



КРАСНОЯРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. В. П. АСТАФЬЕВА



Т.В. Фуряева
Л.М. Сафонова
Е.А. Черенёва

ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (ДЕМЕНЦИИ) У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ



МИНИСТЕРСТВО СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ
федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. Астафьева»
Краевое государственное бюджетное учреждение
социального обслуживания
«КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР
СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ „КИРОВСКИЙ”»

Т.В. Фуряева, Л.М. Сафонова, Е.А. Черенёва

**ПРОФИЛАКТИКА
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
(ДЕМЕНЦИИ)
У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
И ИНВАЛИДОВ**

Методическое пособие

КРАСНОЯРСК
2022

ББК 56.14
Ф 95

Рецензенты:

Кандидат педагогических наук, заместитель директора
Краевого государственного казенного учреждения
«Ресурсно-методический центр системы
социальной защиты населения»

В.Г. Сухих

Доктор медицинских наук, профессор

Л.Г. Климацкая

Директор краевого государственного бюджетного учреждения
социального обслуживания

«Пансионат для граждан пожилого возраста
и инвалидов „Солнечный”»

А.Г. Денисов

Фуряева Т.В., Сафонова Л.М., Черенёва Е.А.

Ф 95 Профилактика когнитивных нарушений (деменции) у людей пожилого возраста и инвалидов: методическое пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2022. – 238 с.

ISBN 978-5-00102-589-4

Предназначено для специалистов, работающих с людьми пожилого и старческого возраста, студентам и специалистам по социальной работе. Издано в рамках реализации национального проекта «Демография» и федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения „Старшее поколение”».

ББК 56.14

Публикация осуществляется при финансовой поддержке Красноярского краевого фонда науки в рамках научного проекта № 2021010206903 «Профилактика деменции у людей старшего возраста (60+)».

ISBN 978-5-00102-589-4

© Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, 2022
© Фуряева Т.В., Сафонова Л.М., Черенёва Е.А., 2022

Содержание

Предисловие	6
Введение	8
Раздел 1. Социально-политические и научные основания социально-реабилитационного сопровождения граждан пожилого возраста	
1.1. Нормативно-правовые основания социального сопровождения граждан пожилого возраста	12
1.2. Старение как социально-психологический феномен	19
1.3. Психологические характеристики современных пожилых граждан	24
1.4. Инклюзивные модели преодоления социального исключения граждан пожилого возраста и лиц с ограниченными возможностями здоровья	34
Раздел 2. Организация профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста и инвалидов (60+)	
2.1. Сущность психологического обследования: тактика и технологии	44
2.2. Социально-психологическое консультирование	55
2.3. Тренировочные нейрокогнитивные комплексы	58
2.4. Обогащение двигательной активности пожилых с когнитивными расстройствами	73
2.5. Включение пожилых граждан в активную социокультурную деятельность	84
2.6. Формирование безопасного поведения граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями	92
2.7. Создание эффективного жизненного пространства для людей пожилого возраста с когнитивными нарушениями	102
Раздел 3. Содержание программы профилактики когнитивных нарушений и условия ее реализации	
3.1. Примерная программа профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста (60 +) и инвалидов в условиях центра дневного пребывания	111
3.2. Организационно-методические и кадровые условия реализации программы в комплексном центре социального обслуживания	138
Заключение	144
Библиографический список	147
Приложение	156



Уважаемые коллеги!

Демографические процессы, происходящие в мире, свидетельствуют о старении населения. Это результат длительных изменений, сдвигов в характере воспроизводства населения: рождаемости, смертности, их соотношения, а также миграции. Учет тенденций и последствий демографического старения – важнейшая задача демографической политики.

На начало 2022 года в Красноярском крае проживают 590 тысяч человек в возрасте 60 лет и старше. Это 21 % от общего количества людей в регионе. При этом 15 % пенсионеров относятся к группе 80 лет и старше.

Вопросы помощи гражданам пожилого возраста включены в федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения» национального проекта «Демография». Данный проект направлен на увеличение продолжительности здоровой жизни и периода активного долголетия граждан старшего поколения, а также внедрение системы долговременного ухода (СДУ).

Красноярский край определен одним из пилотных регионов, внедряющих СДУ. Неотъемлемой частью этой системы является профилактика когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста и инвалидов.

Не секрет, что в старости происходит изменение личности. Поэтому существует необходимость разработки подходов психолого-педагогического сопровождения и тех факторов, которые влияют на образ жизни людей в пожилом возрасте и их старение.

