятия психоэмоционального напряжения предполагает свободное размещение удобных мягких кресел для отдыха, снятия усталости и восстановления работоспособности в сеансах кратковременной релаксации, а также при обучении методам саморегуляции в группах. Психоэмоциональная разрядка в этой зоне может достигаться и специфическим решением интерьера, изменением объемов и формы зоны, перемонтировкой подвижного и легко комбинируемого оборудования, трансформацией пространства с помощью временных перегородок. Эффект релаксации и снятия мышечного напряжения может быть достигнут и под воздействием определенных элементов обстановки, изменений слайдовых изображений и светового оформления, а также функциональной музыки.

Организационное обеспечение кабинета предполагает подготовку его оборудования, в том числе технических средств, методических материалов, документации и рекламы.

1. Технические средства

- Система видеозаписи и видео-воспроизведения с набором видеозаписей и слайдов.
- Система звукозаписи и звуковоспроизведения с набором звукозаписей.
- Персональный компьютер.
- Компьютерные тренажеры для групповых занятий в рамках программы психологической реабилитации

2. Методические материалы

- Кейс практического психолога (набор практических материалов для профилактики, диагностики и коррекции нарушений у лиц пожилого возраста).

- Набор материалов для творчества.
- Библиотека практического психолога.
- Раздаточный материал.

3. Документация

- График работы.
- Перспективный план работы.
- Индивидуальные карты клиентов
- Журналы учета по формам
- Бланки для регистрации результатов обследования.

4. Мебель

Мебель должна быть со скругленными формами и устанавливаться (в контексте общей пластической композиции) по плавным кривым.

(см. приложения)

- Рабочий стол психолога.
- Шкаф для пособий; шкаф для техники.
- Рабочие места для пожилых пациентов.
- Журнальный стол.
- Мягкие кресла.
- Стулья с подлокотниками.

5. Дополнительные средства для дизайна интерьера

- Живые цветы.
- Аквариум с экзотическими рыбками.
- Воздухоочиститель-ионизатор
- Аппаратура для ароматерапии (аромалампы, эфирные масла и т.п.)
- Аппарат цветомузыки

Раздел 5. Описание комплекса методического обеспечения системы психологического сопровождения ГГМСС.

5.1. Комплект нормативно-правовой документации Федерального и регионального уровней по обеспечению деятельности гериатрической службы и деятельности специалистов службы психологического сопровождения

5.1.1. Нормативные правовые акты федерального уровня

Федеральные законы:

1. Конституция Российской Федерации от 12.12.1993
2. Федеральный закон от 10.12.1995 № 195-ФЗ "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации"
3. Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов"
4. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"
5. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ "О государственной социальной помощи"
6. Федеральный закон от 24.04.2008г. № 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве"
7. Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ "О ветеранах"

Постановления Правительства РФ:

1. Постановление Правительства РФ от 25.11.1995 № 1151 "О федеральном перечне гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания"
2. Постановление Правительства РФ от 15.04.1996 № 473 "О порядке и условиях оплаты социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого

возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания"

3. Постановление Правительства РФ от 24.06.1996 № 739 "О предоставлении бесплатного социального обслуживания и платных социальных услуг государственными социальными службами"

4. Постановление Правительства РФ от 26.12.1995г. № 1285 "О порядке участия граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в лечебно-трудовой деятельности"

5. Постановление Минтруда РФ от 17.05.2002 № 35 "Об утверждении Положения о порядке заключения, изменения и расторжения договоров о стационарном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов и формы примерного договора о стационарном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов"

6. Постановление Минтруда РФ от 14.11.2003 № 76 "Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания населения "Гериатрический центр"

Приказы МЗ РФ

1. Приказ МЗ РФ от 28.12.1998 г. № 383 "О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций";

2. Приказ МЗ РФ от 28.07.1999 г. № 297 "О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации"

3. Приказ МЗ РФ от 22.08.2005 г. № 534 "О мерах по совершенствованию организации нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы"

5.1.2. Нормативные правовые акты регионального уровня

1. Закон Санкт-Петербурга «О медико-социальной программе Санкт-Петербурга «Гериатрическая помощь населению Санкт-Петербурга» от 03.06.1998

2. Закон Санкт-Петербурга «О медико-социальной программе Санкт-Петербурга «Гериатрическая служба и система хосписов Санкт-Петербурга на 2001–2004 годы» от 10.10.2000 г.

3. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 13.12.2005 г. № 1917 «О Концепции модернизации системы здравоохранения в Санкт-Петербурге до 2010 г.»

4. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 15.02.2011 г. № 171 «О Программе «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Санкт-Петербурге» на 2011-2013 годы».

Программы Правительства Санкт-Петербурга

План мероприятий согласно «Концепции модернизации системы здравоохранения в Санкт-Петербурге до 2010 г.», утвержденный Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 13.12.2005 г. № 1917

«Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Санкт-Петербурге» на 2011-2013 гг., утверждённая Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 15.02.2011 г. № 171

5.2. Положение о службе психологического сопровождения ГГМСС

(см. приложения)

5.3. Требования к плану работы психолога гериатрической службы

5.3.1. Основная документация в деятельности психолога гериатрической службы

(см. приложения):

- График работы.
- Перспективный план работы.

- Индивидуальные карты клиентов
- Журналы учета по формам
- Бланки для регистрации результатов обследования.

5.3.2. Экспериментально-психологические и психометрические методы исследования

Стандартная батарея тестов для психологической оценки пожилых людей (см. приложения):

- Mini-Mental-Status Test (MMSE),
- тест рисования часов,
- батарея лобной дисфункции (FAB),
- Шкала общего ухудшения когнитивных функций (GDS),
- Шкала тяжести деменции (CDR).
- ишемическая шкала Хачинского.
- таблицы Шульте,
- счетные таблицы Крепелина,
- корректурная проба Бурдона,
- тест Векслера для исследования памяти

Экспериментально-психологические и психометрические методы оценки наличия депрессивной симптоматики (см. приложения):

- госпитальная шкала тревоги и депрессии
- «Шкала самооценки депрессии»
- «Опросник депрессивных состояний»
- Методика «Ассоциативный эксперимент»
- методика «Быстрота мышления»

Экспериментально-психологические и психометрические методы оценки сосудистых деменций (см. приложения):

- Краткая шкала оценки психического статуса MMSE
- Шкала общего ухудшения когнитивных функций (GDS)

- Шкала тяжести деменции (CDR)
- Батарея лобной дисфункции
- Тест рисования часов
- тест Векслера для исследования памяти
- тест на запоминание 10 слов
- тест на запоминание искусственных звукосочетаний
- методика исключения 4-го лишнего,
- методики классификации,
- методика выделения существенных признаков
- таблицы Шульте,
- счетные таблицы Крепелина,
- корректурная проба Бурдона
- нейропсихологические пробы на исследование функций речи, гнозиса и праксиса

5.3.3. Программы индивидуальной и групповой работы психолога с пожилыми пациентами, их родственниками и медицинским персоналом

- Программа адаптации
- Программа организации досуга
- Программа релаксационного тренинга, в том числе, с использованием аппаратуры БОС
- Программа разъяснительной и успокаивающей терапии
- Программы аутогенных тренировок
- Программа обеспечения творческого самовыражения
- Программа религиозного направления работы
- Программы индивидуальной психотерапии
- Программы групповой психотерапии
- Программа психологической реабилитации
- Программа поддержания связи с окружающим миром

- Программы посещения пожилых людей студентами-волонтерами

5.4. Инструкция о психологическом обслуживании для работников ГГМСС, пациентов гериатрической службы и их родственников.

(проект инструкции см. в приложении)

5.5. Библиотека практического психолога

(см. список рекомендованной литературы)

5.6. Технические средства обеспечения индивидуальной и групповой работы психолога

- Аппараты БОС
- Система видеозаписи и видео-воспроизведения с набором видеозаписей и слайдов.
- Система звукозаписи и звуковоспроизведения с набором звукозаписей.
- Персональный компьютер, подключенный к внутренней сети и сети Интернет
- МФУ (принтер, сканер, копир)
- Стационарный телефонный аппарат, подключенный к местной или городской АТС.

Раздел 6. Проекты методических рекомендаций по индивидуальной и групповой работе психолога с пациентами, релаксационным занятиям, работе с персоналом.

6.1. Психологические особенности пожилого возраста

«Страшно, когда тебе внутри восемнадцать, когда восхищаешься прекрасной музыкой, стихами, живописью, а тебе уже пора, ты ничего не успела, а только начинаешь жить!» – писала Ф. Раневская.

Действительно, какой человек должен быть признан старым? Являются ли возраст и состояние здоровья определяющими критериями, или не менее важен жизненный настрой, осмысленность своего возраста со всеми его особенностями, способность сохранять ценностно важное и принимать неизбежно происходящие изменения?

Многие исследователи связывают хронологическую границу пожилого возраста с рубежом в 60 лет (М. Д. Александрова, Л. И. Анцыферова и др.) – именно в этом возрасте и позднее начинают происходить физиологические изменения в организме человека. В экзистенциальной традиции старость – это когда человек чувствует себя старым и строит свое поведение и жизнь, исходя из этого чувства (В. Каган). Остановимся на так называемых «объективных» изменениях, зафиксированных исследователями в пожилом возрасте, а также на глубоко субъективных переживаниях данных изменений.

6.1.1. Когнитивные процессы в пожилом возрасте.

Исследователи отмечают, что в целом пожилые способны принимать и удерживать чуть меньше информации, чем молодые. Причины этого, видимо, кроются в особенностях отдельных психических процессов в старости и их взаимодействии. Отмечают, что объем восприятия пожилых несколько меньше, чем у молодых людей, и в особенности сложности возникают тогда, когда два события происходят одновременно. Таким образом, можно говорить о снижении функции распределения внимания. Также отмечается

снижение избирательности внимания. Возможно, эти изменения объясняются тем, что у пожилых на объективном физиологическом уровне хуже работают зрительная и слуховая системы. Имеет место и другое психологическое объяснение, например, предположение о том, что у пожилых ниже мотивация, необходимая для успешного выполнения задач, требующих максимального использования ресурсов восприятия, внимания и других психических процессов.

Возрастные изменения не могут не сказаться и на особенностях памяти. С точки зрения нейронных процессов с возрастом снижается скорость обработки информации, начинают атрофироваться участки головного мозга, отвечающие за хранение информации. Кроме того, небольшая постепенная потеря нейронов, приводящая к снижению веса головного мозга в среднем на 5–7% к 80 годам, также способна вызвать ослабление памяти у пожилого человека. Тем не менее эти незначительные потери часто компенсируются образованием новых нейронных соединений, в особенности у пожилых людей, остающихся физически и умственно активными и социально вовлеченными. Когда же ухудшение памяти действительно происходит, то оно, как правило, касается осознанной кратковременной памяти.

Большинство исследователей не обнаружили существенных различий между кратковременной памятью у молодых и пожилых людей, но в долговременной памяти исследования показывают значительные возрастные различия. Анализируя результаты экспериментов, исследователи отмечают, что пожилые запоминают меньше слов из списка или меньше деталей рисунка. Но, в то же время они демонстрируют большую избирательность в отношении того, что сохраняется в памяти: хорошо запоминается то, что имеет для них смысловую окраску, то, что понятно, важно или просто может пригодиться в жизни. Например, в одном из исследований было показано, что пожилые запоминают метафоры лучше, чем молодые люди студенческого возраста, так как пытаются понять и запомнить их смысл, а не воспроизвести дословно.

Интересно также то, что память на отдаленные события сохраняется у пожилых практически полностью. Исторические, общественные или же просто личные события, пережитые человеком много лет назад, сохраняются в памяти пожилого человека детально, что представляет собой большую ценность в плане передачи знаний и непосредственного опыта от старшего поколения к более младшим.

Важным изменением в познавательных процессах пожилых признается снижение скорости выполнения физических и умственных операций. Исследования подтверждают, что у пожилых людей возрастает время реакции, замедляется обработка перцептивной информации, а те интеллектуальные функции, которые значительно зависят от скорости выполнения операций, обнаруживают спад. Замедляются и психомоторные реакции – в результате потери нейронов, отвечающих за мышечные реакции на внешние раздражители, возрастает время соответствующего ответа на изменения, происходящие во внешней среде.

Рассуждая о снижении познавательных функций в пожилом возрасте, некоторые авторы обращают более пристальное внимание на природу происходящих изменений. Джон Роу и Роберт Кан, ссылаясь на исследования Шайе и Грина, приходят к выводу, что многие когнитивные изменения в пожилом возрасте имеют внешнюю по отношению к самому процессу старения детерминацию. Исследования Шайе показали выраженность так называемого эффекта когорт в отношении когнитивных способностей пожилых: представители разных возрастных когорт (поколений) в одном и том же возрасте показали различные результаты. Объяснение этому явлению исследователи находят в различиях в уровне образования и других социально-исторических особенностях жизни представителей разных возрастных когорт. Роль исторического и культурного контекста развития и жизни людей разных поколений подчеркивают также П. Балтес и его коллеги. Исследователи отмечают, что исторические различия в возрастных когортах оказывают сильное влияние на последовательность и уровень

развития личности. Таким образом, не только индивидуальные особенности организма влияют на сохранность когнитивных функций в последние периоды жизни человека, но и более общие для многих людей социально-исторические явления.

Рассуждая о пожилых людях как о целостной группе, необходимо помнить также об индивидуальных различиях в познавательных процессах. Как отмечает Ричард Штрауб, в любом возрасте, но особенно начиная с периода зрелости, индивидуальные различия *внутри* возрастной группы намного больше, чем различия *между* самими группами. Действительно, чем большая часть жизненного пути пройдена человеком, тем больше вероятность появления в его жизни уникального опыта, событий, встреч и переживаний, которые находят отражение не только в формировании его мировоззрения и понимании себя в контексте жизни, но также и в конкретных психических особенностях. Отмечено, например, что более образованные люди и люди, занимающиеся интеллектуальным трудом, показывают более высокие результаты по тестам памяти, чем люди менее интеллектуальной деятельности.

6.1.2. Задачи возраста.

Психотерапевт Карл Витакер так писал о разных возрастах жизни человека: *«Юность — это кошмар сомнений; средний возраст — утомительный, тяжелый марафон; пожилой возраст — наслаждение хорошим танцем (быть может, коленки хуже сгибаются, но темп и красота становятся естественными, невымученными). Старость — это радость. Этот возраст знает больше, чем говорит. Он не так уж и жаждет говорить. Жизнь просто для того, чтобы жить».*

В рамках психологии развития каждому жизненному возрасту присущи уникальные задачи развития. Успешное выполнение этих задач приводит к хорошей адаптации к обществу и самому себе, удовлетворенности жизнью и успешному освоению задач последующих возрастных периодов. Неудача в

выполнении возрастных задач влечет за собой, напротив, проблемы с жизненной адаптацией, неудовлетворенность, сложности в последующих этапах развития.

С достижением пожилого возраста человеку предстоит освоить новую иерархию возрастных задач. Мнения представителей различных психологических направлений о возрастных задачах пожилых представляют собой большой интерес в силу своей неоднозначности.

По мнению Р. Пекка, для достижения успешной старости пожилому человеку предстоит решить следующие задачи:

- определить для себя значимые виды деятельности, кроме профессиональной;

- выработать спокойное (равнодушное) отношение к своим физическим недугам;

- победить страх перед смертью;

- осознать свой вклад в будущее через воспитание поколения.

Согласно взглядам Э. Эриксона, одной из главных задач человека начиная с подросткового возраста, является поддержание относительно постоянной идентичности. Эта задача остается одной из ключевых и в пожилом возрасте, но, кроме этого, именно в старости на передний план выходит достижение целостности своего «Я», осознание и принятие своего жизненного пути как единственно должного без порицания жизненного пути других людей. Достижение этой личностной целостности и в результате этого общей удовлетворенности жизнью, возможно лишь в случае успешного прохождения предшествующих жизненных этапов. При этом человек приходит к принятию неизбежности смерти, к глубокому внутреннему спокойствию и пониманию необходимости ухода из окружающего мира.

Напротив, в случае осознания того, что задачи предшествующих возрастов не были реализованы и, как следствие этого, в случае неприятия человеком своего жизненного пути, последние годы его жизни проходят в

страхе перед смертью, отчаянии и сожалении о невозможности повторить пройденный жизненный путь или его отдельные этапы.

Э. Эриксон высказывает предположение, что пожилые люди часто размышляют о том, состоялась ли их жизнь и оправдались ли их ожидания. Тот, кто, оглянувшись, может с уверенностью сказать, что его жизнь имела смысл и что он сделал все, что от него зависело, испытывает «чувство полноты жизни и собственной целостности». Тот же, кто увидит в подобной ситуации лишь «цепь ошибок и упущенных возможностей», испытывает чувство отчаяния. Согласно Э. Эриксону, идеальное разрешение этого конфликта влечет за собой «перевес чувства целостности, слегка окрашенного реалистичным чувством отчаяния».

6.1.3. Явление мудрости.

Именно с пожилым возрастом, прежде всего, связывают понятие мудрости. Пол Балтес, совместно с коллегами посвятивший много лет исследованию этого сложного явления, определяет мудрость как «экспертное знание в основных практических сторонах жизни, позволяющее прийти к особенному пониманию и суждению относительно сложных и неопределенных сторон человеческого состояния». Итак, подчеркивается именно практическая, прагматическая обращенность мудрости, а также проявление этого феномена по отношению к важным, но неопределенным сторонам человеческой реальности.

Представляя мудрость как экспертное знание, Балтес выделяет 5 основных компонентов этого качества, объединяя их в целостную модель мудрости:

- фактические знания;
- процедурные знания;
- знания с учетом жизненных контекстов и социальных изменений;
- знания, учитывающие относительность ценностей и жизненных целей;
- знания, учитывающие неопределенности жизни.

Таким образом, мудрость выступает как когнитивное свойство, в основе которого лежит культурно обусловленный интеллект и которое тесно связано с опытом и личностью человека. Однако знания, связанные с мудростью, также содержат в себе знание о различных возможных путях в жизненном развитии и понимание непосредственной включенности жизненного развития человека в «поколенный и исторический поток». Сюда же относится информация о структуре, динамике и значимости жизненных целей, их вероятной последовательности и понимание смысла своей жизни. Также знания, связанные с мудростью, объединяют и знания непосредственно о себе, о своих достоинствах и недостатках и, вместе с тем, знания о межличностных отношениях, их динамике, возможностях и ограничениях. Знание, упоминаемое здесь, не ограничивается традиционным пониманием знания как набора фактов, объединенных общей логикой или эмпирическим подтверждением, а также включает в себя и так называемое личное опытное знание.

