

Исследование качества жизни и благополучия целевой аудитории - пожилые люди. Работа с пожилыми людьми.

Часть 1. Оценка благополучия участников проекта

Оценка эффективности программ сопровождения пожилых людей представляет собой отдельную сложность: различные методологические подходы к оценке самой эффективности определяют противоречивость и сложность сопоставимости результатов исследований (они различаются по длительности эффекта, размеру выборки, отдаленности исхода, содержанию программ; инструментам оценки); малочисленность данных рандомизированных исследований и малочисленность самих выборок исследований приводят к тому, что экстраполировать полученные данные на популяционные группы практически невозможно.

Для оценки эффективности программ чаще всего используются анкеты обратной связи (самооценки участников), оценка уровня здоровья/качества жизни (различные опросники и скрининговые методики); показатели финансовой эффективности и оценка уровня здоровья через наличие хронических соматических и психических заболеваний и их течение.

Наше исследование проводилось в трех точках проекта: в мае 2021 (срез № 1), июне 2022 (срез № 2) и октябре 2022 (срез № 3). Участие в исследовании было добровольным и анонимным; в каждой точке исследования принимало участие до 50 человек.

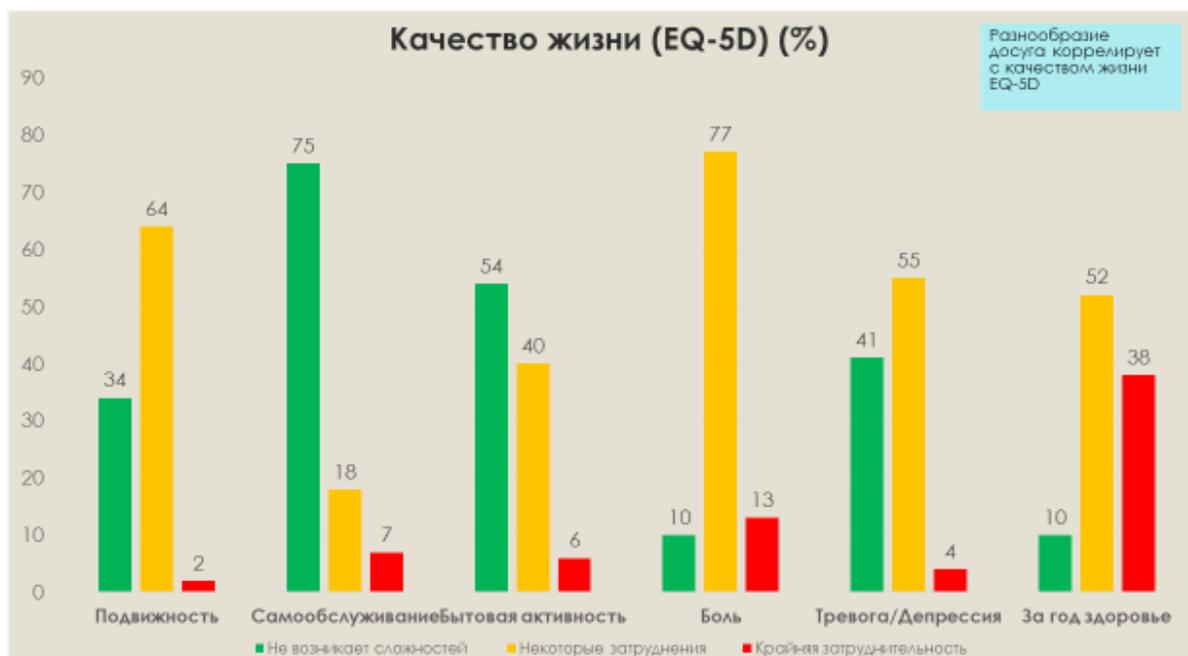
В нашей работе мы использовали как прямой опрос участников, так и применяли опросники: оценку качества жизни и благополучия.