Результатом успешной организации работы в данном направлении должна стать приоритетность проживания пожилых граждан и инвалидов в естественных домашних условиях с максимальной профилактикой когнитивных нарушений указанной целевой группы. Важно, чтобы окружающие, в том числе близкие люди, стремились адаптировать пожилых людей и инвалидов к жизненным переменам.

Мы очень надеемся, что пособие, которое вы держите в руках, поможет вам в реализации этого важного и перспективного направления!

Желаем вам успехов в движении вперед!

Министр социальной политики
Красноярского края
Пастухова Ирина Леонидовна

Руководитель проекта
кандидат педагогических наук,
доцент,
и.о. заведующего кафедрой
специальной психологии
КГПУ им. В.П. Астафьева
Черенёва Елена Александровна

Предисловие

Пособие подготовлено по результатам реализации проекта «Профилактика деменции у людей старшего возраста (60+), поддержанного министерством социальной политики Красноярского края, представленного федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева» в Краевой фонд науки на предложенную министерством конкурсную тему «Внедрение системы долговременного ухода в деятельность учреждений социального обслуживания».

Проект был успешно апробирован на базе краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Кировский» (далее – КГБУ СО «КЦСОН “Кировский”»).

Цель проекта – разработка модели социально-реабилитационного сопровождения лиц старшего возраста с целью профилактики когнитивных нарушений (деменции), актуальной для нашего региона в целом.

Старение – феномен, который находится в центре внимания исследователей различных научных дисциплин. Исследователи объясняют и рассматривают данный процесс, изучая трансформации, происходящие в организме, социальной и психологической сфере человека. Категория «старение человека» в большей степени связывается в общественном сознании с поздней взрослостью, которая начинается в приблизительных возрастных границах – 60–65 лет. Необходимо отметить, что улучшение условий жизнедеятельности и повышение продолжительности жизни приводит к увеличению доли пожилых людей.

Бесспорно, что профилактике нарушений когнитивных функций в пожилом возрасте необходимо уделять особое

внимание, т. е. способности понимать, познавать, изучать, осознавать и перерабатывать полученную информацию. Нарушение любой из этих функций ведет к дезадаптации человека. Симптомами этого процесса становятся забывчивость, медлительность, рассеянность, тревожность.

В основу пособия легли материалы практической деятельности, демонстрирующие широкие возможности организации профилактики когнитивных нарушений у лиц старшего возраста (60+) и инвалидов.

Введение

Старение населения – одна из доминирующих тенденций XXI в. Оно имеет важные и далеко идущие последствия для всех сторон жизни общества. Каждую секунду где-то в мире два человека отмечают свое шестидесятилетие, а в течение года – почти 58 миллионов человек. Если сейчас каждому девятому человеку в мире 60 лет или больше, то к 2050 г., согласно прогнозам, таким будет уже каждый пятый человек, поэтому старение населения – это явление, которое больше невозможно игнорировать.

Сегодня достаточно много говорится о старении населения как одной из доминирующих тенденций XXI в. не только в России, но и во всем мире. Достаточно много опубликовано научных исследований в данном направлении. Если говорить о статистике, то, по данным ООН, если в 2015 г. один из 8 жителей Земли был старше 60 лет, то, по прогнозу, к 2030 г. это соотношение составит 1 к 6, а к 2050 г. – 1 к 5. Согласно прогнозам ООН, за период 2015–2030 гг. численность пожилого населения старше 60 лет вырастет на 56 %. Опережающими темпами растет и доля лиц, старше 80 лет, если в 2015 г. их было 125 млн чел., то в 2020 г. уже 434 млн чел.

Увеличение количества людей пожилого возраста в Российской Федерации определяет и социальный вызов, связанный с качественным социальным и медицинским уходом за пожилыми гражданами и инвалидами. Новые вызовы меняют и государственную политику в социальном обслуживании, что подтверждается реализацией федерального проекта «Старшее поколение» и национального проекта «Демография», реализуемых в России в соответствии с Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Социальное обслуживание, предусмотренное в рамках системы долговременного ухода, включает стационарозамещающие технологии, направленные на улучшение качества жизни и расширение спектра оказываемых социальных услуг.