Опираясь на пятифакторную модель мудрости, П. Балтес исследовал это явление в разных возрастных группах экспериментально. Участникам предлагалась некая жизненная дилемма, над которой нужно было порассуждать вслух (вопрос о жизненных целях, обзоре прожитой жизни, выборе или принятии решения и т. д.). Интерпретировались ответы согласно вышеупомянутому составляющим модели мудрости. В результате исследователь и его коллеги пришли к выводу, что пожилой возраст сам по себе не гарантирует появление мудрости, но сочетание возраста с наличием определенного опыта позволило именно пожилым участникам продемонстрировать наибольшую в соответствии с критериями авторов эксперимента мудрость. К такому опыту исследователи отнесли значительный опыт переживания различных человеческих состояний, жизненную практику с сопровождением ментора, стремление расширять свое понимание вопросов жизни и желание совершенствоваться в этом.

Заключения П. Балтеса интересны непосредственно для работы по психологической поддержке пожилых. В психологическом сопровождении пожилых людей нам представляется важным ориентировать их на поиск своей системы жизненной мудрости или ее элементов, на осознание того опыта, который сможет стать внутренней опорой для проживания любых жизненных ситуаций пожилого возраста. Именно осознание уникальности собственного опыта как дающего возможность строить последующую жизнь по более мудрому сценарию может стать основой для поддержания уверенности в своей жизненной компетенции и сохранения психологического благополучия у пожилых людей в любых жизненных обстоятельствах.

6.1.4. Пребывание пожилого человека в специализированном центре.

Один из вопросов, возникающих при работе с пожилыми людьми, касается влияния места нахождения пожилого человека на его психологическое состояние. К примеру, психологическое исследование, проведенное специалистами кафедры консультационной психологии ЯрГУ им. П. Г. Демидова в 2006 году, показало наличие значимых различий между пожилыми, находящимися в специализированном центре и обслуживающих себя самостоятельно.

Переживание одиночества. Очевидно, что пожилые люди, находящиеся в специализированном гериатрическом центре значительно больше переживают чувство одиночества. Несмотря на то, что они постоянно находятся рядом с другими людьми, действительно близкие отношения с окружающими отсутствуют. Вероятно, специализированное по возрасту учреждение создает условия для обострения чувства одиночества (прежде всего глубинного чувства экзистенциальной изолированности от других людей), что часто приводит к депрессивным и психологически неблагоприятным состояниям. Вместе с тем понимание экзистенциальной природы одиночества и его

неизбежности может стать стимулом к самоосмыслению и самопознанию в пожилом возрасте, но во многих случаях для этого необходимо компетентное психологическое сопровождение.

Выраженность и направленность тревоги. Выраженность тревоги очевидно выше у проживающих самостоятельно, пользующихся преимущественно амбулаторной помощью, причем тревога обычно связывается у них с собой или близкими. Даже при высокой наполненности жизни пожилых людей для них продолжает существовать большой спектр событий, вызывающих тревогу. В то же время пребывание в стационаре гериатрического центра более предсказуемо и стабильно, пациенты центра переживают значительно меньшую ответственность за свою текущую жизнь (они обеспечены питанием, уходом, медицинской поддержкой) и, как следствие, испытывают меньше тревоги за происходящее.

Представление о будущем и переживание ухода из жизни. Среди пациентов гериатрического центра значимо больше выражена направленность на уход из жизни – в сознании многих людей из этой группы их жизненные задачи уже выполнены, и смерть воспринимается как облегчение, освобождение от физических или других ограничений. В то же время, у них проявляется нежелание и страх стать недееспособными. Получающие преимущественно амбулаторную помощь, либо не задействованные в программе помощи пожилые люди видят будущее неопределенно – в их жизни больше непредсказуемости, возможности изменений.

Исходя из этого, возможно говорить о различных вариантах проживания человеком своего пожилого возраста. Так, можно выделить некоторые измерения в жизни пожилого человека в целом, которые определяют характер старения:

- *психологически неблагоприятная старость* как уход от настоящей жизни (через отчаяние, депрессию, уход в прошлое, обвинение

общества в своем неблагополучии, доминирование обиды на окружающих или другие варианты);

- *зависимая старость*, при которой решающим фактором в жизни пожилого человека выступает зависимость от условий жизни, самочувствия, близких людей, в результате чего у человека наблюдается потеря собственной субъектности, и в конечном итоге ответственности за себя и свою жизнь;
- *успешная старость*, которая включает принятие конечности жизни и своего жизненного пути в контексте конечности, принятие ответственности на себя за происходящее и происходившее в жизни, умение продолжать жить в настоящем, т. е. наличие актуальных жизненных смыслов.

6.1.5. Успешная старость.

Внимание профессионалов, работающих с пожилыми людьми, как в России, так и в зарубежных странах, – психологов, социальных работников, врачей – большей частью сосредоточено на ограничениях, возникающих в пожилом возрасте: снижении интеллекта, эмоциональных изменениях, переживании потери близких, ухудшении здоровья.

В то же время современные исследователи отмечают необходимость обращения к категориям качества жизни в пожилом возрасте, благополучной старости, создания в обществе и в самом человеке условий для оптимального течения процесса старения. Понять природу пожилого возраста возможно непосредственно обратившись к концепции успешной старости, которая не только предполагает отсутствие конкретных физических, психологических и социальных затруднений, но и включает в себя более объемный комплекс характеристик.

Условно различают нормальное, или физиологическое, старение и преждевременное старение. При физиологическом старении человек до глубокой старости остается практически здоровым, он способен к

самообслуживанию, сохраняет активность и интерес к окружающему миру. Преждевременное старение характеризуется ранним развитием возрастных изменений. Оно в значительной степени обусловлено перенесенными заболеваниями и воздействием отрицательных факторов окружающей среды.

Представить точную «формулу», отражающую успешную старость, невозможно: индивидуальные особенности и способ их осмысления в пожилом возрасте имеют решающее значение для отнесения себя скорее к успешным или неуспешным людям. Проведенное в 2009 году психологическое исследование, посвященное вопросам жизненной успешности (Н.В. Ключева, Н.С. Головчанова) показало, что успешные люди имеют четко определенные и глубоко личные, субъективные и в каждом случае уникальные критерии выполняемости своего жизненного предназначения и, следовательно, удовлетворенности своей жизнью.

Вместе с тем существуют характеристики, при помощи которых можно *описать* успешную старость. Дэн Блэйзер относит к ним:

1. *Жизненность*. Сохранение физического здоровья и активности в поздние годы жизни, связанное с отсутствием или возможностью преодоления хронических заболеваний.

2. *Устойчивость*. Способность гибко реагировать на множество ожидаемых и неожиданных стрессоров, которые могут иметь физическую, психологическую или социальную природу.

3. *Адаптацию*. Способность к адаптации тесно связана с устойчивостью и мужеством встречаться с жизненными вызовами, включает в себя удовлетворенность жизнью в различных ее сферах (взаимоотношения с людьми, материальный уровень жизни, обращенность к религии и др.).

4. *Автономность и контроль*. В той мере, в какой пожилой человек способен принимать решения о своей активности и деятельности, характере своего участия в выбранной деятельности, последовательности участия в интересующих мероприятиях, о темпе собственной включенности, в такой мере он способен проживать свою старость успешно. Например, Д. Кранц и

Р. Шульц в убедительно показали, что при переезде в геронтологический центр или дом престарелых те пожилые, которым предоставляется право выбирать дату переезда, сам центр для последующего проживания и условия размещения в нем, демонстрировали более высокие показатели здоровья и удовлетворенности жизнью после переезда, в то время как те пожилые, за кого эти решения принимались другими людьми, испытывали ухудшения в здоровье при смене места жительства.

5. *Целостность*, заключающуюся в способности интегрировать опыт прошедшей жизни с настоящим и, возможно, будущим; осознавать смысловое измерение своей жизни, задаваемое разнообразным опытом уже произошедшей жизни.

6. *Мудрость*. Включает в себя способность передавать пережитый опыт собственной целостности, несмотря на физические и психологические ограничения (более подробно явление мудрости рассмотрено выше).

7. *Социальную включенность*. Способность поддерживать как отношения на близком доверительном уровне, так и интерес к происходящему в «community» и признание в качестве значимого человека окружающим обществом.

Роберт Батлер и коллеги подчеркивают, что в *здоровом варианте старости* пожилые люди продолжают развиваться и изменяться. Было бы слишком простым предположением считать «увядание» единственным направлением изменений в пожилом возрасте – в таком случае в расчет не берутся накопленный в течение всей жизни эмоциональный, духовный и интеллектуальный потенциал человека.

Н. Ф. Шахматов апеллирует к понятию *счастливая старость*, которая в первую очередь связана с удовлетворенностью новой жизнью, возникающей в пожилом возрасте, своей ролью в этой жизни. Это та форма психического старения, когда долгая жизнь приносит новые положительные эмоции, которых человек не знал в прошлом. При этом хорошее физическое здоровье, умеренный характер общих возрастных изменений, сохранение деятельного

образа жизни, высокое общественное положение, наличие супруга и детей, материальный достаток сами по себе не являются залогом и гарантией осознания старости как благоприятного периода жизни.

Шахматову также удалось выделить характеристики пожилых людей, «положительно оценивающих свое старческое бытие и довольных своей старостью» (это относится как к проживающим в специализированных центрах, так и находящимся в домашних условиях пожилым). В первую очередь этим пожилым людям свойственна отчетливая ориентировка на настоящее: сегодняшнее старческое состояние *принимается* без каких-либо оговорок и без планов изменения в лучшую сторону. Во-вторых, для таких пожилых типична впервые появившаяся в позднем возрасте тенденция к пересмотру прошлых активных целевых установок, правил и убеждений. Подобная мыслительная работа приводит к выработке новой, созерцательной, спокойной и самодостаточной жизненной позиции. Это исключает какой-либо вид борьбы или какие-либо устойчивые стремления. В-третьих, такая жизненная позиция часто приводит к возникновению новых интересов, ранее не свойственных данному человеку. Среди них особо выделяются обращение к природе, желание быть полезным окружающим, любовь к животным, склонность творчески обработать и выразить свой жизненный опыт. Н. Ф. Шахматов подчеркивает, что именно способность творческого самовыражения способствует укреплению чувства удовлетворенности собой.

Удлинение творческого периода жизни признается важнейшей задачей современной геронтологии. Ставшее расхожим высказывание о том, что не так важно «прибавить годы к жизни», важнее «прибавить жизнь к годам» имеет особое звучание для психологического сопровождения пожилого человека.

Устойчивое повышение качества жизни пожилых людей и инвалидов, создание среды жизнедеятельности, адекватной их возрасту и состоянию здоровья, – главная цель работы стационарных учреждений здравоохранения

и социального обслуживания. Для активизации пожилых людей, поддержания их жизнедеятельности необходимо пропагандировать и создавать условия для сохранения активного образа жизни. Поэтому организация помощи пожилым и старым людям не ограничивается только медицинскими мерами и должна носить комплексный медико-психолого-социальный характер. Особое место в системе реабилитационных мероприятий учреждений здравоохранения, кроме решения медицинских вопросов и удовлетворения материально-бытовых потребностей, отводится социокультурной, психологической и психотерапевтической работе.

К наиболее серьезным затруднениям пожилых людей, находящихся в специализированном стационаре относятся:

- 1) Неуважение со стороны окружающих;
- 2) Ненаполненность времени, скука;
- 3) Недостаток общения, изолированность;
- 4) Отсутствие ярких событий в жизни;
- 5) Недостаточная информированность о текущих событиях, происходящих как в самом Центре, так и в обществе за его пределами;
- 6) Экзистенциальные проблемы (отсутствие конструктивных смыслов жизни, непонимание возможности выбора, перенесение ответственности вовне).

Учитывая психологические особенности людей пожилого возраста, элементы существующих программ психологической поддержки пожилых людей, а также опыт работы специализированных зарубежных центров, мы выделяем несколько направлений психологического сопровождения пожилых людей в условиях гериатрического центра. Отметим, что некоторые из этих направлений имеют скорее досуговую направленность, другие же дают возможность тем или иным образом затронуть экзистенциальную тематику жизни пожилого человека.

6.2. Программа адаптации.

Целью данной программы выступает создание необходимых условий для оптимального вхождения пожилого человека в новое для него место пребывания. Программа адаптации содержит информирование пожилых людей об особенностях гериатрического центра, о распорядке дня и проводимых мероприятиях, знакомство с другими проживающими (возможно – в виде групповых встреч), предоставление возможности ознакомления с повседневной жизнью в Центре, начиная с самых первых дней, - то есть динамичное включения пожилого человека в режим Центра. В задачи данной программы также входит непосредственное знакомство пожилого пациента с устройством отделения, медицинским персоналом. Психолог в данном случае призван содействовать организованным контактам пациентов с лечащим врачом и др. персоналом в целях оптимизации медицинской помощи пациенту. Важно, чтобы в этот период у пожилого человека была возможность получить ответы на возникающие вопросы о порядке оказания специализированной помощи в центре через доступность общения с психологами центра. При возможности, проводится структурированное интервью, которое направлено на выявление психологических особенностей, установок, ожиданий и предпочтений, сферы интересов пожилого человека. Программа адаптации пожилого человека способствует снятию эмоционального напряжения, снижению уровня стресса, вызванного временной сменой образа жизни, ориентации пациента в особенностях лечебного учреждения, получения медицинской помощи.

6.3. Программы организации досуга

Целью данного направления является продуктивное наполнение свободного времени пожилых людей, включающее создание возможностей для взаимообогащающего общения, реализации важных жизненных желаний и элементы психотерапевтической поддержки пожилых людей.

Целесообразно составлять еженедельную программу мероприятий и событий, планируемых в центре, и в наиболее доступной форме знакомить пожилых людей с возможностями участия в них. К элементам организации досуга могут относиться развлекательные мероприятия, не несущие в себе глубинной психологической нагрузки, но направленные на заполнение времени пожилых положительными эмоциями, радостью и смехом. Примерами таких мероприятий могут быть еженедельный просмотр кинокомедий времен молодости проживающих в создаваемых комфортных условиях; специально организованное пение хорошо известных пожилым песен под музыкальный аккомпанемент; концерты и выступления ансамблей самодеятельности, настольные игры (шашки, лото, карты, домино и др.).

6.4. Программа релаксационного тренинга, в том числе, с использованием аппаратуры БОС

В программе классических релаксационных тренингов в работе с пожилыми пациентами целесообразно включать работу по методу биологической обратной связи.

Принцип **обратной связи** является основным и универсальным принципом управления различными системами. Сущность **биологической обратной связи** (БОС) состоит в создании дополнительного канала информации о вегетативных функциях и управление этими функциями на его основе. В программе релаксационного тренинга с **биологической обратной связью** присутствует как релаксационный, так и поведенческий компоненты.

При использовании аппарата БОС пожилой человек через датчик (преобразующее и регистрирующее устройство) получает информацию о минимальных изменениях своих физиологических показателей (мышечного напряжения, температуры тела, электрического сопротивления кожи, уровня артериального давления и многих др.), связанных с эмоциональным состоянием, и под руководством психолога-тренера старается изменить его в заданном направлении, что позволяет ему приобрести и развить навыки

направленной саморегуляции, тем самым повлиять на течение патологического процесса.

На первом подготовительном этапе работы с БОС психолог в беседе мотивирует на участие в тренинге, объясняет сущность метода, механизм его работы.

В процессе тренировки психолог, имея информацию о пожилom пациенте от прибора и от него самого, помогает лучше использовать полученные данные. При наличии первых минимальных результатов и даже при их отсутствии фиксирует внимание пожилого пациента на его успехах.

Еще больше повышается роль психолога, когда пациент освоил метод в условиях кабинета и переходит к следующему этапу применения своих навыков в повседневной жизни.

Преимуществами этой терапии является сознательное активное участие пациентов в процессе, безопасность и безвредность метода, крайняя редкость побочных эффектов. Обнаружено, что в процессе занятий с **биологической обратной связью** развиваются физиологические и биохимические реакции, противоположные тем, что возникают при стрессе. Таким образом, БОС способствует улучшению способностей пожилого человека противостоять стрессу. Успешная деятельность по саморегуляции улучшает его самочувствие, способствует повышению самооценки за счет чего расширяются возможности и улучшается адаптивность. В конечном итоге в ходе релаксационных тренингов с использованием аппаратуры БОС у пожилых людей снижается фиксация на своих переживаниях, уменьшается ипохондричность, агрессивность, увеличивается вера в свои возможности, улучшается настроение.

6.5. Программа разьяснительной и успокаивающей терапии

Разьяснительная и успокаивающая терапия оказывается наиболее востребованным методом при работе с пожилыми пациентами. Суть ее сводится к использованию беседы с пожилым человеком, включающие

рекомендации по знакомству с литературой, кинофильмами, статьями и т.д. Она предполагает активность пожилого лица и носит в основном дидактический характер. Разъяснительная психотерапия оказывается эффективной при благоприятных обстоятельствах, когда имеется внутренняя готовность к принятию сообщаемой врачом информации. Это способствует правильной оценке пожилым человеком своего состояния.

В дополнение к этому, если необходимо, в случае с пожилыми пациентами психологи часто обращаются к так называемой - успокаивающей психотерапии. В качестве успокаивающей психотерапии, а также для поддержания умственной активности пожилых людей эффективно применять кроссворды, которые, помимо успокаивающего эффекта, снижают риск развития болезней Паркинсона и Альцгеймера.

Помимо разгадывания кроссвордов можно использовать музыкотерапию. Классическая музыка, в частности ее ритм, благотворно воздействует на организм человека. Ритмы классических музыкальных произведений лежат в диапазоне от 2,2 до 4 колебаний в секунду, что очень близко к частоте дыхания и сердцебиения. Организм человека, слушающего музыку, как бы подстраивается под нее. В результате поднимается настроение, работоспособность, снижается болевая чувствительность, нормализуется сон, восстанавливается стабильная частота сердцебиения и дыхания. Регулярные сеансы музыкальной психотерапии успокаивают, снижают стресс, улучшают психологическое состояние пожилого человека. Периодическое прослушивание классической музыки снижает артериальное давление у больных гипертонией и уменьшает частоту депрессий, возникающих как осложнение после химиотерапии.

6.6. Программы аутогенных тренировок

Аутогенная тренировка – метод самовнушения, предполагающий обучение людей мышечной релаксации (расслаблению) и самовнушению, в

целях последующего самостоятельного использования для воздействия на своё психическое и физическое состояние.

Преимущества аутогенной тренировки по сравнению с другими психотерапевтическими методами работы с пожилыми пациентами является:

- - простота психологических приемов, сочетающаяся во многих случаях с выраженной эффективностью психотерапевтического воздействия, способствующего нормализации высшей нервной деятельности и коррекции отклонений в нервно-эмоциональной и вегетативно-сосудистой сфере;
- - вовлечение личности пожилого человека в процесс
- - обучающий, тренирующий характер терапии.

Достигаемые с помощью аутогенной тренировки саморегуляция эмоционально-вегетативных функций, оптимизация состояний покоя и активности, повышение возможностей реализации психофизиологических резервов организма и личности позволяют использовать метод в работе с пожилыми людьми.

В зависимости от запроса и текущего психического и соматического состояния пациента психологом составляются индивидуальные программы для каждого пациента или группы пациентов.