84% опрошенных имеют высшее образование, у 12% – СПО, 4% – начальное профессиональное образование.

Ответы на вопрос «Какими видами досуга Вы обычно занимаетесь? (Любое число ответов)»



Оценка качества жизни (данные среза № 2)



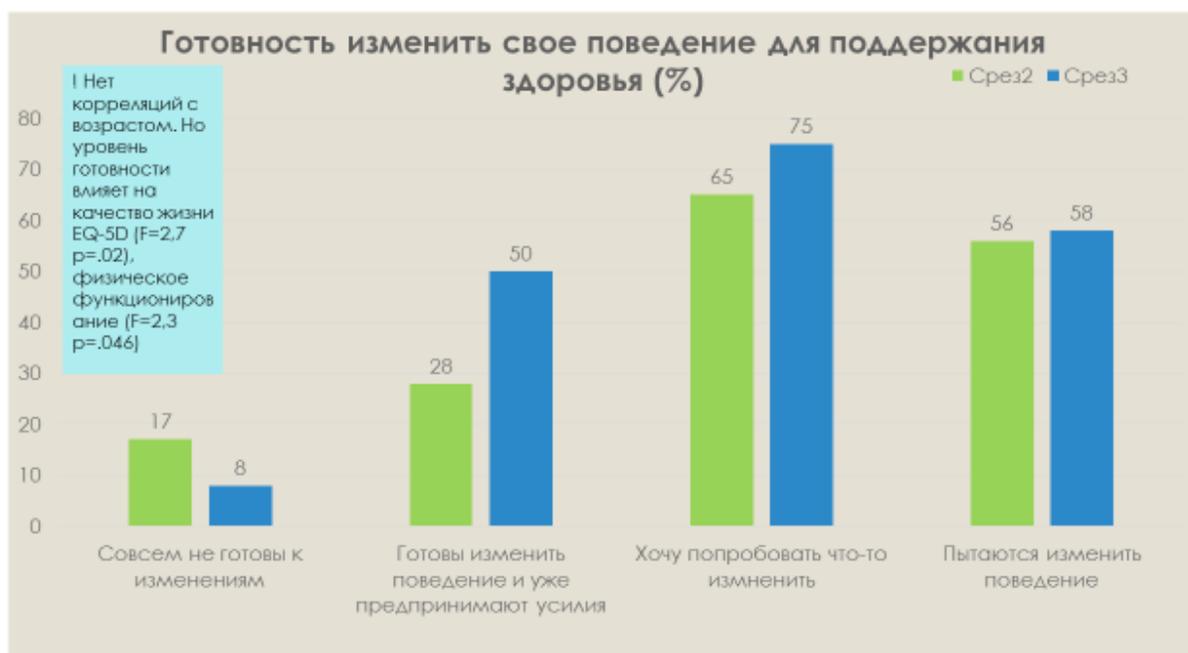
На рисунке представлены данные опросника EQ-5D. Данный опросник представляет собой инструмент оценки качества жизни респондента через выраженность проблем 5 компонентов «на сегодняшний день». Например, компонент «Боль»: интенсивность испытывания боли/дискомфорта (на сегодняшний день «я не испытываю боль/дискомфорт; я испытываю умеренные боли/дискомфорт; я испытываю очень сильные боли/дискомфорт»)

Мы видим, что бытовая активность и самообслуживание сохраняется на высоком уровне, есть затруднения в подвижности и боли, высокой тревожности. За год здоровье ухудшилось у 38% респондентов.

Результаты статистической обработки показали взаимосвязь показателей качества жизни и разнообразия досуга (чем разнообразнее виды проведения досуга, тем лучше качество жизни, и наоборот). Вполне тривиальный результат, тем не менее он еще раз подчеркивает центральное место физического здоровья в пожилом возрасте.