Обращение к проблеме профилактики деменции пожилого человека имеет глубокие теоретико-методологические корни и ориентировано на решение ряда актуальных методологических задач: создание четкой современной картины развития в позднем онтогенезе (с уточнением ее специфических черт, расстановкой акцентов при изучении механизмов развития, выявлением узловых моментов в системе теоретических концепций и эмпирических знаний), а также обоснование особой стратегии теоретико-экспериментального исследования (определяемого ведущими принципами отечественной психологии, современным типом научной рациональности, современным пониманием категорий «развитие», «самоопределение», «геронтогенез»). Таким образом, решение проблемы профилактики деменции пожилого человека должно способствовать утверждению принципа развития, пониманию самоопределения личности как живого, непрерывно расширяющегося процесса. Основаниями такой трактовки личностно-психологического бытия пожилого человека в мире могут быть потребности существования и развития общества, которое должно сформировать у своих членов устойчивые психологические структуры, преодолевающие возможную ситуативность поведения, дефицитарность активности, эмоциональную напряженность и временную дезадаптивность.

Проблема помощи людям с когнитивными расстройствами (деменцией) актуальна во всем мире, а в России ситуация очень острая. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Россия по распространенности деменции

находится на шестом месте в мире и входит в десятку стран с наивысшими показателями по деменции. По предположениям специалистов, таких пациентов около 2 млн, однако эти данные не совпадают с официальной статистикой. Деменция входит в число основных причин инвалидности среди пожилых людей во всем мире. Она может оказывать глубокое воздействие не только на страдающих ею людей, но и на их семьи и тех, кто осуществляет уход. Часто ощущаются недостаточная осведомленность в отношении деменции и недостаточное понимание этого состояния, что приводит к стигматизации и возникновению препятствий для диагностирования и оказания медицинской помощи. Отдельной статистики по количеству пациентов с деменцией в Красноярском крае не ведется. В г. Красноярске и Красноярском крае в системе помощи людям с когнитивными нарушениями (деменцией) имеются острые дефициты в области оказания комплексной профилактики, диагностики, социальной абилитации, реабилитации и адаптации.

Повышенная забывчивость и снижение умственной работоспособности являются одними из наиболее распространенных симптомов в неврологической практике. Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что распространенность нарушений интеллекта варьируется в разных возрастных группах от 5–30 %. В большинстве случаев когнитивные расстройства (памяти, внимания, пространственного восприятия, познавательной деятельности) развиваются постепенно и являются результатом весьма длительного прогрессирования заболевания головного мозга и считаются прогностически неблагоприятным признаком. Как следствие, задачи раннего выявления и коррекции этих нарушений весьма актуальны.

Одним из вариантов когнитивной дисфункции является нарушение познавательной деятельности – функции

восприятия информации, ее обработки и синтеза всех ощущений в целостные образы. Такие нарушения развиваются при дисфункции задних отделов коры головного мозга во взаимосвязи с другими отделами. При этом страдают узнавание, восприятие предметов и их изображений, самоанализ и самоконтроль имеющихся нарушений. Именно эти расстройства являются задачами, наиболее важными для восстановления.

Память – одна из психических функций и видов умственной деятельности, предназначенная сохранять, накапливать и воспроизводить информацию. Процесс запоминания происходит в различных структурах головного мозга, одновременно функционирующих во время психологического процесса, результатом которого будет возникновение воспоминаний. Процесс не является простым, в его осуществлении участвуют несколько связанных между собой сложных подсистем, отвечающих за производство процедуры запоминания. Помимо них, существуют различные типы воспоминаний и виды памяти. Соответственно, проблема на любом уровне ведет к дисфункции всей системы.

В клинических исследованиях доказана высокая эффективность восстановления когнитивных функций в остром периоде поражения мозга и в период реабилитации после инсульта или черепно-мозговой травмы посредством использования различных технологий и программ тренировки когнитивных функций.

Мировой опыт позволяет говорить о том, что использование своевременной комплексной помощи профилактических мер для людей старшего возраста позволяет снизить риски возникновения когнитивных нарушений (деменции) у людей старшего возраста и влияет на их успешную интеграцию и социализацию.

СОЦИАЛЬНО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ И НАУЧНЫЕ ОСНОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

1.1. Нормативно-правовые основания социального сопровождения граждан пожилого возраста

Современная политика Российского государства по отношению к гражданам пожилого возраста строится на четко артикулированной позиции: граждане старшего поколения являются носителями знаний и опыта, вносят существенный вклад в совокупный интеллектуальный потенциал, социально-экономическое развитие Российской Федерации, стремятся к осуществлению трудовой деятельности, являются создателями значимой части материальных благ, активно участвуют в процессах социального развития, сохраняют и приумножают богатство культуры страны и передают его молодым поколениям, выступают хранителями важнейших духовно-нравственных ценностей и обеспечивают связь и солидарность поколений.