6.7. Программа терапии творческим самовыражением

В опыте работы американских центров специализированного ухода за пожилыми людьми распространены творческие мастерские: пожилым проживающим предоставляется возможность регулярно участвовать в творческих мастерских по сбору поделок, приготовлению выпечки к праздникам, создания самодельных украшений для общих помещений и т.п.

Часто пожилые в группе создают своими руками подарки, которые через местные общественные организации получают впоследствии дети из небогатых семей или сироты, прихожане местных церквей и другие, нуждающиеся в поддержке люди. Творческие работы пожилых людей могут

быть оформлены в виде выставок – это позволяет проживающим узнать о талантах друг друга, испытать чувство гордости от того, что, скажем, связанные или сшитые изделия представлены на стенде с именем и фамилией автора.

Оптимальная численность группы: до 5-7 человек, если работает один психолог; 8 — 10 человек, если есть помощники, студенты волонтеры.

Режим занятий: 1 раз в неделю. Длительность занятия: от 1 до 1.5 часов.

Место проведения занятий. Для проведения занятий необходимо просторное помещение с круговой или овальной обстановкой. Желательно также чтобы мебель была легко перемещаемой, чтобы в случае необходимости участники могли работать индивидуально, не видя, что делают другие.

Помещение не всегда должно быть изолированным и закрытым, с согласия участников занятия могут проводиться в холлах или других открытых помещениях, это будет привлекать пожилых людей, не решившихся принять участие в работе групп. В будущем это будет положительно сказываться на наборе последующих групп. По желанию участников работы, сделанные на занятиях, могут вывешиваться в холле.

Таким образом, в процессе создания поделок пожилые не только получают возможность самовыражения, но и ощущают свою значимость, способность даже в преклонном возрасте быть полезными другим людям, да и просто радуются от возможности сделать приятное другим. Это способствует укреплению веры в свои силы и, наряду с другими факторами, поддерживает позитивный самонастрой.

6.8. Программа религиозного направления работы

Религиозные убеждения и вера могут стать мощным фундаментом психологического благополучия пожилого человека, помогая найти некоторые ответы на вопросы о приближающейся смерти, о задачах пожилого возраста, о смыслах пройденного пути. Из опыта подобного

направления работы 73% пожилых слушателей подобных курсов и 63% находящихся на стационарном лечении и обследовании пациентов гериатрического центра являются верующими людьми (подавляющее большинство – православные). Поскольку по мере увеличения возраста и ослабления здоровья, у пожилых снижается возможность непосредственно посещать церковь, на первый план выходят собственные убеждения и связанные с ними индивидуально выработанные духовные ритуалы.

В опыте работы американских гериатрических центров распространены религиозные чтения в форме групповых дискуссий на религиозные темы, целью которых является погружение пожилых людей в совместное духовное пространство, а также взаимобмен религиозным опытом и переживаниями. Людям российского менталитета ближе индивидуальные способы выражения своей веры, поэтому целью религиозного направления в отечественном гериатрическом центре может стать создание возможностей для осуществления религиозных ритуалов и религиозного общения в желаемой для конкретного пожилого человека форме. Особенно значимо это для тяжелобольных, с ограниченными возможностями пациентов. Поскольку при Городском гериатрическом медико-социальном центре существует церковь, наши пациенты имеют такую возможность, включая возможность посещения священно служителем тяжело больных пациентов непосредственно на отделениях для проведения служб, индивидуальных бесед и т.п. Довольно часто пациенты нашего Центра обращаются к церкви и посещают службы самостоятельно. Роль психолога может заключаться в информировании и поддержке пациентов.

6.9. Программы индивидуальной психотерапии

Цель индивидуальной психотерапии с пожилыми людьми в условиях гериатрического центра можно сформулировать как открытие возможностей реализации важных жизненных смыслов, разрешение актуальных проблем, профилактика и разрешение конфликтных ситуаций. Для многих пожилых

людей именно индивидуальный контакт с психологом-профессионалом помогает провести своевременную работу со своим прошлым, часто сложным и болезненным, сформировать наиболее адекватный для конкретного человека способ восприятия настоящего и сконструировать понимание себя ресурсной личностью независимо от имеющихся ограничений старости.

Элементы индивидуальной психотерапии неизбежно присутствуют в работе медицинских и социальных работников, а также всех, кто ежедневно взаимодействует с пациентами. Поэтому психологическая компетентность и грамотность является чрезвычайно важной для всех сотрудников специализированных центров.

Для оценки эффективности проводимых занятий нами проводилась методика «Самочувствие, активность, настроение» (САН) *(см. приложение)*. Она легка для использования и не занимает много времени. Методика проводилась за 2 — 3 дня до начала занятий (1 замер), на каждом занятии (2 — 8 замеры), через 2 дня после завершения занятий (9 замер) и через 8 — 9 дней после окончания занятий (10 замер) *(см. приложение)*.

6.10. Программы групповой психотерапии

Целью данного направления может выступать как общие цели групповой работы – самоосознание, принятие индивидуальной ответственности человеком за самого себя, свои жизненные выборы и взаимоотношения с другими, так и специфичные цели, относящиеся к пожилому возрасту – осмысление и принятие своего жизненного пути, соотношения жизни и смерти, работа с неразрешенными ситуациями и болезненными переживаниями, тренинг когнитивных навыков и процессов. Участие пожилых людей в групповой психотерапии позволяет использовать многие групповые механизмы работы для поддержания психологического благополучия пациентов (эмоциональная поддержка, возможность помощи

другим участникам группы, самораскрытие, возможность увидеть свою жизненную ситуацию с позиций других людей и др.).

Так, опыт психологической работы в Ярославском областном гериатрическом центре показывает возможность и эффективность проведения социально-психологических тренингов для наиболее активных пациентов. Среди востребованных тем занятий – эффективное общение с окружающими, способы поведения в конфликтах, умение противостоять депрессии и др. Тренинговые группы набираются по желанию проживающих.

Основные механизмы, проявляющиеся в групповой работе с пожилыми людьми:

1. Получение новой информации от участников группы, что обогащает участников группы, активизирует их познавательные способности.
2. Улучшение общего эмоционально фона, повышение уверенности в своих силах. Так как арт-терапевтическая работа сопровождается высокой степенью поддержки и принятия творческого продукта, это положительно влияет на оценку собственных сил и возможностей. Например, в группе можно слышать такие замечания, как: «Я раньше и не думала, что я могу лепить, а у меня это получилось!», «Я так давно не брала в руки кисточку, я забыла как это приятно, я ведь в детстве много рисовала и участвовала в школьных выставках».
3. Снятие универсальности переживаний своей ослабленности, болезненности, одиночества и т. п. Пример из работы группы: О.А. на занятии сидит в кругу, но в процессе работы не участвует, часто говорит о своей неспособности, болезненности: «Ноги болят, хожу плохо», постепенно участники группы включаются в обсуждение и говорят о сходных переживаниях: «А ведь и у нас тоже», «Ты главное не робей и внимание на это не обращай». После занятия О. А. ушла в более хорошем настроении, с желанием прийти на следующее занятие и попробовать сделать что-то самой, не смотря ни на что.

4. Альтруизм: возможность в процессе групповой психотерапии помогать друг другу, делать что-то для другого. Помогая другим, участники становятся более уверенными в себе. Пожилой человек ощущает себя способным быть полезным и нужным, начинает больше уважать себя и верить в собственные возможности.
5. Развитие техники межличностного общения: у пожилых людей появляется возможность выработать и закрепить новые, более конструктивные способы поведения и общения.
6. Групповая сплоченность: привлекательность группы для ее членов, желание остаться в группе, чувство принадлежности к группе, доверие, принятие группой и взаимное принятие друг друга, чувство «Мы» группы.
7. Катарсис: отреагирование, эмоциональная разгрузка, выражение сильных чувств в группе.

6.11. Программа психологической реабилитации

Психологический аспект реабилитации лиц пожилого возраста является одной из важных составляющих комплексной реабилитационной программы, реализуемой в гериатрическом центре. Основным аспектом реабилитации в медицинском центре – восстановление способности к самообслуживанию, в частности, после инсультов, инфарктов, переломов конечностей, операций по эндопротезированию. Самым сложным в психологическом аспекте является преодоление боли, явления изоляции вследствие длительного периода восстановления, снижение и физических и интеллектуально-мнестических способностей, сужение жизненной перспективы по сравнению со средним возрастом, преодоление депрессивных настроений.

Человеку в поздние годы приходится не только адаптироваться к быстро меняющимся социокультурным условиям, но и адаптировать эти условия к себе, участвовать в создании благоприятных для своего развития

ситуаций. Пожилой человек как субъект жизнедеятельности – это субъект изменений и развития основных условий своего бытия. Психологическое поле его действий должно быть наполнено новыми смыслами и переструктурировано. При этом пожилые пациенты обнаруживают у себя признаки социального старения – некоторые новые области общественной реальности оказываются неосвоенными ими. Многие оказываются менее выносливыми, снижается их работоспособность. Обнаруживаются потери в когнитивной сфере: слабеет память, замедляются интеллектуальные процессы и т.д. Эти изменения требуют приспособления личности к себе, поиска своих новых возможностей; овладения способами совладания с трудностями. Решение новых жизненных задач предъявляет высокие требования к интеллекту человека и не всем удается справиться с такими проблемами. Тем не менее, многие из пожилых людей сами изобретают приемы возмещения когнитивных утрат.

Построение человеком любой стратегии требует значительных интеллектуальных затрат. В психологии же до недавнего времени господствовало мнение о необратимом значительном снижении интеллекта у пожилых людей. Современные исследования показывают, что этот интеллект продолжает развиваться в течение всей жизни индивида. Анализ работ в области геронтопсихологии приводит Г. Крайг к важному выводу, который в настоящее время разделяют многие психологи: «Процессы научения практически не затрагиваются возрастными изменениями».

Продолжающийся процесс научения и развития приводит к появлению у определенной части пожилых людей вершинных новообразований – феномена мудрости, мышление становится диалектичным.

Именно эти научные выводы позволяют использовать программы психологической реабилитации, на основе которых могут быть развиты новые или актуализированы прежние умения. Это беседы в рамках деятельности специально организованного клуба, по обучению основам психической саморегуляции, встречи и дискуссии по поводу понимания и

принятия многих новых понятий, связанных с пониманием нового содержания термина «Психическое здоровье».

Глубинно-психологические методы ставят своей целью раскрытие психологического конфликта, который стоит за психосоматическими симптомами, перестройку личности в целом и её отношений с окружающим миром.

С этой целью может проводиться Программа «Психодинамической психотерапии». А поскольку необходимым условием применения этой терапии является способность пациента к саморефлексии, а вышеприведенные рассуждения подтверждают такую возможность пациентов, что в свою очередь обуславливает истинность применения психодинамических техник. Сама программа достаточно сложна, она включает элементы психосинтеза, телесно-ориентированной терапии, элементов транс-персональной терапии, исключая дыхательные техники и танцевально-двигательную терапию.

Телесно-ориентированная терапия в настоящее время является одним из основных направлений современной практической психологии. Это синтетический метод «исцеление души через работу с телом» с запечатленными в теле переживаниями и проблемами человека. Он особенно эффективен при неврозах, посттравматических стрессовых расстройствах (ситуации потери, переживаемые как острое горе) депрессивных состояниях. Общей основой методов телесно-ориентированной психотерапии является использование контакта терапевта с телом пациента, основанное на представлении о неразрывной связи тела и психической сферы. При этом полагается, что неотреагированные эмоции и травматические воспоминания пациента вследствие функционирования физиологических механизмов психологической защиты запечатлеваются в теле. Работа с их телесными проявлениями помогает по принципу обратной связи проводить коррекцию психологических проблем пациента, помогая ему осознать и принять вытесненные аспекты личности и интегрировать их в личность. В этом

главное в оказании реабилитационной помощи таким методом в общей системе медико-социальной помощи.

Психологическая реабилитация является самостоятельным звеном реабилитационной деятельности, направленным на преодоление страха перед действительностью, укрепление активной, деятельной личностной позиции пожилого человека.

6.12. Программа поддержания связи с окружающим миром

В силу ограниченности поступления информации из внешнего по отношению к центру мира для пожилых важно оставаться в курсе событий города, района, знать, какие изменения происходят в системе образования, чем живет современная молодежь, и т.п. Поэтому при работе с пожилыми важно не только внимание к их опыту и жизненному пути, но и уместное информирование пожилых о своем опыте, интересах, текущих событиях.

Это особенно характерно для пожилых с наиболее сохранившимися когнитивными способностями, а также для людей с активной в прошлом вовлеченностью в профессиональную и общественную жизнь. Многие из проживающих центра активно следят за текущими политическими и общественными событиями, имеют четкие позиции по вопросам власти, управления страной и людьми, исторической соотносимости событий. В связи с этим, доступность свежих газет и телевизионных программ новостей, а также возможность обсудить происходящее с образованным человеком могут стать важными в повседневной жизни пожилых людей в центре.

6.13. Программы посещения пожилых людей студентами-волонтерами

Потребность диалога пожилых с молодыми поколениями отмечается многими специалистами, работающими с пожилыми людьми. Необходимость в передаче опыта вполне понятна, зная, что каждое поколение выступает связующим звеном между ушедшим и новым поколениями. У многих

пожилых людей в специализированных гериатрических центрах нет своих детей и внуков, а если и есть, то часто контакт с ними нарушен. Поэтому регулярно приходящие студенты-волонтеры могут восполнить отсутствующие контакты с близкими родственниками и дать пожилому человеку ощущение собственной востребованности (а желание быть нужным и полезным является одним из актуальных жизненных смыслов пожилых людей).

Молодые люди могут встречаться с пожилыми людьми в формате индивидуальных бесед об опыте пожилого человека или на другие актуальные темы, участвовать или быть организаторами мероприятий досуга для пожилых людей. Специализированный центр может стать базой для прохождения практики студентами, обучающимися по направлениям медицины, психологии и социальной работы.

Приложение. Положение о службе психологического сопровождения Городского гериатрического медико-социального центра

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ:

- Служба психологического сопровождения (далее СПС) является структурным подразделением СПб ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр» (далее – Центр).
- Деятельность СПС регламентируется настоящим Положением, приказами главного врача Центра, приказами Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, действующим законодательством Российской Федерации.
- СПС финансируется из средств, предусмотренных бюджетом Центра, а также за счет других источников, если они не противоречат действующему законодательству Российской Федерации.
- СПС призвана обеспечивать создание психологических предпосылок для улучшения психофизиологического состояния пациентов Центра посредством психологического сопровождения и поддержки пациентов и их родственников, а также персонала Центра.
- Руководство СПС осуществляет психолог – методист, назначаемый на должность и освобождаемый от должности приказом главного врача Центра, выпускаемого по представлению зам.главного врача Центра по медицинской работе.
- Штатное расписание СПС разрабатывается на основе действующих нормативов по количеству медицинских психологов, необходимых для психологического сопровождения установленного числа пациентов Центра, с учетом численности персонала Центра и выделенных объемов бюджетного финансирования.

ЗАДАЧИ СЛУЖБЫ

Основными задачами, решаемыми СПС являются:

1. Психологическое сопровождение пациентов, находящихся на лечении в Центре, включая:

- Первичную оценку (совместно с лечащим врачом) психологического состояния и необходимости оказания психологической помощи (в индивидуальной, либо групповой форме) пациентам, поступившим на лечение в Центр.
- Проведение мероприятий по психологической помощи пациентам в индивидуальной или групповой форме.
- Подготовку заключений по результатам оценки психологического состояния и работы с пациентами, проходившими лечение в Центре, рекомендаций по психологической поддержке пациентов после их выписки из Центра.

2. Содействие формированию в подразделениях Центра и ГГС атмосферы, способствующей повышению эффективности лечебного процесса за счет:

- Оказания содействия медицинскому персоналу (в частности, лечащим врачам) в налаживании контактов с пациентами и их родственниками.
- Оказания психологической поддержки персоналу Центра (в случае необходимости).
- Реализации комплекса поддерживающих мероприятий, направленных на создание на отделениях и в палатах позитивного психологического климата.
- Разработки и продвижения специальных информационно-методических материалов (по направлению «психологическая поддержка») для пациентов и их родственников.

3. Консультативная помощь пациентам Центра и их родственникам, включая:

- Консультирование пациентов, проходящих лечение в Центре.

- Консультирование пациентов (по предварительной записи), пользующихся услугами поликлинического отделения Центра, абонентов отделения «Тревожная кнопка» (по телефону).
- Консультирование родственников пациентов, находящихся на лечении в Центре, пациентов, пользующихся услугами поликлинического отделения Центра (по предварительной записи).

4. Информационное обеспечение деятельности службы, включая:

- Ведение отдельной информационной базы пациентов Центра, воспользовавшихся услугами СПС, а также их родственников.
- Участие в формировании единой информационной базы (по направлению «психологическое сопровождение») пациентов Центра и ГГС.

5. Оказание консультационно-методической помощи персоналу Центра, структурных подразделений и учреждений ГГС, включая:

- Консультационно-методическую помощь персоналу реабилитационного отделения Центра (инструкторам, проводящим групповые и индивидуальные занятия по направлению психологов) на постоянной основе.
- Проведение индивидуальных психологических консультаций (при необходимости) для сотрудников структурных подразделений Центра.
- Консультационно-методическая помощь медицинским психологам, работающим в структурных подразделениях и учреждениях ГГС, а также в социальных учреждениях (при наличии письменного запроса этих учреждений и решения руководства Центра).

6. Научно-методическая работа, включая:

- Организацию, совместно с партнерами Центра, научных исследований, направленных на совершенствование психологической помощи пациентам ГГС.

- Организацию разработки специальных стандартов на предоставление психологических услуг, новых методик и форм психологической поддержки пациентов ГГС, их родственников и персонала ГГС.
- Подготовку и издание специальных методических материалов (совместно с научными центрами) для медицинских психологов, работающих с людьми пожилого и старческого возраста в структурных подразделениях и учреждениях ГГС, а также подразделениях социальной службы.
- Взаимодействие с учебными и научными центрами с целью организации дополнительной подготовки специалистов – медицинских психологов для ГГС и других государственных учреждений, предоставляющих медико-социальные услуги людям пожилого и старческого возраста, содействие организации волонтерского движения специалистов с психологической подготовкой (в частности, студентов) в подразделения ГГС.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ

Координацию деятельности СПС осуществляет заместитель главного врача Центра по медицинской работе.

Оперативное руководство работой СПС выполняет психолог-методист.

Психолог – методист выполняет следующие функции:

- Текущий контроль работы сотрудников СПС и ведения ими информационных баз, разработку и согласование графиков их работы, организацию их взаимодействия с персоналом других подразделений Центра, контроль соответствия загрузки персонала СПС действующим нормативам и стандартам.
- Разработка текущих и перспективных планов работы СПС, подготовка отчетов по работе психологической службы
- Участие в работе отборочной комиссии (по поручению зам. главного врача Центра по медицинской работе).