Несмотря на то, что 38% респондентов отметили, что за год их здоровье ухудшилось (опросник EQ-5D), только 53% всех респондентов пытаются изменить свое поведение для поддержания здоровья: на рисунке № 7 представлены данные опросника, который представляет собой самоотчет и состоит из 6 пунктов согласно модели изменения поведения (желание изменить свое поведение для поддержки здоровья, мысли об изменении, планирование такого изменения, готовность составить план, попытки изменить поведение и сохранение этих изменений).

Самоотчет готовности изменить свое поведение для поддержания здоровья



Уровень готовности изменить и поддерживать свое поведение влияет на качество жизни (EQ-5D) и физическое функционирование (SF-36), но не коррелирует с возрастом. Т.е. мотивация на изменение поведения не взаимосвязана напрямую с возрастом и влияет на аспекты благополучия пожилого человека.

Данные опросника WHO-5 Well-Being Index – распространенного инструмента для скрининга депрессивных состояний и включающего 5 вопросов: настроение и бодрость, спокойствие, активность и энергичность, чувство свежести и отдыха; наполненность интересными событиями; является надежным и распространенным инструментом оценки благополучия, – показали, что среднее значение у респондентов в срезе №2 составляет 10 ± 7 баллов (разброс значений высокий). Кроме того, выявилась группа риска с высоким подозрением на наличие депрессивных состояний: 57% респондентов (для уточнения депрессивного состояния необходимо проводить более детальные исследования, но мы можем предполагать у этой группы низкий уровень эмоционального благополучия).

В таблице 1 приведены усреднённые полученные данные опросника SF-36 по срезам в сравнении с популяционными данными для старшего возраста.

Таблица 1

Качество здоровья и благополучия (SF-36) участников исследования

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Ср.знач.1	41	35,6	47	50	52	61	55	61
Ср.знач.2	43	32	48	49	51	63	42	59
Ср.знач.3	40	40	51	48	51	66	54	56
Ср.знач.Популяц	31,9	39,4	41,6	41,5	40,8	42,2	42,7	45,2
ион.	4	3	5	4	7	9	8	6

Где, PF - физическое функционирование RP - ролевая деятельность, обусловленная физическим состоянием BP - интенсивность боли GH - общее здоровье VT- жизненная активность SF - социальное функционирование RE - ролевое состояние, обусловленное эмоциональным состоянием MH- психическое здоровье. Данные получены: в мае 2021 (1), июне 2022 (2) и октябре 2022 (3).

Данные таблицы № 1 представлены также в графическом виде



Данные качества жизни и благополучию пожилых людей

Достоверно значимых различий оценки благополучия (SF-36) в срезах не было выявлено. Тенденция к снижению в промежуточном срезе (№2) баллов по ролевому состоянию, обусловленного эмоциональным состоянием (RE, SF-36), вероятно, обусловлена внешними факторами: непростой ситуацией в мире и

России. Для достоверной оценки влияния проекта на благополучие пожилых людей важно сравнивать благополучие в динамике у людей, которые не участвуют в проектах поддержки: возможно, что динамика благополучия пожилых людей без участия в программах поддержки будет отрицательной.

Корреляционный анализ показал, что возраст отрицательно коррелирует с показателями шкалы «Физическое функционирование» (степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок; SF-36) и с интегральным показателем «Физический компонент здоровья» (SF-36); а также с жизненной активностью (ощущение себя полным сил и энергии; SF-36). Полученные данные вполне предсказуемы: с возрастом уменьшаются активность и показатели физического здоровья.

Корреляции возраста и показателей по шкале «Психическое здоровье» (SF-36) не обнаружено: т.е. с возрастом возрастает риск соматического неблагополучия, но психическое здоровье, возможно, имеет более сложные механизмы возникновения и напрямую возрастом не обусловлено.

Длительность участия в проекте влияла на такие показатели благополучия как: «Общее здоровье» (GH, SF-36) и «Психическое здоровье» (MH, SF-36), а также на разнообразие досуговой деятельности.

В целом, полученные данные при применении однофакторного дисперсионного и корреляционных анализов, можно изобразить в виде схемы, представленной на рисунке ниже.