- Решение вопросов о плановых и внеплановых заменах медицинских психологов – сотрудников СПС, закрепленных за структурными подразделениями на время их отсутствия.
- Организация и контроль деятельности студентов – психологов, проходящих в Центре практику по направлению профильных ВУЗов, а также психологов-волонтеров.
- Участие в подборе персонала, обеспечивающего работу службы психологического сопровождения Центра (психологи и инструкторы для подразделений ГГС), подготовке аттестационной документации.
- Организация обучения и контроль работы инструкторов, работающих в реабилитационном отделении, контроль групповых психологических занятий на реабилитационном отделении.
- Руководство научно-методической работой СПС.
- Организация, при необходимости психологической поддержки и консультирования медицинского персонала Центра.

В состав СПС входят штатные медицинские психологи, закрепленные за структурными подразделениями Центра и обеспечивающие психологическое сопровождение пациентов и персонала этих подразделений в соответствии с действующими медико-социальными и социально-экономическими стандартами на оказание психологических услуг в ГГС.

Штатные медицинские психологи – сотрудники СПС обеспечивают выполнение полного объема мероприятий по психологическому сопровождению пациентов и персонала структурных подразделений Центра, включая:

- Первичное консультирование и первичную психодиагностику пациентов, определение дальнейшей тактики – по согласованию с лечащим врачом.
- Участие в медицинских обходах – по представлению зав.отделениями.

- Индивидуальные и групповые психокоррекционные мероприятия с пациентами – по графику, согласованному с медицинским персоналом отделения.
- Организацию групповой психологической работы с пациентами на отделении – по согласованию с зав.отделениями.
- Участие в общении врача с пациентом и его родственниками (по запросу лечащего врача).
- Ведение информационной психологической базы по обслуживаемым пациентам.
- Направление пациентов на психокоррекционные занятия в реабилитационном отделении по результатам первичной диагностики и контроль проведения этих занятий.
- Подготовку заключений по пациентам, с которыми проводились психодиагностические мероприятия, консультации, психокоррекционные мероприятия.
- Участие в научно-методической работе, проводимой СПС.
- Проведение (по согласованию с психологом-методистом)мероприятий по психологической поддержке и консультированию медицинского персонала.

В своей работе СПС взаимодействует со всеми структурными подразделениями Центра с учетом возложенных на нее задач. Часть работ по проведению психокоррекционных мероприятий, не требующих личного участия высококвалифицированных специалистов-психологов, передается реабилитационному отделению, инструкторы-сотрудники которого, закрепленные за СПС, обеспечивают проведение групповых и индивидуальных психокоррекционных мероприятий согласно утвержденных нормативов и перечня (включая тренинги познавательных процессов, видео- и звуковую релаксацию, кино-терапию) по направлению штатных медицинских психологов.

К работе СПС могут привлекаться студенты профильных специальностей ВУЗов-партнеров Центра в виде стажировок и практики, а также волонтеры, имеющие соответствующую профессиональную подготовку.

Сотрудники СПС во взаимодействии с закрепленными инструкторами реабилитационного отделения в приоритетном порядке решают общую задачу психологического сопровождения работы Центра и могут привлекаться к выполнению работ, не указанных в должностных инструкциях только в экстренных ситуациях по письменному распоряжению главного врача Центра

Приложение. Методика «Самочувствие, активность, настроение»

Бланк для заполнения

Здравствуйте!

Пожалуйста, ответьте на нижеприведенные вопросы.

Оцените, пожалуйста, как вы себя чувствуете:

Очень хорошо 7 6 5 4 3 2 1 Очень плохо

Оцените, пожалуйста, на сколько вы активны:

Очень активен(а) 7 6 5 4 3 2 1 Не активен(а)

Оцените, пожалуйста, наше настроение:

Очень хорошее 7 6 5 4 3 2 1 Очень плохое

Устная инструкция:

Перед вами 3 вопроса: как ваше самочувствие, насколько вы активны и как ваше настроение. Оцените, пожалуйста, Ваше самочувствие, активность и настроение по 7 — балльной шкале, если цифра 7 соответствует очень хорошему настроению, высокой активности и отличному самочувствию. Цифра 1 - очень плохое самочувствие, низкая активность и плохое настроение. Промежуточные варианты (цифры 2, 3, 4, 5, 6) – чем ближе цифра будет к 7, тем лучше наше настроение, самочувствие, выше активность, чем дальше от 7, тем хуже настроение, самочувствие. Ниже активность.

Возможно первый раз участникам потребуется помощь при заполнении бланков.

Результаты диагностики по методике САН

Среднее по группе	1 замер	2 замер	3 замер	4 замер	5 замер	6 замер	7 замер	8 замер	9 замер	10 замер
Самочувствие	2.1	4.4	4.5	4.5	5.6	5.7	6.1	6.1	6	5.8
Активность	3.3	3.9	4.5	4.5	5.7	6.1	6	6.2	5.9	5.9
Настроение	3.5	4.7	5.2	5.8	6.1	6.3	6.3	6.3	6.1	6.1

Приложение. Экспертный лист (для персонала)

Ф.И.О. эксперта _____

Должность _____

ФИО (пациента) _____

Возраст _____

Отделение _____

Время пребывания в центре _____

Последовательно оцените состояние пациента с помощью следующих нескольких противоположных пар эмоционально-оценочных прилагательных. Выберите в каждой из пар то прилагательное, которое, по вашему мнению, более точно характеризует его обычное состояние и отметьте крестиком. В том и в другом случае сила отношения выражается, соответственно, выбором нужного положительного или отрицательного балла от 0 (отсутствие) до 3 (крайняя степень выраженности). Пары противоположных эмоционально-оценочных прилагательных представлены ниже.

	Состояние	3	2	1	0	-1	-2	-3	Состояние
С. акт.*	Инициативный								Безынициативный
С. акт.	Самостоятельный								Зависимый
Вр.	Доброжелательный								Озлобленный
С. акт.	Активный								Пассивный
Эм. с.	Веселый								Грустный
Вр.	Неконфликтный								Конфликтный
Общ.	Открытый								Замкнутый
Общ.	Общительный								Необщительный
Вр.	Терпеливый								Требовательный
Вр.	Доверчивый								Подозрительный
Общ.	Разговорчивый								Молчаливый
Эм. с.	Спокойный								Тревожный

Вр.	Дружелюбный							Враждебный
С. акт.	Деятельный							Бездеятельный
Эм. с.	Довольный							Недовольный
Эм. с.	Бодрый							Усталый
Вр	Милосердный							Жестокий
Общ.	Откровенный							Скрытный
Эм.с.	Жизнерадостный							Мрачный
С. акт.	Подвижный							Малоподвижный

Условные обозначения: **С. акт.** - социальная активность,
 Эм.с. - эмоциональное состояние
 Вр. - враждебность,
 Общ. – общительность

В исследовании используется 7-балльная шкала семантического дифференциала. Обработка данных по экспертному листу предполагает подсчет полученных баллов по каждому состоянию отдельно в соответствии с их полярной оценкой.

Состояние	№ показателя
Социальная активность	1, 2 ,4, 14, 20
Эмоциональное состояние	5, 12, 15, 16, 19
Враждебность	3, 6, 9, 10, 13, 17
Общительность	7, 8, 11, 18

Социальная активность

Максимальное положительное (+) значение 15 баллов свидетельствует о высокой социальной активности; минимальное отрицательное (-) значение - 15 баллов свидетельствует о крайне низком состоянии социальной активности. Значения близкие от -4 до +4 свидетельствуют о средних показателях, свидетельствующих о достаточной степени социальной активности.

Эмоциональное состояние

Максимальное положительное (+) значение 15 баллов свидетельствует о хорошем эмоциональном состоянии; минимальное отрицательное (-) значение -15 баллов свидетельствует о крайне плохом эмоциональном состоянии. Значения от -5 до +5 свидетельствуют о нейтральном эмоциональном состоянии, без выраженного спада или подъема.

Враждебность

Максимальное положительное (+) значение 18 баллов свидетельствует о крайне высоком показателе враждебности; минимальное отрицательное (-) значение -18 баллов свидетельствует о крайне низком состоянии враждебности. Значения от -6 до +6 свидетельствуют о нейтральности и невыраженной враждебности.

Общительность

Максимальное положительное (+) значение 12 баллов свидетельствует о крайне высоком показателе общительности; минимальное отрицательное (-) значение -12 баллов свидетельствует о крайне низком состоянии общительности. Значения -4 до +4 свидетельствуют о средних показателях, близких к норме.

Приложение. Текст опросника «Шкала госпитальной тревоги и депрессии» (HADS)

Инструкция: «Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете.

Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение, и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который и наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе.

Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

Т *Я испытываю напряженность, мне не по себе*

- 3 Все время
- 2 Часто
- 1 Время от времени, иногда
- 0 Совсем не испытываю

Д *То, что раньше приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство*

- 0 Определенно это так
- 1 Наверное, это так
- 2 Лишь в очень малой степени это так
- 3 Это совсем не так

Т *Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться*

- 3 Определенно это так, и страх очень сильный
- 2 Да, это так, но страх не очень сильный
- 1 Иногда, но это меня не беспокоит
- 0 Совсем не испытываю

Д *Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное*

- 0 Определенно это так
- 1 Наверное, это так
- 2 Лишь в очень малой степени это так
- 3 Совсем не способен

Т *Беспокойные мысли крутятся у меня в голове*

- 3 Постоянно
- 2 Большую часть времени
- 1 Время от времени и не так часто
- 0 Только иногда

Д *Я испытываю чувство бодрости*

- 3 Совсем не испытываю
- 2 Очень редко
- 1 Иногда
- 0 Практически все время

Т *Я легко могу сесть и расслабиться*

- 0 Определенно это так
- 1 Наверное, это так
- 2 Лишь изредка это так
- 3 Совсем не могу

Д *Мне кажется, что я стал все делать очень медленно*

- 3 Практически все время
- 2 Часто
- 1 Иногда
- 0 Совсем нет

Т *Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь*

- 0 Совсем не испытываю
- 1 Иногда
- 2 Часто
- 3 Очень часто

Д *Я не слежу за своей внешностью*

- 3 Определенно это так
- 2 Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 1 Может быть, я стал меньше уделять этому внимания
- 0 Я слежу за собой так же, как и раньше

Т *Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться*

- 3 Определенно это так
- 2 Наверное, это так

- 1 Лишь в некоторой степени это так
- 0 Совсем не испытываю

Д *Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения*

- 0 Точно так же, как и обычно
- 1 Да, но не в той степени, как раньше
- 2 Значительно меньше, чем обычно
- 3 Совсем так не считаю

Т *У меня бывает внезапное чувство паники*

- 3 Очень часто
- 2 Довольно часто
- 1 Не так уж часто
- 0 Совсем не бывает

Д *Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио или телепрограммы*

- 0 Часто
- 1 Иногда
- 2 Редко
- 3 Очень редко

А теперь проверьте, на все ли вопросы вы ответили

Анализ результатов. При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений.

0-7— норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии).

8-10 — субклинически выраженная тревога/депрессия.

11 и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Приложение. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, agent. Folstein et al., 1975)

Эта шкала является наиболее широко распространенной, простой и эффективной методикой для оценки состояния когнитивных функций испытуемого (кратковременной и оперативной памяти, способности к концентрации внимания, понимания обращенной речи, восприятия речи на слух и в письменной виде, праксиса) в целях выявления синдрома деменции на ранних стадиях его формирования.

Шкала состоит из шести субтестов:

- ориентировка во времени ,
- ориентировка в месте ,
- восприятие ,
- концентрация внимания ,
- память
- речевые функции .

В первом субтесте ориентировка во времени испытуемый должен полностью назвать год, время года, дату, день недели, месяц.

Во втором субтесте ориентировка в месте задается вопрос: Где мы находимся . Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж.

В третьем субтесте восприятие больному необходимо повторить и запомнить 3 слова. Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду.

В четвертом субтесте □концентрация внимания□ испытуемого просят произвести последовательное вычитание от 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний (до результата □65□). Если пациент не способен выполнить это задание, его просят произнести слово □земля□ наоборот. Результат, полученный в этом субтесте, дает общее представление о функции внимания и состоянии оперативной памяти респондента.

В пятом субтесте □память□ испытуемого просят вспомнить слова, которые заучивались в третьем субтесте. Результат по этому субтесту оценивает способность испытуемого к отставленному воспроизведению стимульного материала, дает представление о том, насколько у респондента сохранна функция перевода информации из краткосрочного сохранения в долгосрочную память.

В шестом субтесте □речь□ оценивается способность испытуемого понимать обращенную речь, функция активной речи, восприятие речи на слух и в письменном виде, узнавание предметов и способность к их правильному наименованию, праксис.

Выполнение теста оценивается по сумме результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит.

Бланк шкалы MMSE

Ф.И.О. _____

Дата обследования _____

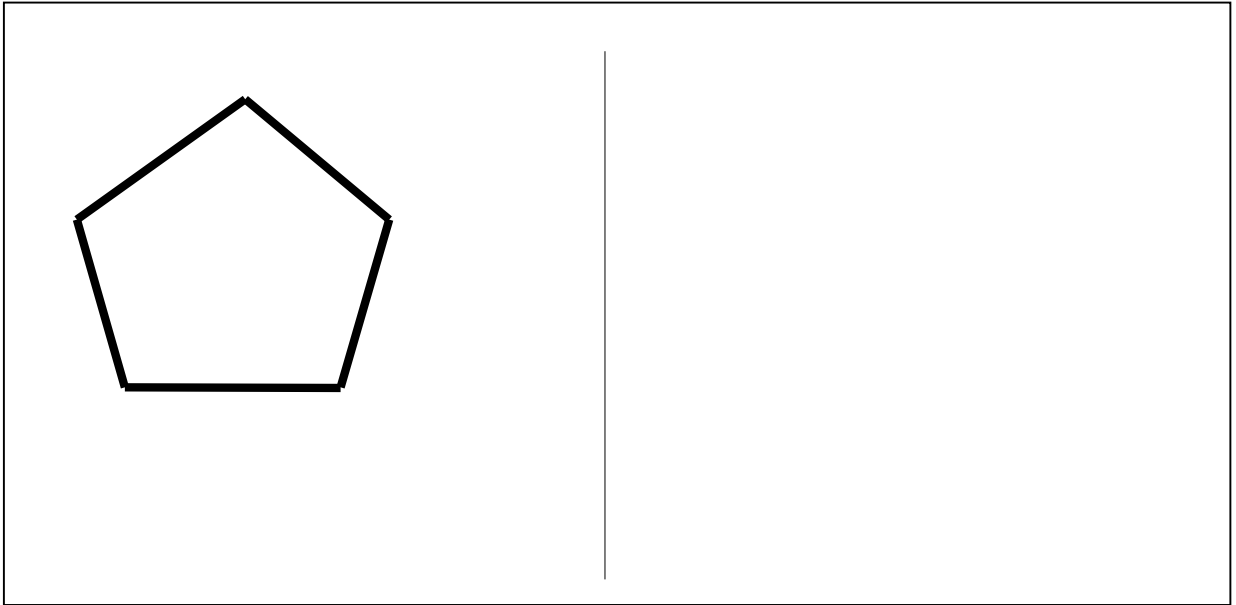
Результат _____

Оценка (баллы)

1. Ориентировка во времени

- Назовите дату (число, месяц, год, день недели) 0-5 _____
- 2. Ориентировка в месте**
Где мы находимся? (страна, область, город, клиника, комната) 0-5 _____
- 3. Восприятие**
Повторите три слова: карандаш, дом, копейка 0-3 _____
- 4. Концентрация внимания**
Серийный счёт (“от 100 отнять по 7”) – 5 раз либо:
Произнести слово “земля” наоборот 0-5 _____
- 5. Память**
Припомните 3 слова, которые назывались ранее (п. 61) 0-3 _____
- 6. Речевые функции**
Называние (ручка и часы) 0-2 _____
- 7. Повторите предложение:**
“Никаких если и или но” 0-1 _____
- 8. 3-этапная команда:**
“Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол” 0-3 _____
- 9. Чтение:**
Прочтите и выполните: ЗАКРОЙТЕ ГЛАЗА 0-1 _____
- 11. Напишите предложение** 0-1 _____

- 12. Скопируйте рисунок**
Скопируйте рисунок 0-1 _____



13. Общий балл

0-30 _____

- 28-30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
- 24-27 баллов – легкие (преддементные) когнитивные нарушения;
- 19-23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11-18 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0-10 баллов – тяжелая деменция.

**Приложение. Шкала общего ухудшения когнитивных функций (GDS)
(Reisberg B. et al., 1982)**

Оценка (стадия) тяжести деменции	Клиническая характеристика
Норма	Отсутствие нарушений
Физиологическое старение	Субъективно отмечаемая забывчивость
Мягкое ухудшение памяти	Трудности в работе, затруднения в речи и ориентировке в малознакомой местности, заметные членам семьи; легкие нарушения памяти, выявляющиеся при обследовании
Мягкая деменция	Нарушение возможности путешествовать, считать, запоминать текущие события, выполнять более сложные виды повседневной деятельности
Умеренная деменция	Необходимость в помощи при выборе одежды и других видах повседневной деятельности, дезориентировка во времени и месте, нарушение воспроизведения имен внуков, друзей
Умеренно-тяжелая деменция	Нуждается в руководстве и помощи во время еды и гигиенических процедур, в туалете (возможно недержание); дезориентировка во времени, месте и, возможно, в собственной личности
Тяжелая деменция	Тяжелое нарушение (утрата) речи, недержание и обездвиженность

Приложение. Шкала тяжести деменции (CDR) (Morris J.C., 1993)

Симптомы	Стадия деменции
Нарушение функции	Практически здоров (CDR - 0)
Памяти	Нет нарушений памяти, либо непостоянная легкая забывчивость
Ориентировки	Полностью ориентирован
Суждений и логических конструкций	Решает повседневные задачи и хорошо ориентирован в своих экономических и финансовых делах; уровень суждений по отношению к событиям в прошлом сохранен
Социальных взаимодействий	Социальные взаимодействия на обычном уровне: независимое функционирование на работе, в принятии решений о покупках, в социальных группах
Повседневной активности	Домашняя деятельность, хобби, интеллектуальные интересы сохранены
Самообслуживания	Полностью себя обслуживает
Нарушение функции	Сомнительная (CDR - 0,5)
Памяти	Постоянная легкая забывчивость; неполное воспроизведение событий
Ориентировки	Полностью ориентирован, за исключением легких трудностей в ориентировке во времени
Суждений и логических конструкций	Легкие трудности в решении проблем, в обобщении, определении сходства и различий
Социальных взаимодействий	Незначительные нарушения в социальной деятельности
Повседневной активности	Домашняя деятельность несколько затруднена, хобби и интеллектуальная деятельность незначительно нарушены
Самообслуживания	Полностью себя обслуживает
Нарушение функции	Мягкая (CDR - 1)
Памяти	Умеренное снижение памяти (более выраженное на текущие события), влияющее на повседневную активность
Ориентировки	Умеренное нарушение ориентировки во времени; знает, где находится, но может отмечаться дезориентировка в незнакомой обстановке
Суждений и логических конструкций	Умеренные трудности в решении проблем, определении сходств и различий; суждения о социальных проблемах обычно сохранены
Социальных взаимодействий	Не может самостоятельно участвовать в общественной жизни, однако может быть вовлечен

	в отдельные виды деятельности; для случайного наблюдателя выглядит здоровым
Повседневной активности	Мягкие, неявные нарушения в домашней деятельности; более сложная деятельность невозможна; более сложные хобби и интересы недоступны
Самообслуживания	Требуется побуждение к деятельности
Нарушение функции	Умеренная (CDR - 2)
Памяти	Тяжелая потеря памяти; сохранены только хорошо заученные сведения; новые сведения быстро забываются
Ориентировки	Выраженные нарушения ориентировки во времени; обычно дезориентирован во времени, часто и в месте
Суждений и логических конструкций	Выраженные трудности в решении проблем, в суждениях, в определении сходств и различий; решение социальных задач обычно нарушено
Социальных взаимодействий	Деятельность вне дома невозможна; может выглядеть здоровым для случайного наблюдателя
Повседневной активности	Может выполнять только простую домашнюю работу; интересы очень ограничены, поддерживаются слабо
Самообслуживания	Требуется помощь в одевании, гигиене, поддержании личных гигиенических навыков
Нарушение функции	Тяжелая (CDR -3)
Памяти	Тяжелая потеря памяти; сохранены только фрагменты
Ориентировки	Ориентирован (неполностью) только в собственной личности
Суждений и логических конструкций	Суждения и решения задач невозможны
Социальных взаимодействий	Деятельность вне дома невозможна; выглядит слишком больным для деятельности вне собственного дома
Повседневной активности	Существенная деятельность в доме невозможна
Самообслуживания	Требуется значительная помощь в самообслуживании; частое недержание мочи и кала

Учитывается только снижение прежнего уровня из-за когнитивного дефицита, но не в связи с другими факторами.