Влияние различных факторов на физическое и психическое благополучие в
группе старшего возраста



Одним из ключевых факторов влияния оказалось отношение к пенсионному возрасту. Одни люди считают пенсионный возраст периодом жизни, в котором, как и в любом возрасте, есть свои преимущества. Другие считают пенсионный возраст периодом жизни, в котором нет никаких преимуществ по сравнению с другими возрастами. 54% опрошенных считают, что в пенсионном возрасте есть свои преимущества; 16% затруднились ответить.

Отношение к пенсионному возрасту влияет на продолжительность участия в проекте, мотивацию к изменению поведения, качество жизни и разнообразие досуговой деятельности, которые в свою очередь оказывают влияние на физическое и психическое благополучие в целом.

Подводя итог, отметим, что наша группа респондентов – это особая группа для программ поддержки: с возрастом увеличивается риск соматического нездоровья и болевого компонента физического здоровья, наблюдается высокий риск развития депрессивных состояний. Мы выделили отдельные группы риска: с высоким риском депрессивных состояний – 57% и неготовых к изменениям для поддержания уровня своего здоровья – 16%.

Участие в проекте оказывает положительное влияние на физическое и психическое благополучие участников. Мы определили крайне важной составляющей такого благополучия положительную установку на пожилой возраст и мотивацию на поддержание здоровья.

Таким образом отдельными рекомендациями могут стать: первоначальное формирование отношения к пожилому возрасту как к периоду, имеющему свои особенности и преимущества; профилактические и мотивационные беседы врачей, касающиеся важности изменения поведения в отношении здоровья; усиление работы по профилактике депрессивных состояний.

Часть 2. Технологии работы с пожилыми людьми

На наш взгляд, до недавнего времени работа с пожилыми людьми имела 2 яркие направленности:

- профилактическая направленность (работа с факторами риска и предотвращение или смягчение факторов риска): профилактика падений, депрессии, деменции и пр.

- реабилитационная направленность: реактивация (повышение двигательной и познавательной активности), ресоциализация (обеспечение равными социальными возможностями), реинтеграция (приспособление к жизни в микросоциальной среде) и требующая решения таких психологических задач, как 1) восстановление адекватной реакции на изменения внешней и внутренней среды и 2) повышение эффективности лечения за счет изменения внутренней картины болезни и здоровья, повышения комплаентности.

Но постепенно в научно-практическом поле формируется еще одно направление: не просто предупреждение заболеваний, не только восстановление здоровья, но и поддержание и формирование *благополучия* в пожилом возрасте.

Биопсихосоциальная модель благополучия определяет соответствующие компоненты для влияния: физический, психологический, социальный.

В физический компонент входит (перечислим только ряд элементов): способность к физической активности и труду, удовлетворенность функциями тела; в психологический – эмоциональное равновесие, удовлетворенность, наличие смысла, установок и др.; в социальный – удовлетворенность социальным статусом и вовлеченность в социальное взаимодействие; проведение досуга и пр.

Можно выделить следующие основания для программ психологического влияния, направленных на поддержание/повышение благополучия и качества жизни людей старшего возраста:

- *модель дефицита*, акцентирующая внимание на процессе потери/снижения соматических, физиологических, психических возможностей. Так, нейропсихологический подход предполагает 3 типа нормального старения:

1) снижение уровня энергетического обеспечения активности, для которого характерна достаточно длительная латентность при включении в деятельность, относительно короткий период ее эффективного выполнения, за которым следует истощаемость и, как следствие, незавершенность действий; повышенная тормозимость следов памяти, сужение объема психической деятельности (одноканальность переработки информации). Факторами компенсации выступают: сохранность критичности, регулирующая роль речи, наличие стратегий, обеспечивающих распределение активности во времени и пространстве. Декомпенсация наступает вследствие длительного дистресса, чрезмерных физических и эмоциональных нагрузок, невозможности регламентировать активность.