Приложение. Батарея лобной дисфункции. **FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB) (B.Dubois et al., 1999.)**

Методика используется для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, то есть когда чувствительность MMSE может быть недостаточной.

1. Концептуализация.

Пациента спрашивают: Что общего между яблоком и грушей? Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение (Это фрукты). Если больной затрудняется или дает иной ответ, ему говорят правильный ответ. Потом спрашивают: Что общего между пальто и курткой? ... Что общего между столом и стулом?.

Каждое категориальное обобщение оценивается в 1 балл. Максимальный балл в данном субтесте - 3, минимальный - 0.

2. Беглость речи.

Просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву с. При этом имена собственные не засчитываются.

Результат: более 9 слов за минуту - 3 балла, от 7 до 9 - 2 балла, от 4 до 6 - 1 балл, менее 4 - 0 баллов.

3. Динамический праксис.

Больному предлагается повторить за психологом одной рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) - ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) - ладонь (кисть ставится горизонтально, ладонью вниз). При первом предъявлении серии больной только следит за психологом, при втором предъявлении - повторяет движения психолога, наконец, последующие две серии делает самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки больному недопустимы.

Результат: правильное выполнение трех серий движений – 3 балла, двух серий - 2 балла, одной серии (совместно с врачом) - 1 балл.

4. Простая реакция выбора.

Дается инструкция: Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз. Выстукивается следующий ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Оценка результата: правильное выполнение - 3 балла, не более 2 ошибок - 2 балла, много ошибок - 1 балл, полное копирование ритма психолога - 0 баллов.

5. Усложненная реакция выбора.

Дается инструкция: Теперь если я ударю один раз, то Вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз . Выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.

Оценка результата аналогично п.4.

6. Исследование хватательных рефлексов.

Больной сидит, его просят положить руки на колени ладонями вверх и проверяют хватательный рефлекс.

Отсутствие хватательного рефлекса оценивается в 3 балла. Если больной спрашивает, должен ли он схватить, ставится оценка 2. Если больной хватает, ему дается инструкция не делать этого и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует – ставится 1, в противном случае - 0 баллов.

Таким образом, результат теста может варьировать от 0 до 18; при этом 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям.

Приложение. Тест рисования часов

Простота и необычайно высокая информативность данного теста, в том числе и при легкой деменции, делает его одним из наиболее общеупотребительных инструментов для диагностики данного клинического синдрома.

Тест проводится следующим образом.

Больному дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Психолог говорит: □Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два□. Больной самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции.

В норме, это задание никогда не вызывает затруднений.

Если возникают ошибки, они оцениваются количественно по 10 бальной шкале:

- 10 - баллов - норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;
- 9 баллов - незначительные неточности расположения стрелок;
- 8 баллов - более заметные ошибки в расположении стрелок;
- 7 баллов - стрелки показывают совершенно неправильное время;
- 6 баллов - стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);
- 5 баллов - неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое;
- 4 балла - утрачена целостность часов, часть чисел отсутствуют или расположена вне круга;
- 3 балла - числа и циферблат более не связаны друг с другом;

- 2 балла - деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно;
- 1 балл - больной не делает попыток выполнить инструкцию.

Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур. Для дифференциального диагноза данных состояний, при неправильном самостоятельном рисунке, больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном (врачом) циферблате с числами. При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется. При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате.

Приложение. Ишемическая шкала Хачинского (Hachinski V.C., 1978)

Популярным инструментом для диагностики сосудистой деменции и ее отграничения от деменций альцгеймеровского типа является ишемическая шкала Хачинского.

Она состоит из 13 пунктов, представляющих собой перечень клинических признаков заболевания при сосудистой деменции.

Наиболее информативные из них оцениваются в 2 балла, менее информативные – в 1 балл.

Сумма 7 баллов и выше указывает на диагноз сосудистой деменции, 4 балла и ниже – на диагноз болезни Альцгеймера.

Промежуточная оценка может трактоваться как вероятная смешанная (сосудисто-атрофическая) природа деменции.

1. Внезапное развитие деменции	2
2. Ступенеобразное развитие деменции	1
3. Флюктуирующее течение когнитивных нарушений	2
4. Дезориентация ночью	1
5. Относительная сохранность личности	1
6. Депрессия	1
7. Эмоциональная неустойчивость	1
8. Артериальная гипертония	1
9. Инсульты в анамнезе	2
10. Наличие атеросклероза (оцениваются результаты ЭКГ, исследования глазного дна, ультразвукового исследования сосудов, липидный профиль)	1
11. Очаговые неврологические симптомы	2
12. Патологические знаки	2
13. Общий балл	–

**Приложение. ДОЛЖНОСТНАЯ ИНСТРУКЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО
ПСИХОЛОГА
ГОРОДСКОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО
ЦЕНТРА**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность медицинского психолога.
2. На должность медицинского психолога назначается лицо, имеющее высшее образование по специальности «Клиническая психология» или высшее психологическое образование и дополнительное образование (специализацию) по медицинской психологии.
3. Медицинский психолог должен знать основы законодательства РФ о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность учреждений здравоохранения, оказания психиатрической помощи и гарантии прав граждан; Декларацию прав и свобод человека; медицинскую психологию (нейропсихологию, патопсихологию), психологию личности, общую и дифференциальную психологию, возрастную психологию, психотерапию, психогигиену, психодиагностику, психопрофилактику, психологическое консультирование; методы активного обучения, социально-психологического тренинга общения; методы диагностики и коррекции нормального и аномального развития личности; психологию труда; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.
4. Медицинский психолог руководствуется в работе «Положением о Службе психологического сопровождения Городского геронтологического медико-социального Центра»

5. Медицинский психолог назначается на должность и освобождается от должности приказом главного врача ГГМСЦ по представлению руководителя службы психологического сопровождения (далее – СПС), в соответствии с действующим законодательством РФ.
6. Медицинский психолог непосредственно подчиняется руководителю СПС, а в его отсутствие – заместителю главного врача ГГМСЦ по медицинской части.

2. ДОЛЖНОСТНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ

Медицинский психолог:

1. Проводит работу, направленную на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности больных.
2. Выявляет условия, препятствующие или затрудняющие гармоническое развитие личности больного.
3. Осуществляет работу по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию больных, для чего оказывает помощь больным и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.
4. Проводит психодиагностические исследования и длительные диагностические наблюдения за больными, уделяя особое внимание лицам, имеющим факторы риска психических расстройств.
5. Совместно с лечащим врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов больных, выполняет работу по профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей.
6. Проводит работу по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии.
7. Оценивает по состоянию здоровья больного эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий.

8. Квалифицированно и своевременно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства СПС и учреждения.
9. Соблюдает правила внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима. Оперативно принимает меры, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.
10. Систематически повышает свою квалификацию.

3.ПРАВА

Медицинский психолог имеет право:

1. Самостоятельно устанавливать диагноз и проводить лечение по специальности; участвовать в определении тактики ведения больного в соответствии с установленными правилами и стандартами; привлекать в необходимых случаях врачей других специальностей для консультаций, обследования и лечения больных;
2. Вносить предложения руководству СПС и учреждения по совершенствованию лечебно-диагностического процесса, в т.ч. по улучшению работы параклинических и административно-хозяйственных служб, вопросам организации и условий своей трудовой деятельности;
3. Запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;
4. Принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;
5. Проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории;

6. Повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.
7. Медицинский психолог пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом РФ.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Медицинский психолог несет ответственность за:

1. Своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей;
2. Организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности;
3. Соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности;
4. Своевременное и качественное оформление медицинской и иной служебной документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми документами;
5. Предоставление в установленном порядке статистической и иной информации по своей деятельности;
6. Обеспечение соблюдения исполнительской дисциплины и выполнения своих должностных обязанностей подчиненными ему работниками (при их наличии);
7. Оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов медицинский психолог может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством РФ в зависимости от

тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

Подпись

Приложение. Требования к плану работы психолога.

1. При составлении плана необходимо учитывать:
 - Цели и задачи деятельности своего учреждения;
 - Приоритет прав и интересов человека в соответствии с Конституцией РФ.

2. План работы включает следующие графы:
 - № по порядку;
 - Название работы;
 - Условия проведения;
 - Ответственный;
 - Срок проведения;
 - Предполагаемый результат.

3. План работы составляется на периоды, принятые как отчетные в данном учреждении (например, на неделю, на месяц, квартал и т.д.)

4. Перспективный план работы, включающий цели и направления работы психолога в данном учреждении, должен составляться на год.

Приложение. Журнал консультаций психолога:

Дата / время проведения	Консультируемый ФИО	Пол, возраст	Повод обращения	Проблема	Результат Консультирования
1	2	3	4	5	6

Приложение. Журнал регистрации обращений к психологу:

Дата	Время проведения	ФИО, возраст, пол	Повод обращения	Проблема	Результат Консультирования	Консультант
1	2	3	4	5	6	7

В графе 3 указывается полное имя обратившегося. При анонимном обращении дается запись условным знаком.

Графа 7 вводится, если в учреждении работают несколько психологов.

Отметка о времени начала и окончания консультации позволяет учитывать расход рабочего времени на консультации в течении месяца, года и использовать это при планировании текущей работы.

Приложение. Журнал учета групповых форм работы:

Дата / время проведения	Список участников ФИО	Отметка о посещениях	Тема / название тренинга	Ведущий	Примечание
1	2	3	4	5	6

Примечание: к групповым формам работы относятся:

- - тренинги с сотрудниками или клиентами (пожилыми людьми, инвалидами);
- - коррекционные или развивающие занятия по определенным программам;
- - семинары, лекции, методические занятия, групповые консультации.

Приложение. Результаты психологической работы

в отделении _____ в _____ году.

1. В отделении проведены следующие диагностические исследования:

- - название исследуемой характеристики;
- - методика;
- - время проведения.

2. Перечень групповых занятий, тренингов, проведенных в группе:

- - тема занятий;
- - цель занятий;
- - время проведения;
- - участники;

3. Перечень занятий со специалистами клиническими психологами:

- - цель занятий;
- - время проведения;
- - участники.

4. Название форм индивидуальной работы с амбулаторными пациентами:

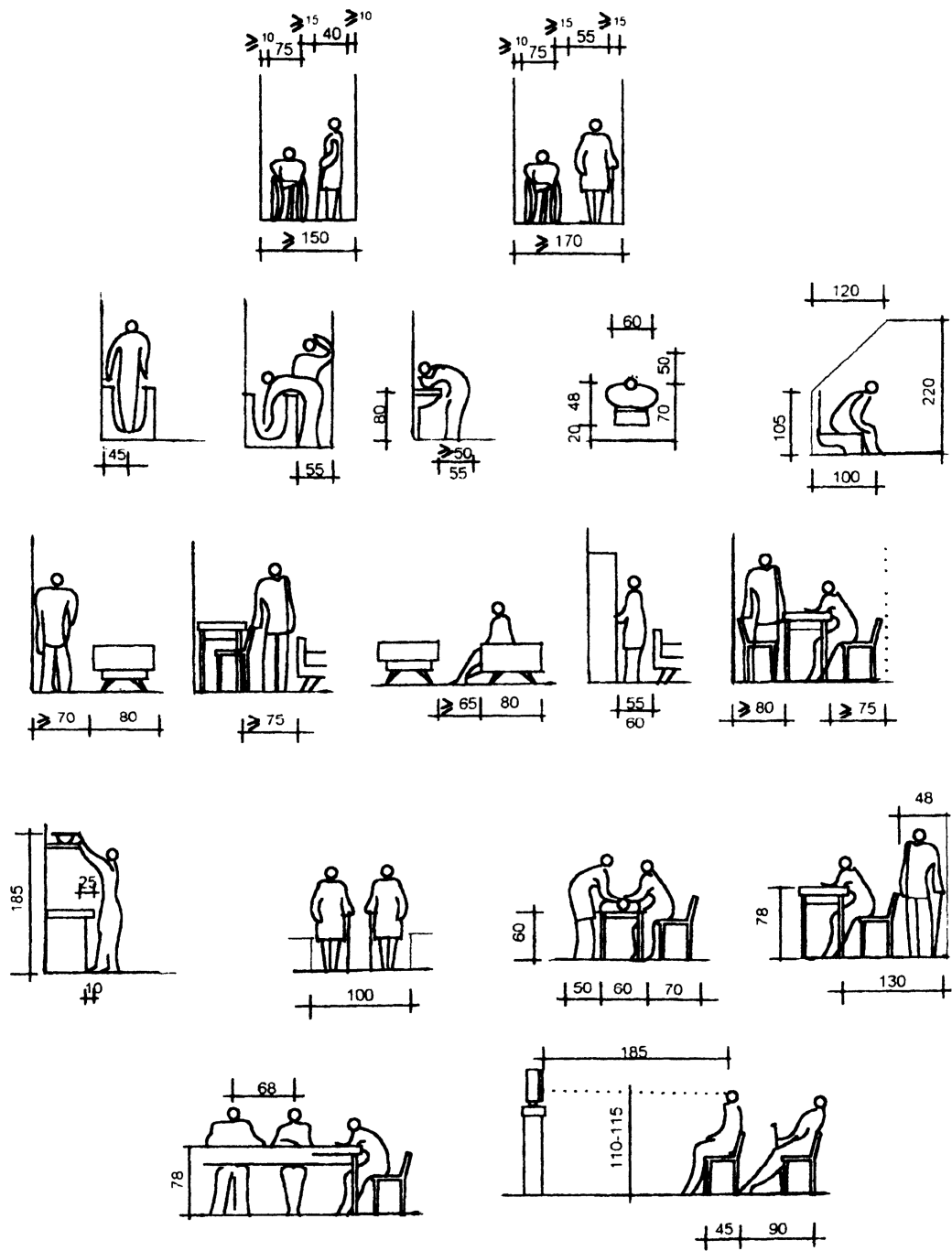
- - цель занятий;
- - тема занятий;
- - время проведения;
- - ФИО пациента.

5. Рекомендации по дальнейшее работе с группой.

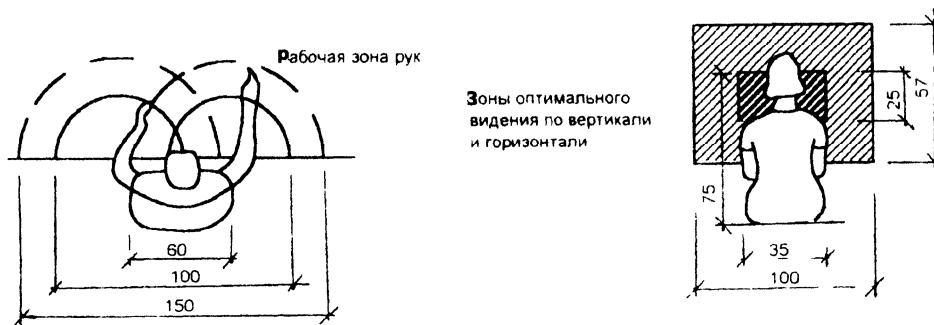
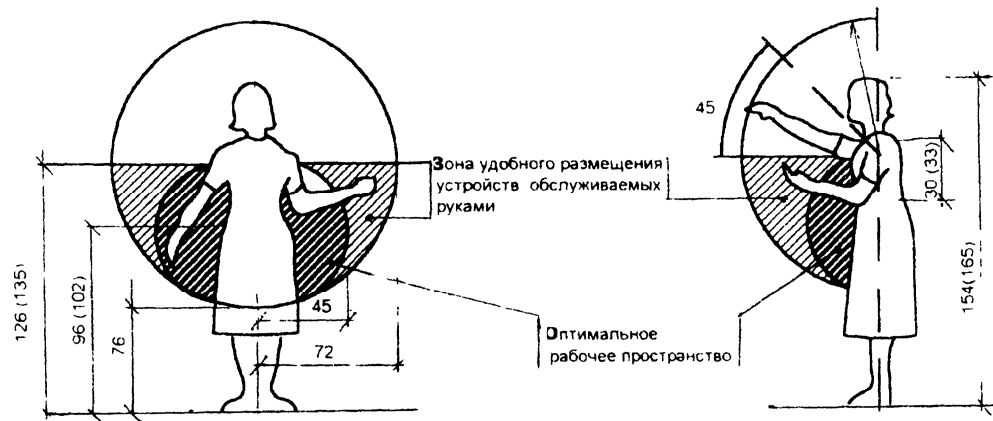
6. Дата.

7. Подпись психолога.

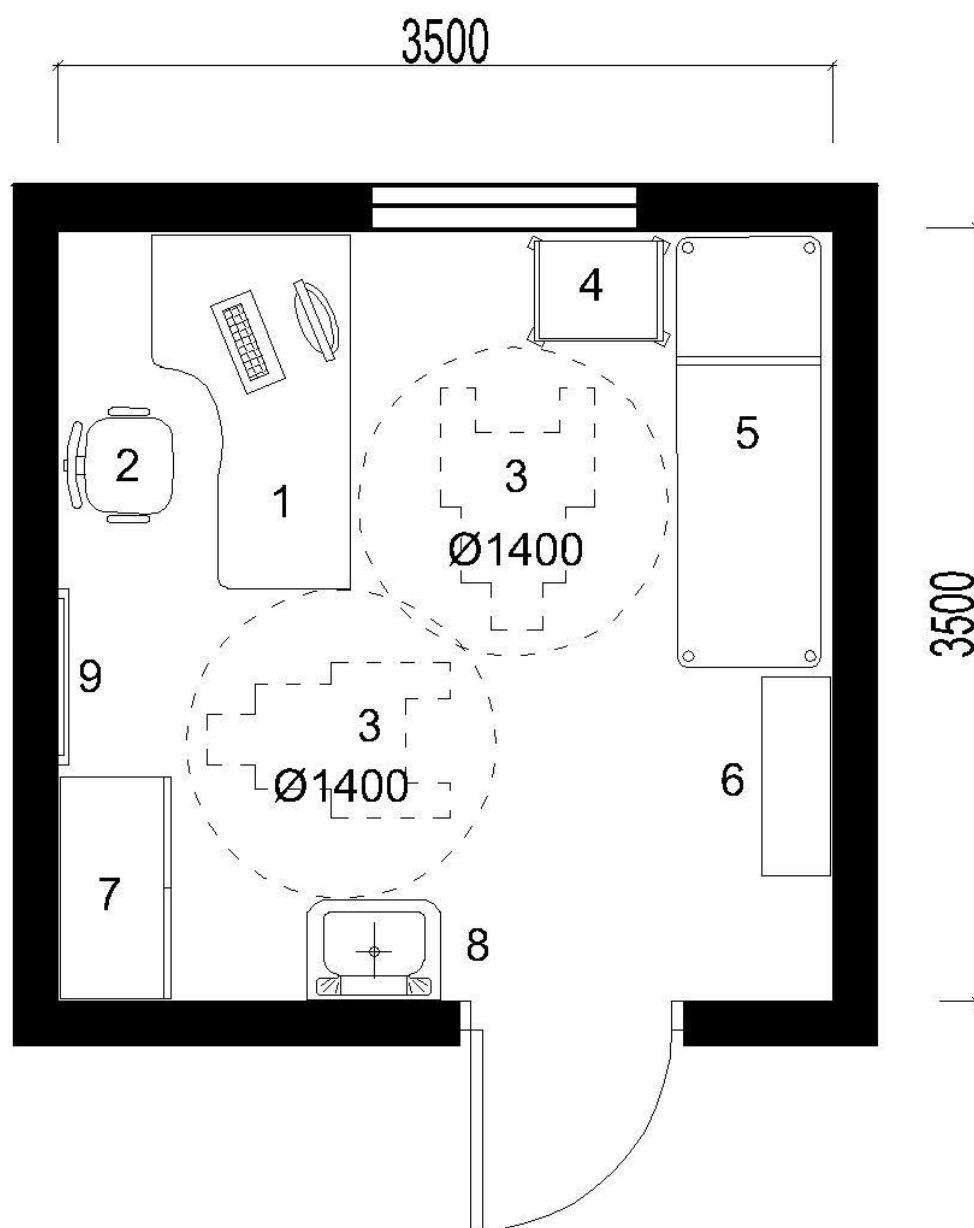
Приложение. Антропометрия пожилого человека



Приложение. Зоны досягаемости пожилого человека

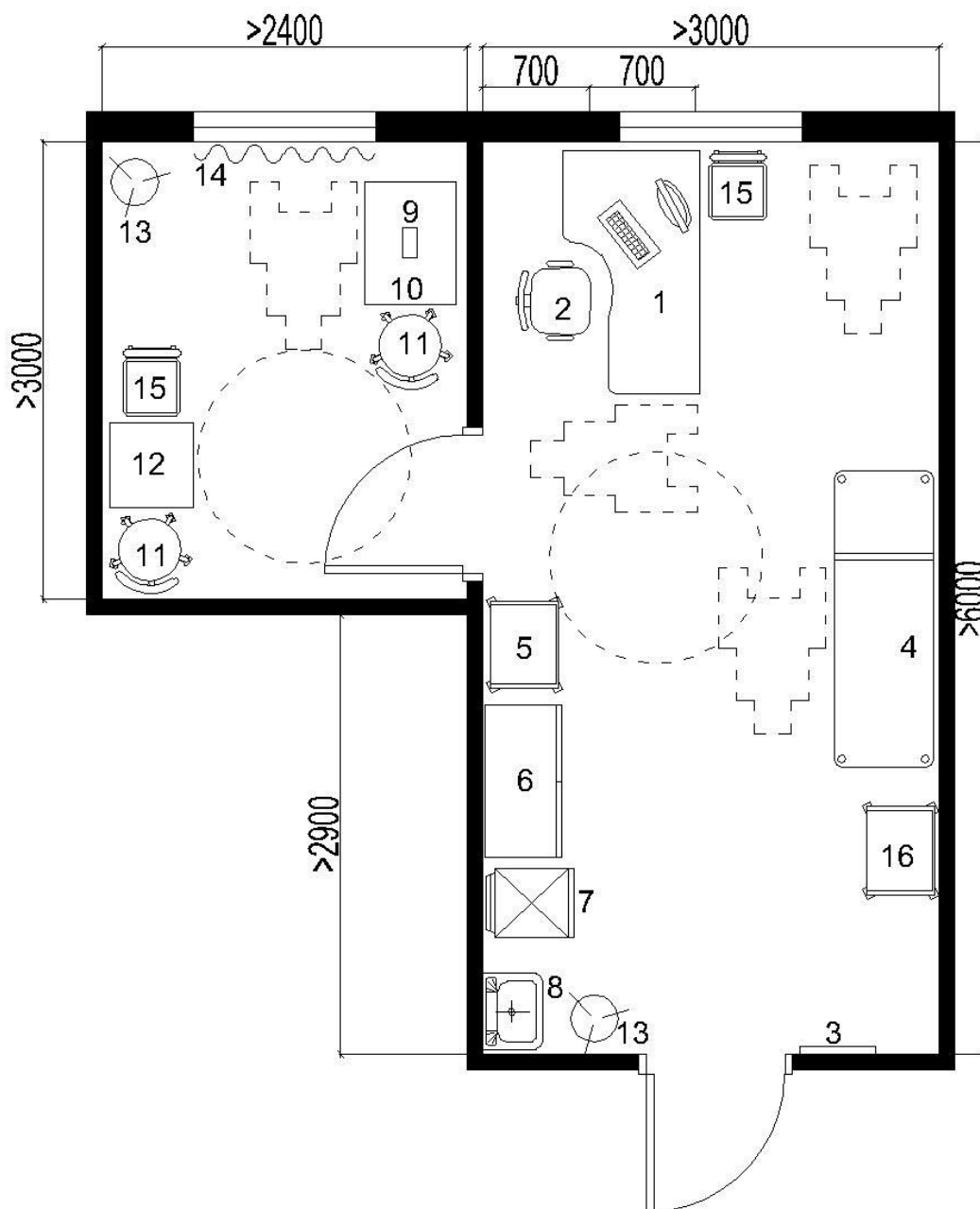


Приложение. Экспликация оборудования кабинета психолога-консультанта



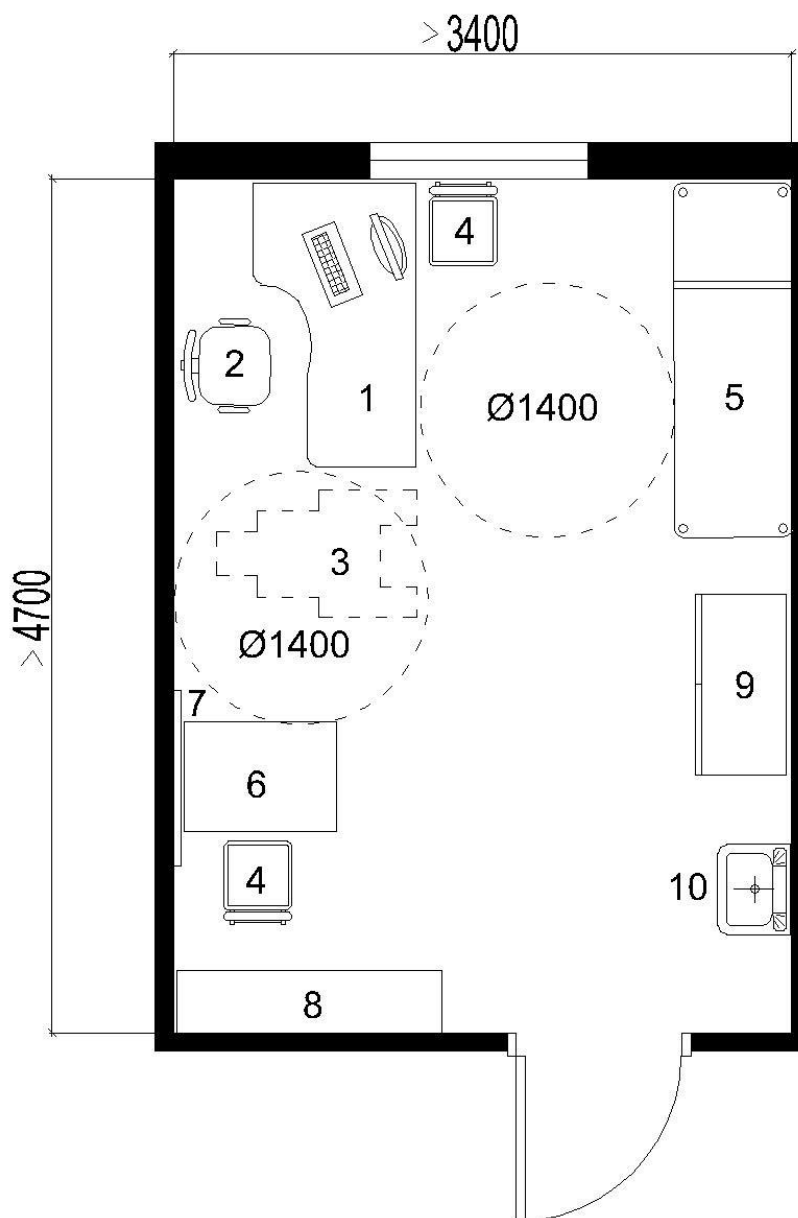
1. Стол психолога;
2. Стул офисный;
3. Инвалидная коляска;
4. Столик инструментальный;
5. Кушетка для отдыха;
6. Кулер с холодной и горячей водой;
7. Шкаф медицинский;
8. Умывальник керамический;
9. Диагностические наглядные пособия

Приложение. Экспликация оборудования кабинета психолога-реабилитолога с темной комнатой



1. Стол психолога;	9. Стол палатный;
2. Стул офисный;	10. Настольная ширма;
3. Таблицы для реабилитации;	11. Табурет винтовой;
4. Кушетка для отдыха;	12. Тумба для хранения пособий со столешницей;
5. Столик инструментальный;	13. Бачок для отходов;
6. Шкаф медицинский;	14. Светозащитный занавес;
7. Кулер с холодной и горячей водой;	15. Стул с подлокотниками;
8. Умывальник керамический;	16. Столик манипуляционный

Приложение. Экспликация оборудования кабинета психологической диагностики



1. Стол психолога;	6. Стол палатный;
2. Стул офисный;	7. Зеркало;
3. Инвалидная коляска;	8. Стеллаж библиотечный;
4. Стул с подлокотниками;	9. Шкаф медицинский;
5. Кушетка для отдыха;	10. Умывальник керамический

Приложение. Рекомендации по оценке результатов стандартной батареи тестов для психологической оценки пожилых людей.

Клинико-анамнестическое обследование проводится как врачом-психиатром или неврологом, так и клиническим психологом и специальной аппаратуры не требует. При сборе анамнеза крайне желателен опрос родственников. При уточнении анамнестических сведений необходимо получить информацию о том, имели ли место случаи деменции у родственников; артериальная гипертензия и признаки атеросклероза у больного; нарушения мозгового кровообращения, инфаркты; как, когда и в связи с чем изменялось состояние и поведение больного; как быстро прогрессировали симптомы заболевания; изменялась ли речь, походка, бывало ли недержание мочи; отмечались ли эпизоды потери ориентации в местности; как пациент справляется с повседневной нагрузкой.

Для психометрической объективации необходимы шкалы для квантификации когнитивных расстройств при деменции: Mini-Mental-Status Test (MMSE), тест рисования часов, батарея лобной дисфункции (FAB), а также шкалы для оценки клинической степени выраженности деменции: Шкала общего ухудшения когнитивных функций (GDS), Шкала тяжести деменции (CDR).

Для проведения дифференциальной диагностики необходима ишемическая шкала Хачинского.

Для экспериментально-психологического исследования памяти следует использовать общеизвестные таблицы Шульте, Крепелина, корректурную пробу, тест Векслера для исследования памяти.

«Шкала памяти Векслера» состоит из 7 субтестов, позволяющих исследовать различные аспекты процессов внимания и памяти испытуемого. В субтесте определяется осведомленность в личных и общественных данных, степень сохранности долговременной памяти; в субтесте II ориентировка; в субтесте III исследуются уровень психического контроля, долговременная

память, внимание; субтест IV направлен на проверку логической памяти; субтест V используется для исследования кратковременной и оперативной памяти; субтест VI предназначен для определения степени сохранности зрительной памяти, а субтест VII опосредованного запоминания. Оценка степени снижения памяти производится по эквивалентному интеллекту показателю памяти (ЭПП), который является результатом преобразования суммы показателей по всем субтестам и вычисляется с учетом поправки на возраст испытуемого. Согласно нормативным данным значение ЭПП равное 90 баллам и выше является нормой, в диапазоне от 89 до 70 баллов говорит о снижении памяти, ЭПП от 69 баллов и ниже указывает на нарушение памяти.

Приложение. Методические рекомендации по оценке результатов экспериментально-психологических и психометрических методов оценки наличия депрессивной симптоматики у пожилых пациентов.

Наиболее традиционным и распространенным способом выявления депрессивных переживаний в медицинской психологии является использование психометрических методик, основанных на данных самоотчета испытуемого о его актуальном состоянии. В случае соматизированных депрессий у пациентов пожилого возраста самооценка эмоционального состояния, исследуемая экспресс-методами, как правило, не дает однозначного ответа на вопрос о наличии аффективных нарушений. Данные нарушения могут быть отчетливо выявлены в результате комплексного исследования эмоционально-личностной сферы пациента, при этом используется целый ряд методик, в том числе личностные методики большого объема (например, опросник ММРІ). Проведение такого исследования у пожилых пациентов часто затруднено в силу его громоздкости и длительности, особенно в первичном звене оказания медицинской помощи. В связи с этим целесообразно использование опросников скринингового характера, таких как «Шкала самооценки депрессии» и «Опросник депрессивных состояний», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии», при разработке которых авторами учитывались условия диагностики в амбулаторном звене. Эти методики позволяют выявить признаки скрытых соматизированных депрессий.

Опросник «Шкала самооценки депрессии» представляет собой адаптированный в НИПНИ им. В.М. Бехтерева вариант широко известной шкалы В. Зунга. Он состоит из 20 утверждений, касающихся аффекта, физиологических проявлений депрессии и позволяет количественно описать степень выраженности депрессивной симптоматики: 50 и менее баллов настроение без признаков депрессии, 50-59 баллов незначительное снижение эмоционального фона (субдепрессивное состояние), 60-69 баллов

отчетливое снижение фона настроения (умеренная степень депрессии, соматизированные, маскированные депрессии), 70 и более баллов выраженная депрессия. Методика «Опросник депрессивных состояний» (ОДС-2), разработанная на основе шкал опросника ММРІ в лаборатории клинической психологии в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, рассчитана на дифференциацию депрессий средней и легкой степени тяжести, включая слабоструктурированные дистимические состояния, маскированные формы депрессий. Несмотря на значительный объем (97 вопросов), преимуществом методики является возможность учесть специфику проявления депрессивной симптоматики у пациентов разного пола. Методика включает две диагностические шкалы: «Депрессия норма» (D-N) и «Эндогенная невротическая депрессия» (МДП-Д, Н). Пожилые пациенты с преимущественно соматическими проявлениями депрессии могут демонстрировать показатели, укладывающиеся в рамки как невротической (стандартизированный показатель по шкале МДП-Д, Н в диапазоне от 40 баллов и ниже), так и эндогенной депрессии (стандартизированный показатель по шкале МДП-Д, Н в диапазоне от 60 баллов и выше) по опроснику ОДС-2.

Шкала госпитальной тревоги и депрессии разработана A. S. Zigmond и R. P. Snaithe в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. Для более детальной квалификации состояния и отслеживания его дальнейшей динамики рекомендуется пользоваться более чувствительными клиническими шкалами (например, шкалой Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), шкалой

Гамильтона для оценки тревоги (HARS), шкалой Монтгомери—Асберг для оценки депрессии (MADRS), опросником депрессии Бека (BDI).

При формировании шкалы HADS авторы исключали симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявление соматического заболевания (например, головокружения, головные боли и прочее). Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личном клиническом опыте авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

Шкала апробирована авторами на более 100 пациентах соматического стационара (16—65 лет), страдающих различными соматическими заболеваниями. Полученные данные были соотнесены с результатами экспертного оценивания. Далее была проведена проверка шкалы на внутреннюю консистентность и дискриминантную валидность. В завершение анализа валидности шкалы была доказана независимость показателей от специфики и тяжести соматического заболевания.

Адаптация шкалы для использования в отечественной практике произведена М.Ю. Дробижевым в 1993 г. Результаты повторного использования адаптированной шкалы в выборках пациентов, страдающих различными соматическими заболеваниями, подтверждают устойчивость и валидность ее внутренней структуры, а также релевантность граничных показателей. Обследуемые— взрослые лица любого возраста, находящиеся на лечении в соматическом стационаре.

Методика применения. Бланк шкалы выдается для самостоятельного заполнения пациенту и сопровождается инструкцией.

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих две подшкалы: «тревога» (нечетные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и «депрессия» (четные

пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют четыре варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Как и во всех случаях применения субъективных шкал, для достижения валидных результатов необходимо обеспечить самостоятельное заполнение шкалы пациентом (без обсуждения вариантов ответа с родственниками, знакомыми, соседями по палате). При необходимости следует предоставить пациенту относительно уединенное место (в кабинете или в холле отделения). Для обеспечения спонтанности ответа желательно установить пациенту четкие временные рамки для заполнения шкалы (порядка 20—30 минут). За этот интервал времени шкала должна быть заполнена полностью. Если пациент пропустил отдельные пункты или прервал заполнение шкалы на значительный срок (несколько часов), рекомендуется провести повторное тестирование с использованием нового бланка.