2) дефицит симультанности в переработке информации (в первую очередь проявляется в зрительно-пространственной и слуховых сферах). Этот вариант старения может рассматриваться как наиболее благополучный, особенно при целенаправленном использовании стратегии «дробления» процедур решения разных задач, перевода действий на уровень развернутого, поэтапного, контролируемого, последовательного выполнения, т.к. может компенсироваться

современными аппаратными средствами (слуховой аппарат, очки и пр.)
Причины декомпенсации: резкое и значительное изменение пространства (смена места жительства и среды обитания, лингвистической среды).

3) снижение произвольной регуляции деятельности (особенно в звеньях прогнозирования результата, построения программ, адекватных задаче и своим возможностям). Проявляется в импульсивном принятии решений, несоразмерности планов и неадекватная оценка доступности их реализации по отношению к собственным возможностям, в том числе и по времени достижения целей. Деятельность носит нецелесообразный, инертный и стереотипный характер, утрачивается контроль за действиями.

В рамках модели дефицита делается акцент на:

1) адаптации (процесс активного *приспособления* человека к условиям новой социальной среды и результат этого процесса). Адаптация представляет собой процесс оптимального взаимодействия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, которая позволяет ему удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая соответствие психической деятельности человека и его поведения требованиям окружающей среды. Выделяют: социально-психологическую, психофизиологическую и профессиональную адаптации.

Чаще в рамках психологической работы идет формирование новой социальной роли пожилых людей, нормы и стилей жизни в пожилом возрасте, поиск путей удовлетворения новых и старых потребностей, анализ компенсаторно-приспособительных механизмов.

2) гармонизации (влияние и сопровождение направлено на гармонизацию познавательной и личностной сфер, достижения спокойствия и уверенности). В рамках психологической работы чаще всего идет оказание психологической поддержки.

- модель *витаукта*, акцентирующая внимание на механизмах сохранения жизнеспособности и благополучия, в т.ч. механизмах саморегуляции, противостоящие разрушительным тенденциям и направленные на стабилизацию жизнедеятельности организма, и увеличение продолжительности жизни. Считается, что часть механизмов антистарения закреплена наследственно, часть – обуславливается активностью самого человека. Исследуются психологические резервы, которые лежат в основе активного долголетия. В рамках этой модели делается акцент на:

1) успешности (которая приходит через принятие конечности своего жизненного пути, принятие ответственности на себя за происходящее и происходившее в жизни и нахождение актуальных жизненных смыслов к умению продолжать жить в настоящем и улучшению качества жизни и эмоционального состояния). Отметим, что ряд исследователей скептически относятся к термину «успешное старение», видя в нем соревновательность, и заменяют его на «благополучное старение»;

2) позитивности (акцент на положительном отношении к возрасту и его возможностям и особенностям, поиске ресурсов, их фасилитации);

3) активности (идея активного долголетия).

Оценка эффективности программ сопровождения пожилых людей представляет собой отдельную сложность: различные методологические подходы к оценке самой эффективности определяют противоречивость и сложность сопоставимости результатов исследований (по длительности эффекта, размеру выборки, отдаленности исхода, содержанию программ; инструментам оценки); малочисленность данных рандомизированных исследований; малочисленность выборок исследований.

Тем не менее, выделяют ряд универсальных принципов организации и проведения программ психологического сопровождения для людей старшего возраста, позволяющие повысить их эффективность:

- понимание психологических механизмов старения и опора на особенности инволюционных процессов (например, компенсаторные изменения когнитивных функций при нормальном старении: дробление единиц деятельности; экстернизация действий; снижение темпа и объема деятельности; переход от симультанных стратегий к сукцессивным; усиление контроля деятельности и опоры на речь; внешнее и внутреннее опосредствование; «стабилизация среды»);

- активация и реактивация ресурсов человека («что не используется – угасает»);

- дозированность и регулярность нагрузок;

- опора на самостоятельность пожилого человека;

- сопровождение должно строиться по намеченному плану, который согласован с пожилым человеком;

- включение мероприятий по *обучению навыкам* с образовательными и/или поведенческими компонентами;

- изменение отношения к процессу старения у пожилого человека;

- командность и межведомственность (особенно совмещение с физической активностью и работой с медицинскими специалистами);

- работа с родственниками (информирование, обучение, включение их в программы сопровождения).

Существующие программы психологического сопровождения акцентированы на: когнитивной, эмоциональной, коммуникативно-социальной, сенсорных и физических, экзистенциально-мотивационных, поведенческих аспектах. Распространены также интегративные программы.

Так, программа с доказанной эффективностью «Cognitive Stimulation Therapy» (CST), разработанная в International CST Centre (University College London), направлена на тренировку когнитивной сферы у пациентов с начальной и умеренной сосудистой деменцией, мягкой и умеренной деменции при болезни Альцгеймера. В рамках этой программы ведется «Клуб Диалога» для лиц пожилого и старческого возраста с нормальными физиологическими возрастными изменениями психической активности и пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения. Данная подпрограмма строится на понимании того, что одной из возрастных задач пожилого возраста является обретение интеграции личности и мудрости, а рефлексия индивидуального прошлого опыта является возрастено-адекватным средством профилактики когнитивного дефицита и когнитивных снижений у лиц пожилого и старческого возраста. В программе используется формат группового обсуждения и специально организованного диалога.

Как отмечают исследователи и специалисты-практики, люди старшего возраста часто отличаются жизненной пассивностью, ощущением «вынужденности к доживанию старой жизнью» и считают, что современные достижения цивилизации мало способствуют их развитию и движению (Глозман, Наумова, 2018, с. 34).

Такая пассивность людей старшего возраста не способствует их заинтересованности в участии в программах психологической поддержки. Поэтому очень важно проводить мотивационные занятия и встречи. При этом важно помнить, что часто негативизм пожилого – это способ коммуникации, который ему помогает: зачастую это единственная форма активности, которую он может реализовать и часто стоящая между пожилым и депрессивным состоянием/полной апатией.

Хотим подчеркнуть, что старение имеет крайне разнообразие индивидуальных траекторий. Когда мы говорим о подростковом возрасте мы

понимаем, что подростки могут быть разными, и не пытаемся их идеализировать или предположить, что благодаря процессам, происходящим в подростковом возрасте человек обязательно станет личностно зреее или, наоборот, навсегда останется «абсолютно неуправляемым, несносным и ужасным, недальневидным и замкнутым, импульсивным». Тем не менее существуют ряд наиболее распространённых особенностей и закономерностей старения, в т.ч. и в психологическом плане: так, ведущей деятельностью пожилого возраста снова становится общение. Но в связи с особенностями работы тела и головного мозга, это общение в пожилом возрасте приобретает свои особенности.

С возрастом высокая активность восприятия в отношении информации снижается (в том числе из-за опыта: нам не нужно на что-то обращать внимание, мы оптимизируем свою деятельность и экономим свои ресурсы, приспосабливаемся к среде), а вот жизненный опыт может предсказать событийность и прицельно обратить внимание на те вещи, на которые более молодые люди не обратили бы в силу своей неопытности. С возрастом, снижается ряд параметров внимания и памяти, в т.ч. многозадачность и помехоустойчивость. Эти изменения в когнитивных процессах откладывает отпечаток на взаимодействие с людьми старшего возраста.

Взаимодействие с пожилым из диалога может очень часто превращаться в монолог, и метафорически может быть похож на крайне развесистое дерево: кроны много, а ствол остается невиден. Пожилой человек может говорить много и терять цель высказывания, начинать издалека и никак не подобраться к основной идее: он боится что-то упустить, ему тяжело убрать ненужное; сложности с помехоустойчивостью приводят к тому, что пожилые люди легко сбиваются и начинают заново (как при заучивании стиха), у них возникают много ассоциаций, которые сложно «оттормозить».