Несмотря на отсутствие у пациентов с маскированными депрессиями жалоб на нарушения аффективной сферы у них выявляются типичные для депрессивных состояний изменения течения психических процессов. В связи с этим даже в рамках экспресс-диагностики целесообразно проводить патопсихологическое исследование процессов внимания, памяти и мышления. Снижение скорости протекания интеллектуально-мнестической деятельности (в том числе снижение работоспособности, замедление темпа ассоциативного процесса) и нарушение активного внимания (снижение объема, устойчивости, быстрая истощаемость внимания) являются характерными признаками нарушения аффективной сферы по депрессивному типу любой этиологии. С учетом возраста обсуждаемого контингента больных для исследования внимания целесообразно использовать такие методики как таблицы Шульте, счетные таблицы Крепелина, корректурная проба Бурдона, а для исследования мышления ассоциативный эксперимент и методику «Быстрота мышления».

Приложение. Методические рекомендации по психометрической и экспериментально-психологической оценке сосудистых деменций у пожилых пациентов.

Критерии психометрической объективации сосудистой деменции.

Психометрические шкалы служат для оценки состояния когнитивных функций, а также позволяют квантифицировать степень тяжести проявлений деменции.

Краткая шкала оценки психического статуса MMSE (*см. приложения*) позволяет оценить состояние когнитивных функций испытуемого (кратковременной и оперативной памяти, способности к концентрации внимания, понимания обращенной речи, восприятия речи на слух и в письменной виде, праксиса) и квантифицировать уровень их нарушения. Критерием установления деменции служат 23 балла и ниже по шкале MMSE.

Шкала общего ухудшения когнитивных функций (GDS) (*см. приложения*) позволяет измерить степень тяжести деменции. Критериями установления деменции служат 4 балла и выше по данной шкале.

Шкала тяжести деменции (CDR) (*см. приложения*) содержит признаки, по которым критериям деменции соответствует 1 и более по шкале CDR.

Батарею лобной дисфункции (*см. приложения*) применяют для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, т.е. когда чувствительность MMSE может быть недостаточной. Критерием деменции является 11 баллов и менее Тест рисования часов (*см. приложения*): деменции соответствует количественная оценка 9 баллов и ниже.

Экспериментально-психологические критерии диагностики сосудистой деменции

Структурные особенности нарушения высших психических функций при сосудистой деменции особенно отчетливо выступают на этапе умеренно выраженного слабоумия, когда завершается формирование характерного для

сосудистой деменции амнестического синдрома и болезнь вступает в стадию клинически выраженных проявлений. Синдром нарушения высших психических функций на инициальной стадии болезни отличается менее выраженной специфичностью, поэтому дифференциальная диагностика на этом этапе представляет определенные трудности.

Одним из наиболее ранних и выраженных признаков заболевания являются расстройства памяти. Уже при начальных проявлениях заболевания больные часто сами жалуются, что в беседе не могут вспомнить нужное слово, имя, дату. Лишь через некоторое время, когда больной не думает об этом, нужное слово само всплывает в памяти. Это объясняется присущими начальным стадиям сосудистых заболеваний головного мозга расстройствами произвольного запоминания и воспроизведения. Выраженность расстройств запоминания соответствует степени расстройств мышления. Изменения интеллектуальной деятельности на различных стадиях сосудистой деменции неодинаковы. При наиболее ранних проявлениях заболевания у большинства больных обнаруживается определенная сохранность уровня процессов обобщения и отвлечения. С прогрессированием заболевания отмечается неравномерность уровня психической деятельности. Процессы обобщения и отвлечения можно исследовать при помощи методик исключения, классификации, выделения существенных признаков.

Для исследования степени снижения памяти в зависимости от выраженности сосудистой деменции может применяться тест Векслера для исследования памяти. При анализе результатов исследования обнаруживается гетерохронность снижения различных видов памяти по мере прогрессивности болезни.

Оценка степени снижения памяти производится по определяемому в результате исследования по тесту Векслера для исследования памяти эквивалентному интеллекту показателю памяти. ИПП = 90 баллов и выше

является нормой. ИПП в диапазоне от 89 до 70 баллов говорит о снижении памяти. ИПП = 69 баллам и ниже указывает на нарушение памяти.

Недостаточность удержания (ретенции) обнаруживается еще до выявления заметных расстройств запоминания.

Исследовать функции запоминания и ретенции можно при помощи теста на запоминание 10 слов. В норме запоминание составляет 7+2 после 4-6 повторений. Отсроченное воспроизведение – 8-10 слов.

Характерна также определенная неравномерность ослабления различных форм памяти у больных сосудистой деменцией. Значительнее и раньше всего страдает запоминание искусственных звукосочетаний, менее нарушено и позже наступает запоминание обычных 10 слов, более длительно сохраняется запоминание в пробе на ассоциативную память.

Отличительной особенностью сосудистой деменции является астения, ведущим симптомом которой становится истощаемость психических функций.

Оценка выраженности явлений истощаемости в течение заболевания дает основание судить об эффективности терапии, является объективным показателем изменения состояния больного.

Среди них можно выделить 2 основных типа: гиперстенический и гипостенический тип астении. Для гиперстенического типа астении характерны начало выполнения задания в быстром темпе и очень рано проявляющаяся истощаемость. В последующем эпизодически отмечается кратковременное улучшение показателей, а также обнаруживается значительная разница в темпе выполнения заданий на различных его этапах, в количестве выполненных операций и в количестве допущенных при этом ошибок.

При гипостеническом типе астении кривая истощаемости носит иной характер. На всем протяжении исследования уровень выполнения задания отражает постепенно нарастающую истощаемость без резких колебаний ухудшение темпа работы к концу выполнения задания.

При сосудистой деменции можно установить определенную корреляцию между характером истощаемости и клинической стадией заболевания.

Гиперстенический и гипостенический типы астении могут рассматриваться как последовательные стадии клинических проявлений единого патологического процесса.

С явлениями истощаемости при сосудистой деменции непосредственно связана и недостаточность активного внимания.

Исследовать истощаемость и внимание целесообразно при помощи методик, направленных на исследование работоспособности – Таблицами Шульте, Крепелина, корректурной пробой. Тип астении определяется путем анализа кривых истощаемости. Нарушение активного внимания проявляется в пропусках отдельных чисел в таблицах Шульте, в увеличении к концу исследования количества ошибок в таблицах Крепелина. Ошибки либо нарастают количественно к концу исследования, либо распределяются в ходе опыта неравномерно, группами. Индекс утомляемости составляет 1 балл.

Снижение индекса говорит о повышенной утомляемости. Норма объема – 850 знаков и больше. Норма концентрации – 5 ошибок и меньше.

В речи больных сосудистой деменцией отмечаются эпизодические вербальные парафазии. Замены слов часто происходят по так называемому комплексному типу, когда выпавшее слово заменяется другим, принадлежащим тому же кругу представлений. Иногда слово заменяется противоположным по значению. При астении сосудистого генеза наблюдаются также эпизодические литеральные парафазии. Чаще всего допускается замена какого-либо звука в слове при сохранности его фонематической основы. Нередко эти больные испытывают затруднения при повторении развернутой фразы.

Особенностью сосудистой деменции является обнаруживающееся и в патопсихологическом эксперименте нарушение подвижности основных нервных процессов. Инертность психической деятельности выявляется в пробах на переключение. Можно отметить, что в определенной степени эта

инертность усиливается в связи с истощаемостью и в конце опыта выявляется легче, чем в начале. При выраженной сосудистой деменции инертность может достигать значительной степени. У таких больных нередко обнаруживаются явления персеверации в речевой и двигательной области.

При сосудистой деменции также наблюдается недостаточность номинативной функции речи. Больные испытывают затруднения при назывании отдельных предметов.

Своеобразные особенности приобретает сосудистая деменция при наличии афатико-агностико-апрактических расстройств (так называемое асемическое слабоумие). В этих случаях клиническая картина нередко напоминает таковую при болезнях Пика и Альцгеймера. В этих случаях экспериментально-психологическое исследование функций речи, гнозиса и праксиса оказывает существенную помощь в проведении дифференциальной диагностики. О сосудистой природе заболевания свидетельствуют следующие особенности.

1. Определенная связь психопатологических проявлений (в том числе афатических, агностических и апрактических) с эпизодами острой недостаточности мозгового кровообращения.

2. Колебания интенсивности афатических расстройств в связи с истощаемостью. Разница в степени их выраженности видна уже по ходу эксперимента и усиливается по мере утомления.

3. Отсутствие характерной для атрофических заболеваний последовательности развития расстройств высших корковых функций. Так, болезни Альцгеймера и болезни Пика (височному ее варианту) присуща определенная динамика афатических проявлений — от амнестической афазии к транскортикальной, а затем — кортикальной, сенсорной с присоединением моторной афазии. При этом обнаруживаются психопатологические признаки, обусловленные поражением теменно-затылочных структур коры головного мозга — семантическая и

амнестическая афазия, конструктивная апраксия, симультанная агнозия, акалькулия с нарушением представлений о разрядном строении чисел.

4. Отсутствие прогрессирующей речевой аспонтанности и резко выраженного оскудения словарного запаса, столь характерной для очагово-атрофических заболеваний, особенно для болезни Пика.

5. Сосудистой деменции присуща тенденция к нивелировке афатических расстройств или временной задержке их развития, толчкообразное течение заболевания — с периодами улучшения или стабилизации состояния. Так, часто постепенно уменьшается выраженность возникших после инсульта сенсорно- или моторно-афатических расстройств, и лишь когда они идут на убыль, проявляется амнестическая афазия. Очаговым атрофиям головного мозга присуща неуклонная прогрессивность течения.

6. Отсутствие или слабая выраженность так называемых «стоячих» симптомов — палилалии, «стоячих» оборотов, характерных для болезни Пика.

7. Афатические синдромы при сосудистой деменции не обладают той четкостью, которая присуща им при очагово-сосудистых поражениях головного мозга. Наблюдается диссоциация между афатическими и аграфическими проявлениями — литеральные парафазии наблюдаются при болезни Альцгеймера, амнестической афазии и при явлениях транскортикальной сенсорной афазии, что не характерно для афазии сосудистого генеза. При этом отмечается и несоответствие выраженности расстройств устной и письменной речи - аграфические расстройства опережают афатические.

Указанные особенности помогают дифференцировать сосудистые и атрофические поражения головного мозга.

Приложение. Проект инструкции о психологическом обслуживании для работников ГГМСС, пациентов гериатрической службы и их родственников.

- a. Служба психологического сопровождения подразделений гериатрической службы в государственных (федеральных или муниципальных) учреждениях здравоохранения или гериатрическом учреждении создается и осуществляет свою деятельность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, на основании распоряжений Администрации района и Комитета по здравоохранению и действует на основании Положения, утверждаемого в органах управления здравоохранения административного района в целях оказания специализированной психологической помощи лицам пожилого и старческого возраста (60 лет и старше).
- b. Специализированная психологическая помощь лицам пожилого возраста предусматривает:
- обслуживание граждан старших возрастных групп (60 лет и старше), страдающих хроническими инвалидизирующими заболеваниями, с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию, а также граждан, имеющих признаки преждевременного старения;
 - проведение психологических консультаций родственникам пациентов по вопросам организации медико-психолого-социальной помощи и ухода за пациентами с высокой степенью зависимости (75% и более)
- c. Общими задачами деятельности службы психологического сопровождения учреждений и подразделений гериатрической службы являются:
- уточнение диагноза психиатрической гериатрической патологии (характер деменции, выраженность эмоциональных, поведенческих и личностных расстройств и др.);

- проведение психологической оценки состояния пациента на предмет утраты им способности к самообслуживанию;
 - психологическая и социальная реабилитация,
 - консультации родственников по вопросам ухода за пациентами, утратившими способность к самообслуживанию;
 - содействие в организации психологических консультаций как в учреждениях социальной защиты населения, так и на дому у пациента, а также в стационарных и полустационарных условиях;
 - разработка (адаптация зарубежных аналогов) и внедрение в работу службы новых психо-геронто-технологий, обеспечивающих применение новых методик психологической диагностики, коррекции и реабилитации, которые позволят повысить качество обслуживания и жизни пожилого населения;
 - проведение мониторинга медико-психолого-социального положения граждан старших возрастных групп, проживающих на территории обслуживания — их возрастной структуры, состояния психического здоровья, функциональных способностей и экономического положения — в целях своевременного составления прогноза и дальнейшего планирования развития службы психологического сопровождения гериатрической помощи;
 - взаимодействие с административными органами и организациями, в том числе с научно-исследовательскими, негосударственными организациями, учреждениями социального обслуживания населения, фондами по вопросам оказания психологической помощи, направленной на повышение качества жизни граждан старших возрастных групп, включая вопросы практического применения новейших психо-геронто-технологий.
- d. Оценка потребности пациента в комплексной медико-психолого-социальной помощи проводится каждому пациенту гериатрической службы не реже, чем 1 раз в год, и служит основой для мониторинга

состояния здоровья и благополучия граждан пожилого возраста в административном районе.

- e. На амбулаторный прием к психологу специализированной службы сопровождения пациенты записываются самостоятельно (по телефону или лично в регистратуре) или могут быть направлены специалистами учреждения здравоохранения. Запись к психологу может также проводиться близкими родственниками пациента при условии его согласия.
- f. Посещение психолога осуществляется в приемные часы, предусмотренные графиком работы в учреждении или на дому с лицом, обратившимся за психологической помощью, консультацией, получением психологического заключения, а также обращение по вопросам психологического состояния пациента его родственников или доверенного лица (при этом обязательна отметка в амбулаторной карте)
- g. Первичное посещение – это психологическая консультация пациента, который впервые обратился к психологу гериатрической службы. Время, необходимое на психологическую консультацию первичного пациента в условиях амбулаторного приема составляет 1,5 – 2 часа, повторная консультация – до 60 минут.
- h. Решение о видах и продолжительности психологической помощи пациенту на основании его записи принимается с учетом существующего медицинского анамнеза и психодиагностического обследования специалистом психологом.
- i. Основными направлениями деятельности психологической службы являются:
 - психологическое просвещение и повышение социально-психологической компетенции;
 - психопрофилактическая работа;
 - психологическая диагностика;

- психологическое консультирование, включая экстренную психологическую помощь;
- психотерапевтическое воздействие;
- психологическая коррекция;
- психологическая реабилитация.

j. Основными методами психологической работы с пациентами гериатрической службы являются:

- индивидуальные консультации;
- разъяснительная и успокаивающая терапия;
- индивидуальная и групповая психотерапия;
- релаксационные тренинги и аутогенная тренировка.

k. Для проведения психологической реабилитации в дневных стационарах или стационарных учреждениях гериатрической службы психолог на амбулаторном приеме выписывает направление установленной формы

l. Противопоказаниями к принятию на психологическое диспансерное обслуживание психологом специализированной службы психологического сопровождения граждан старших возрастных групп могут являться активные формы туберкулеза, тяжелые психические расстройства, венерические и другие заболевания, требующие лечения в специализированных учреждениях здравоохранения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

m. Работа специалистов психологов с пациентами осуществляется в соответствии с расписанием и графиком в специально оборудованных и оснащенных помещениях.

Приложение. Перечень рекомендаций по работам, выполнение которых предусмотрено «Планом по развитию гериатрической службы Санкт-Петербурга на 2011-2013 годы» по п. 2.7 медико-экономического обоснования «Создание на базе ГГМСЦ системы психологического сопровождения пациентов»

1. Разработка принципов и стандартов для системы психологического сопровождения (издание научно-методических материалов)

- издание научно-методических материалов по организации деятельности службы психологического сопровождения при государственных учреждениях гериатрической службы
- издание научно-методических материалов, касающихся основных направлений и организации деятельности подразделений службы психологического сопровождения гериатрической службы
- издание научно-методических материалов, регламентирующих порядок предоставления специализированной психологической помощи лицам пожилого возраста учреждениями здравоохранения

2. Разработка (закупка) пакета прикладных программ для службы психологического сопровождения

- мультимедийные курсы,
- CD и DVD- диски для релаксации и кинотерапии,
- компьютерные психодиагностические методики

3. Разработка и изготовление специальных пособий и материалов:

- печатные материалы - психодиагностические методики, пособия и т.д.) для психологического сопровождения пациентов
- кейс практического психолога (набор практических материалов для профилактики, диагностики и коррекции нарушений у лиц пожилого возраста).

- набор материалов для творчества (фломастеры, цветные карандаши, гуашь, простые карандаши, пластилин, цветная бумага, цветной картон, ножницы, шариковые ручки, стирательные резинки и т.п.).
- раздаточный материал (бланки методик).
- бланки для регистрации результатов обследования.
- библиотека практического психолога.

4. Создание типового кабинета психологического сопровождения пациентов для районных подразделений ГГМСС (разработка, закупка оборудования, монтаж, методическое сопровождение)

Технические средства

- система видеозаписи и видеовоспроизведения.
- система звукозаписи и звуковоспроизведения.
- персональный компьютер, подключенный к внутренней сети и сети Интернет
- ЖК-монитор
- МФУ (принтер, сканер, копир)
- 4 компьютерных тренажера для групповых занятий в рамках программы психологической реабилитации
- 6 аппаратов БОС
- стационарный телефонный аппарат, подключенный к местной или городской АТС.

Мебель

Мебель должна быть со скругленными формами и устанавливаться (в контексте общей пластической композиции) по плавным кривым.

- рабочий стол психолога.
- кресло руководителя
- шкаф для пособий
- шкаф для техники.
- 4 рабочих места для пожилых пациентов.
- журнальный стол.

- 6 мягких кресел для проведения сеансов релаксации.
- 5 стульев с подлокотниками.

Дополнительные средства для дизайна интерьера

- живые цветы.
- аквариум с экзотическими рыбками.
- воздухоочиститель-ионизатор
- аппаратура для ароматерапии (аромалампы, эфирные масла и т.п.)
- аппарат цветомузыки
- куллер с холодной и горячей водой

5. Разработка специальных методик по отдельным компонентам психологического сопровождения пациентов (психокоррекция, музыкотерапия, арт-терапия, психологическое консультирование, релаксация, кинотерапия, психодиагностика и т.д.). Разработка и издание методических материалов по перечисленным компонентам.