Важно помогать пожилому удерживать цель разговора и направлять его речь, возвращая к основному вопросу: это можно сделать в паузе разговора и задать

уточняющий вопрос, который вернул бы к теме разговора. Помните, что словоохотливость может быть вызвана, как изолированностью и желанием быть выслушанным, так и невозможностью остановиться (нарушением торможения нервных процессов).

Но может быть и другой вариант, когда пожилой человек стесняется и немногословен. Тогда важно предлагать варианты и активизировать речевую активность, и наоборот задавать уточняющие вопросы, переходя от общего к частному.

Сообщения желательно строить короткими фразами, избегать сленга, говорить по пунктам, пояснять контекст ситуации, просить повторить самое главное. Речь должна быть неторопливой: необходим более медленный темп предъявления стимулов (ряд исследователей считают, что они должны достигать 4–5 секунд), паузы между словами стоит увеличить.

Важно уточнить про то, слышит ли Вас собеседник или нет (для дальнейшей модуляции громкости голоса).

В пожилом возрасте меняется модель психического (то, как мы представляем и воспринимаем другого человека). Пожилые люди хуже начинают воспринимать эмоции и дифференцировать эмоции другого человека. Поэтому их легче обмануть. Тем не менее, зачастую у людей старшего возраста увеличивается собственная сензитивность, поэтому крайне важен настрой собеседника: сохраните доброжелательность и созидательное настроение. А для этого важно соблюдать личную психогигиену и профилактику эмоционального выгорания.

3 часть. Примеры упражнений

Программа «Дневной центр» включает системные и регулярные занятия с пожилыми.

Формы работы: лекционные занятия (тематические встречи с врачами, психологами), мини-группы и дискуссионные встречи; тренинги; занятия с инструкторами ЛФК и нейропсихологами.

Темы психологических занятий: особенности работы с информацией в пожилом возрасте; способы поддержания когнитивных функций в пожилом возрасте; профилактика и эффективное преодоление стресса; управление конфликтом; способы управления тревогой; маркеры депрессии; поддержание саморегуляции в пожилом возрасте; психология здоровья и др.

Упражнения по поддержанию саморегуляции включали в т.ч. поддержание такого компонента саморегуляции, как гибкость (способности перестраивать систему саморегуляции в связи с изменением внешних и внутренних условий). Перед каждым упражнением происходит небольшое информирование: для чего нужно упражнение, чем полезно. Например, использовалось упражнение «Дорисовывание фигур» и «На что похожа клякса?»: на экран выводится изображение с набором разнообразных линий, участников просят назвать, на что похожа каждая фигура, назвать 3-4 варианта.

Мозговой штурм, обсуждение вариантов решения кейсов также способствуют поддержанию регуляторной гибкости. Одно из занятий было посвящено психологии игры и знакомству с рядом настольных игр.

Сложность в использовании техник, развивающих гибкость, заключается в том, что психологические особенности и установки людей пожилого возраста обычно характеризуются как раз негибкостью: трудности переключения и распределения внимания, увеличения периода включения в выполнение заданий, снижение помехоустойчивости в переработке информации, снижении мотивации на изменение и активность.

Преимуществом таких игровых несложных упражнений заключается в контролируемости уровня сложности задания (можно подобрать фигуры от простых до сложных); игровом формате, который обеспечивает мотивацию и настрой; тренировке творческого мышления, его гибкости; возможности выполнять упражнение в повседневной жизни (например, на что похоже облако?).

В конце упражнения важно обсудить его выполнение. Отталкивайтесь от того, что интересно человеку, вовлекайте эту сферу интересов, избегайте проверки фактологии, хвалите за те старания, которые проявила группа. Обращайтесь за советом и личным опытом участников. Подчеркивайте важность регулярности выполнения упражнений, дозированной физической и когнитивной нагрузки, возможности включения упражнений в повседневную жизнь.