- Разработка и издание методических материалов по программе психокоррекции лиц пожилого возраста
- Разработка и издание методических материалов по программе музыкотерапии лиц пожилого возраста
- Разработка и издание методических материалов по программе арт-терапии и лиц пожилого возраста
- Разработка и издание методических материалов по программе психологического консультирования лиц пожилого возраста
- Разработка и издание методических материалов по программе релаксации лиц пожилого возраста
- Разработка и издание методических материалов по программе кинотерапии лиц пожилого возраста
- Разработка и издание методических материалов по особенностям психодиагностики лиц пожилого возраста

- Разработка и издание методических материалов по программе психологической адаптации пожилых пациентов к условиям профильного стационара
- Разработка и издание методических материалов по организации досуга пожилых пациентов в условиях многопрофильного стационара
- Разработка и издание методических материалов по программе релаксационного тренинга пожилых пациентов, в том числе с использованием аппаратуры БОС
- Разработка и издание методических материалов по программе разъяснительной и успокаивающей терапии пожилых пациентов
- Разработка и издание методических материалов по программе аутогенной тренировки пожилых пациентов многопрофильного стационара
- Разработка и издание методических материалов по программе терапии творческим самовыражением пожилых пациентов
- Разработка и издание методических материалов по религиозному направлению психокоррекционной работы с пожилыми пациентами
- Разработка и издание методических материалов по индивидуальной психокоррекции и психотерапии пожилых пациентов
- Разработка и издание методических материалов по групповой психокоррекции и психотерапии пожилых пациентов
- Разработка и издание методических материалов по программе психологической реабилитации пожилых
- Разработка и издание методических материалов по программе поддержания связи с окружающим миром пожилых пациентов специализированного стационара
- Разработка и издание методических материалов по программе работы студентов-волонтеров с пожилыми пациентами

- Разработка и издание методических материалов по работе психолога с пожилыми пациентами, страдающими болезнью Альцгеймера и деменциями старческого возраста
- Разработка и издание методических материалов по работе психолога с пожилыми пациентами с эмоциональными расстройствами (при депрессиях, тревожных состояниях, нарушениях сна, ипохондрическом синдроме)
- Разработка и издание методических материалов по работе психолога с пожилыми пациентами, страдающими остеопорозом и другими заболеваниями опорно-двигательного аппарата
- Разработка и издание методических материалов по работе психолога с пожилыми пациентами, страдающими сахарным диабетом II типа
- Разработка и издание методических материалов по работе психолога с пожилыми пациентами, страдающими болезнями органов чувств, связанными со старением и другими возраст-ассоциированными заболеваниями
- Разработка и издание методических материалов по работе психолога с пожилыми пациентами, страдающими болезнями сердечно-сосудистой системы

6. Разработка принципов организации и методик клубной работы в районных подразделениях ГГМСС, тиражирование методических материалов

7. Закупка и монтаж оборудования систем музыкального сопровождения в отделениях ГГМСЦ (5 отделений)

8. Создание комплекса (закупка оборудования) психологического тестирования и психологической разгрузки для персонала ГГМСЦ

Список рекомендованной литературы

1. Августова Л.И. Направленность личности. Возрастные изменения в старости / Л.И. Августова // Геронтопсихология: Учебное пособие. Изд-во СПбГУ, 2007.
2. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. – Л.: Медицина, 1969.
3. Агафонова Т.А. Роль и задачи сестринской службы в оказании медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста //Мед. помощь., 1996, №3, С. 15-17.
4. Ананьева Н.И., Балунув О.А., Лукина Л.В. Значение нейровизуализации для процесса реабилитации больных с дисциркуляторной энцефалопатией / Реабилитационная помощь населению в Российской Федерации. 1 Российский конгресс. Список научных трудов – М., 2003. С.158.
5. Ананьева Н.И., Балунув О.А., Лукина Л.В., Разоренова Т.С. Сравнительные данные МРТ головного мозга у пациентов с дисциркуляторной и посттравматической энцефалопатией // Журнал невропатологии и психиатрии. – М., 2005. Т.105. № 6. С.39-44.
6. Анисимов В.Н. Современные представления о природе старения // Научно-практическая конференция «Антивозрастная и восстановительная медицина», М., РАН, 2008, с. 72
7. Безденежная Т.И. Психология старения. Путь к долголетию / Т.И. Безденежная. Ростов-на-Дону, 2004.
8. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология – Ташкент, □Медицина□, 1976.
9. Вандыш-Бубко В.В. Органические, включая симптоматические, психические расстройства // Энциклопедия психиатрии/ Глав. ред. вып. Ю.А.Александровский. – М.:РЛС, 2004, 2003. С.39-69.

10. Васильев С.В. Характер. Возрастные изменения в старости / С.В. Васильев, С.Е. Татульян // Геронтопсихология. Учебное пособие. Изд-во СПбГУ, 2007.
11. Васильчиков В.М. Идеология и типология геронтологических центров. Материалы круглого стола "Актуальные проблемы старшего поколения в современном российском обществе" // Ученые записки Российского государственного социального университета, 2004. № 6. С. 10-12.
12. Васильчиков В.М. Теоретико-методологические и технологические подходы в решении проблем социально-геронтологической службы // Социальная работа: история, теория, технологии (научная школа профессора Е.И. Холостовой) / Под ред. А.Н. Свалова. — М.: Издательство МГСУ, 2004. - С. 123-136.
13. Васильчиков В.М. Правовые и методические основы организации деятельности геронто-логических центров// Альманах «Геронтология и гериатрия»// - Москва, 2005. С.14 - 19
14. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. – СПб.: Стройлеспечать, 1997.
15. Волкова Т.Н. Социальные и психологические проблемы старости // Вопросы психологии. – 2005, №2. – с. 118-126.
16. Вялков А.И. Научные основы региональной политики в здравоохранении: Стратегия реформирования регионального здравоохранения. // Реформы здравоохранения на региональном уровне (Материалы ежегодной Российской научно практической конференции) М. РИО ЦНИИОИЗ, 2000, с. 5-8.
17. Галкин Р.А., Гехт И.А., Суслин С.А. Организация медико-социальной помощи лицам пожилого возраста в сельской местности / Под ред. Р.А. Галкина. – Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2001. – 208 с.
18. Галкин Р.А., Гехт И.А., Яковлев О.Г. Одинокая старость: медицинские и социальные проблемы./ Под редакцией Р.А. Галкина. – СамараГУСО «Перспектива», 2005. – 150 с.

19. Герасименко Н.Ф., Григорьев Ю.И., Истомина Л.Б. О правотворческой деятельности в сфере охраны здоровья Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации, М. 1999, № 4, с. 3 – 6.
20. Гериатрия в деятельности врача общей практики / Под ред. Н.Н.Насрединовой. - Ташкент, 2004, 365 с.
21. Гончаренко В.Л., Мартыненко А.В., Стародубов В.И. Совершенствование управления социальной работой и повышение эффективности медико-социальной помощи //Здравоохранение Российской Федерации. — 1998. — №3.-С. 17-20.
22. Горшунова Н.К., Медведев Н.В., Образовательные программы для пожилых людей как один из методов их медико-социальной реабилитации// Альманах «Геронтология и гериатрия»// - Москва, 2005. - С. 40- 44.
23. Давыдовский И.В. Геронтология. — М.: Медицина, 2002, 287с.
24. Дамулин И.В. Сосудистая деменция// Неврологический журнал. – 1999. – № 3. С.4-11.
25. Дегаева Н.С., Сабитова Г.В. (сост.) Пожилые люди: социальная политика и развитие социальных услуг/.– М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2003.- Вып. 1- 4.
26. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты. От призрения к реабилитации. – Красноярск, 1993. – 196 с.
27. Дементьева Н.Ф., Подкорытов А.В. Медико-социальная помощь лицам пожилого и старческого возраста. – Красноярск: Издательство КрасГМА, 2003. – 148 с.
28. Денисов И.Н., Резе А.Г. Гериатрия в общей врачебной (семейной) практике //Клин, геронтол. — 2000. — №9-10.-С. 3-5.
29. Дыскин А.А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан / А.А. Дыскин, Э.И. Танюхина. М.: Логос, 1996.
30. Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. – М.: Логос, 1996.

- 31.Егоров В.В. Медико-социальное обслуживание городских жителей пожилого и старческого возраста, проблемы и пути решения //Клин, геронтол. — 1997. — № 1-С. 67-71.
- 32.Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: МГУ, 1986 г.
- 33.“Золотой” возраст: может ли старость быть успешной? Новые образовательные методики работы с пожилыми людьми. Учебно-методическое пособие. – Ярославль: “Литера”, 2005. – 84 с.
- 34.Зубова О.А., Ефремушкин Г.Г., Босова Е.А. Социально-экономические аспекты развертывания стационара на дому для оказания медицинской помощи престарелым жителям г. Барнаула //Клин, геронтол. — 2002. — №5.-С. 183-184.
- 35.Исаева Н.М., Ардова Е.Н., Автономов А.С., Карюхин Э.В. Права пожилых людей, законодательство, комментарии. М. Доброе дело, 2007, 142 с.
- 36.Кабакова Т. А., Горбунов В. И., Камаев И. А., Катикова О. Ю. Формы организации и проблемы оказания медико-социальной помощи в России и за рубежом// Альманах «Геронтология и гериатрия»// - Москва, 2004. - С. 6 -8.
- 37.Карюхин Э.В. Геронтологические НКО: от моделей ухода к становлению сектора. – М.: Региональный общественный фонд помощи престарелым «Доброе Дело», 2002. – 215 с.
- 38.Клюева Н.В., Головчанова Н.С., Дмитриенко Е.В. Арт-терапия в работе с пожилыми людьми: методические указания. - Ярославль 2010. - 64 с.
- 39.Комплексная диагностика сосудистых деменций: пособие для врачей / Санкт-Петербургский науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева; авторы: Н.И.Ананьева, Л.С.Круглов, Н.М.Залуцкая, Н.В.Семенова, М.А.Дроздова. – СПб., 2007. – 44 с.
- 40.Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Геронтология и гериатрия (Учебник). - М., Самара: Самар. Дом печати, 1997.- 800 с.

- 41.Круглов Л.С. Психические нарушения сосудистого генеза: эволюция концепции //Ученые записки Санкт-Петербургского Государственного Медицинского Университета им. акад. И.П.Павлова.-2004.-Т.11, N3.- С.64-66.
- 42.Лазебник Л.Б. Необходимость создания гериатрической службы в структуре органов здравоохранения //Клин, геронтол. - 1999. - № 1. - С 3-7.
- 43.Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М., 1969, 2-е изд.
- 44.Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. – М., 1974, т.1. Психологический эксперимент в неврологической и психиатрической клинике. – Л., 1969.
- 45.Мартынов А. В. Социальная защита пожилых людей и модели социального обслуживания. Основы социальной медицины. М. Социум. 1998, 89 с.
- 46.Материалы Второй всемирной ассамблеи по проблемам старения. Мадрид, Испания, 8—12 апреля 2002 г.
- 47.Материалы для подготовки Федеральной целевой программы (на период 2010 -2025 года) «Активное долголетие с высоким качеством жизни населения России» Материалы представлены Российским геронтологическим научно-клиническим центром, директор академик РАМН В.Н.Шабалин Москва – 2010
- 48.Медведев А.В. Сосудистые заболевания головного мозга //Руководство по психиатрии / Под ред. А.С Тиганова. – М.: Медицина, 1999. Т.2. С. 129-146.
- 49.«Методические рекомендации по организации деятельности государственных учреждений гериатрической службы» (для организаторов здравоохранения, врачей-гериатров, медицинских сестер с высшим образованием). – СПб, 2007. – 26 с.
- 50.Милосердов В. Демографическая катастрофа// "Российская Федерация сегодня", 2007, №3, с. 17-21

- 51.МКБ-10. Международная классификация болезней /10-й пересмотр/.
Классификация психических и поведенческих расстройств:
Клинические описания и указания по диагностике: Пер. с англ. Под
ред. Ю.Л. Нуллера, С.И. Циркина.-СПб: Адис, 1994.
- 52.Мэй Р. Искусство психологического консультирования. Как давать и
обретать душевное здоровье / Пер. с англ. М. Будыниной, Г.
Пимочкиной. – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 256 с.
- 53.Нейропсихологическая диагностика. Часть 1. Схема
нейропсихологического исследования ВПФ и эмоционально-
личностной сферы / Под ред. Е.Д.Хомской – М.: МГУ, 1994.
- 54.О результатах проверки выполнения федеральными органами
исполнительной власти и органами исполнительной власти ряда
субъектов Российской Федерации федеральной целевой программы
“Старшее поколение” на 2002-2004 годы. – М., Гарант, 2004.
- 55.Панфилова А.П. Деловая коммуникация в профессиональной
деятельности. СПб., 1999.
- 56.Пирожков С.И., Сафарова Г.Л. Тенденции старения населения России и
Украины: демографические аспекты // Успехи геронтологии — 2000. №
4. С.14-21.
- 57.Пожилые люди в Российской Федерации: положение проблемы,
перспективы. Национальный доклад. М.: Права человека, 2002. 56 с.
- 58.Поляков И.В., Захматова Т.В., Девяткина А.А. Проблемы организации
сестринской помощи на дому //Пробл. соц. гиг., здравоохран. и история
медицины. — 2001. -№6.-С. 31-35.
- 59.Постановление Правительства РФ от 29 января 2002 г. N 70 "О
федеральной целевой программе "Старшее поколение" на 2002-2004
годы", СЗ РФ от 11.02. 2002 г., N 6, ст. 578
- 60.Постановление Министерства труда и социального развития
Российской Федерации от 14 ноября 2003 г. № 76 "Об утверждении
Методических рекомендаций по организации деятельности

- государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания населения "Геронтологический центр".
61. Психология старости и старения: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. М.: Издательский центр "Академия", 2003. – 416 с.
62. Пушкова Э.С., Шарин С.В. Городской гериатрический центр Санкт-Петербурга - трехлетний опыт работы // Клиническая геронтология. - 1997. - № 1. - С. 61-64.
63. Пушкова Э.С. Современные возможности направления развития социальной геронтологии // Успехи геронтологии. 2001. Т.7. С. 110-114
64. Рекомендация Международной организации труда № 162 «О пожилых трудящихся» (Женева, 23 июня 1980 г.).
65. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии: Практическое руководство. - М., 1970.
66. Сергеечева В.А. Азы общения. СПб., 2002.
67. Стародубов В.И. О реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации и меры по обеспечению стабильности работы медицинских учреждений // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 1999, № 2, с. 3-8.
68. Стародубов В.И., Белоконов О.В., Иванкова Л.В. Качество жизни пожилых (по результатам опросов) Москва 2003 г, 33 стр.
69. Толченков Б.А., Введенская И.И., Введенская Е.С., Исаев А.П. Геронтологическая служба территории и пути интеграции медицинской и социальной помощи пожилым // Успехи геронтологии. - 1997. - Т.1. - С.93-98.
70. Франкл В. Психотерапия на практике: Пер. с нем. – СПб: 2001. – 256 с.
71. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учеб. пособие. 3-е изд.— М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К0», 2004.

72. Хомская Е.Д. и соавт. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия. – М.: МГУ, 1995.
73. Чайковская В.В. Организация медико-социальной помощи сельским жителям пенсионного возраста // Проблемы старения и долголетия. — 2000. — № 1. — С. 69-77.
74. Чикарина Л.Я. Новые технологии социального обслуживания пожилых людей // Государство и общество: проблемы социальной ответственности. Материалы выступлений на пленарном заседании, на заседаниях секций и «круглых столов» (девятые научные чтения МГСУ, 23 мая 2002 года) / Гл. ред. Г.И. Осадчая. – М.: Издательство МГСУ «Союз», 2003. – С. 196 – 199.
75. Шабалин В.Н. Актуальные проблемы медико-социальной помощи населению старших возрастных групп в России // Здравоохранение Российской Федерации. — 1999. - №3. - С. 25-32.
76. Шабалин В.Н., Яковлев О.Г., Лукьянчикова Л.С., Максимюк В.М. Медико-социальное обеспечение ветеранов Великой отечественной войны // Руководство по геронтологии (под редакцией В.Н. Шабалина), М., 2005, с. 766-781
77. Шабалин В.Н., Васильчиков В.М. Руководство по геронтологии (под редакцией В.Н. Шабалина), М., 2005, с. 766-781
78. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина, 1996.
79. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: Медицина, 1977.
80. Яцемирская, Р.С., Беленькая И.Г. Основные задачи и профессиональные обязанности социального работника. Социальная геронтология. М. Владос 1999, 206 с.
81. Bassuk S.S. Depressive symptomatology and incident cognitive decline in an elderly community sample / S.S. Bassuk, L.F. Berkman, D. Wypij // Arch. Gen. Psychiatry. 1998. V. 55. P. 1081.

82. Beekman A.T. Review of community prevalence of depression in late life / A.T. Beekman, J.R. Copeland, M.J. Prince // *Brit. J. Psychiatry*. 1999. V. 174. P. 307.
83. Berke D. *The Journal of Long Term Home Health Care*. 1998; 17; 3: 2.
84. Chuna T. Diffusion Changes in the Aging Human Brain / T. Chuna, Ch.G. Filippi, R.D. Zimmerman, M.U. Aziz // *J. Am. of Neurology*. V. 21.
85. Crystal S. Diagnosis and treatment of depression in the elderly Medicare population: predictors, disparities and trends / S. Crystal, U. Sambamoorthi, J.T. Walkup et al. // *Journal American Geriatric Society*, 2003, V. 51.
86. Diagnostic and statistic manual of mental disorders. 4-th ed. – Washington: American Psychiatric Association, 1994.
87. Erkinjuntti T., Haltia M., Paolo J. et al. Accuracy of the clinical diagnosis of vascular dementia: a prospective clinical and postmortem study // *J. Neurol., Neurosurg., Psychiat.*, 1988. – Vol. 51, N10. P. 1037-1044.
88. Frasure-Smith N. Depression following myocardial infarction: impact on 6-months survival / N. Frasure-Smith, R. Lesperance, M. Talajic // *JAMA*. 1993. V. (15). P. 1819-1825.
89. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-Mental State. A practical method of grading the cognitive state of patients for the clinician // *Journal of Psychiatry Research*. – 1975. – Vol. 12. P. 189-198.
90. Garrard J. Clinical detection of depression among community-based elderly people with self-reported symptoms of depression / J. Garrard, S. Rolnick, N. Nitz et al. // *Gerontol. Biol. Sci.* 1998. V. 53 (2). P. 92-101.
91. Hachinski V. Vascular dementia: a radical redefinition // *Vascular dementia: etiological, pathogenetic, clinical and treatment aspects* / Ed. L.A. Carlson. - Basel: Elsevier, 1994. - P. 2-4.
92. Kaplan M.S. Managing depressed and suicidal geriatric patients: differences among primary care physicians / M.S. Kaplan, M.E. Adamek, A. Calderon // *Gerontologist*. 1999. V. 39.

93. Kung H. Deaths: final data for 2005 / . Kung, D. Hoyert, J. Xu et al. // . . . Rep. 2008. V. 56 (10). P. 120.
94. Morris J.C. The clinical dementia rating (CDR). Current version and scoring rules // Neurology. 1993. – Vol.43. P.2412-2413.
95. Reisberg B., Ferris S.H., de Leon M.J. et al. The global deterioration scale (GDC). An instrument for the assessment of primary degenerative dementia (PDD) // American Journal of Psychiatry. 1982. – Vol.139. P.1136-1139.
96. Steffens D.. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study / .. Steffens, I. Skoog, .. Norton et al. // . Psychiatry. 2000. V. 57 (6). P. 601-607.
97. Tekin S. Frontal-subcortical neuronal circuits and clinical u-roychiatry: an update / S. Tekin, J.. Cummings // J. Psychosom. 2002. . № . P. 647-654.
98. Zigmond A. S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. - 1983. - Vol. 67. - P. 361-370