Большой отклик участников получили упражнения по составлению хайку (японский трехстрочный белый стих); экспресс-техники преодоления эмоционального стресса (например, упражнение «Кит»: провести кончиком языка по шву неба 10 раз; «дыхание по квадрату»: вдох 4 секунды-задержка дыхания 4 секунды-выдох 4 секунды-задержка дыхания 4 секунды; упражнение «5-4-3-2-1»: найдите вокруг себя и назовите 5 предметов, которые вы видите, 4 – которые вы ощущаете, 3 – которые слышите, 2 – которые пахнут, 1 – которое можно попробовать на вкус); упражнения по психогимнастике (например, «закройте глаза. Представьте себе звездное небо. Звезды большие и маленькие, яркие и тусклые; может быть беловатые, а может, синеватые; мерцающие или светящиеся ровно. Посмотрите внимательно на звезды и выберите самую прекрасную звезду. Быть может, она похожа на вашу мечту, а может быть, она напомнила Вам о минутах счастья, радости и вдохновения. Может быть, она дарит вам покой и надежду, а может быть, омывает Вас теплотой и уверенностью. Увидьте эту звезду и попробуйте до нее дотянуться рукой. Вытяните правую руку. Старайтесь изо всех сил (но не до боли)! Движения делайте медленно, постепенно удлиняя кисть, предплечье, плечо, а затем и весь позвоночник. Затем дотянитесь левой рукой. Прислушайтесь к своему дыханию, понаблюдайте за вдохом, а затем за выдохом. Откройте глаза»).

Одно из занятий было посвящено знакомству с интеллект-картами и их использованию. Вызывает интерес у участников ознакомление и обсуждение различных мнемотехник.

Подводя итог, отметим:

- существует возможность благополучного старения;
- как правило, она носит компенсаторный характер по отношению к возникающим возрастным изменениям;
 - механизм компенсации может быть вполне адекватным и обеспечивать полную адаптацию к новым условиям жизни, если он включает элементы обучения новым видам и способам деятельности, новым стратегиям поведения, направленным на преодоление дефицитарности и учитывает все компоненты благополучия (средовой и социальный, физический, психологический);
 - у людей старшего возраста могут отсутствовать навыки поддержания своего здоровья; им необходима повторяемость обучающих занятий в связи с быстрой утратой практических навыков;
 - необходимы комплексные программы сопровождения людей старшего возраста, включающие компоненты социальной, психологической и медицинских областей. Важно учитывать специфические сложности здоровья пожилых: профилактика падений, полезны обсуждение вопросов профилактики остеопороза, распознавания симптомов инфаркта и острого нарушения мозгового кровообращения, депрессии;
 - важны учет гериатрического статуса и работа с родственниками.

Список используемой литературы:

- Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И., Ребров А.П., Сороцкая В.Н. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36, 2008
- Архипова О.В. Психологическое сопровождение клиентов позднего возраста в стационарном учреждении социального обслуживания: теоретическая модель и технологии реализации, 2015

- Балашова А.В., Глинкина И.В., Павлова М.Т., Одерий А.В., Фадеев В.В. Особенности терапевтического обучения пожилых пациентов с сахарным диабетом 2-го, 2022
- Глозман Ж.М., Наумова В.А. Жизненный опыт как потенциал успешного старения, 2018
- Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения
- Лебедева Н.Б., Ардашова Н.К., Барбараш О.Л. Эффективность поведенческой реабилитации у больных инфарктом миокарда разного возраста, 2011
- Мелехин А.И. Специфика метакогнитивных функций в пожилом и старческом возрасте, 2019
- Karmel W. Choi et al, An Exposure-Wide and Mendelian Randomization Approach to Identifying Modifiable Factors for the Prevention of Depression, American Journal of Psychiatry (2020). DOI: 10.1176/appi.ajp.2020.19111158

Составитель: Лаврова Мария Александровна, психолог
Екатеринбург, 2022