Время кардинально меняет социально-экономические условия жизнедеятельности, что особо актуализирует проблему социальной адаптации или инклюзии (включения) пожилых, наиболее уязвимой группы населения, в жизнь общества. Это предполагает серьезное реформирование социальных институтов не только системы социальной защиты, но и всех ведомств: здравоохранения, образования, культуры, спорта, туризма и др., о чем свидетельствует принятая в этом году Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации

до 2025 г. (принята и утверждена распоряжением Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164-р).

Главный акцент в новой стратегии действий государства в интересах пожилого человека делается на его позитивной мотивации, получении нового социального опыта, активизации потенциальных возможностей и готовности нести ответственность за решение собственных проблем. По сути, речь идет об усилении антропологических смыслов в социальной политике государства, которая обеспечивает социальную защиту, социальное развитие, социальную сплоченность и в конечном счете способствует социальной безопасности всего общества.

С 2018 г. в Российской Федерации в рамках национального проекта «Демография» реализуется пилотный проект по созданию системы долговременного ухода (СДУ) – важной социальной программы современных стареющих обществ, позволяющей не только повысить качество жизни людей с дефицитами в самообслуживании, но и внести определенный вклад в достижение национальной цели по увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Исключительно короткий – чуть более 3 лет – срок реализации этого пилотного проекта, как и его осуществление на фоне такого форс-мажорного события, как пандемия коронавируса, не позволяют сделать обоснованных выводов о его эффективности.

В целях реализации в 2022 г. в отдельных субъектах Российской Федерации в рамках федерального проекта «Старшее поколение» и национального проекта «Демография» пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.12.2021 г. № 929 утверждена Типовая модель системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе.

Типовая модель системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, разработана в целях реализации федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения “Старшее поколение”» и национального проекта «Демография» в рамках мероприятия по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами как составной части мероприятий, направленных на поддержание здоровья человека, связанного с нарушением психических и физических функций, к которым в том числе относятся: ограничение мобильности, снижение когнитивных способностей и активности, проблемы со слухом и зрением, недоедание, утрата социальных связей, депрессии и одиночество.

Долговременный уход – это ориентированный на граждан пожилого возраста и инвалидов скоординированный способ предоставления необходимой им помощи, позволяющий поддерживать их здоровье, функциональность, социальные связи, интерес к жизни.

Основанием для включения в систему долговременного ухода является признание гражданина нуждающимся в социальном обслуживании в связи с полной или частичной утратой способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности. Включение гражданина, нуждающегося в уходе, в систему долговременного ухода осуществляется на основании договора о предоставлении социального обслуживания. Решение о предоставлении социального обслуживания и включении гражданина в систему долговременного ухода или об отказе от социального обслуживания принимается органом государственной власти субъекта Российской Федера-

ции в сфере социального обслуживания граждан или уполномоченной данным органом организацией в соответствии с положениями Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», а также с приказом Минтруда России от 30 июля 2014 г. № 500н «Об утверждении рекомендаций по определению индивидуальной потребности в социальных услугах получателей социальных услуг».

В современном обществе запрос на создание системы долговременного ухода формируется под влиянием нескольких тенденций:

- роста продолжительности жизни, ведущего к увеличению периода жизни с ограниченными возможностями;
- смещения фокуса в социальной политике на расширение возможностей людей всех возрастов с целью обеспечения благополучия и повышения качества жизни;
- ослабления поддержки со стороны расширенной семьи, включая растущее одиночество пожилых людей, вследствие трансформации брачно-партнерского и репродуктивного поведения, межпоколенных отношений, миграции;
- оптимизации расходов на здравоохранение в условиях стареющих обществ, ведущей к сокращению затрат на лечение и поддержку людей с ограниченными возможностями в рамках системы здравоохранения;
- деинституционализации постоянного социального ухода за людьми с выраженными дефицитами в самообслуживании и ориентации на «старение дома». Современный пожилой, более образованный и сохранивший интеллектуальный и общественный потенциал человек старается как можно дольше «стоять на своих ногах», а от государства и общества он ждет не укрепления своей зависимости, а помощи во включение его в ту сферу деятельности, где бы он мог реализовать свои собственные резервные возможности.

В настоящее время для пожилого человека наиболее актуальны вопросы социокультурного, социально-правового, социально-консультативного, психолого-педагогического характера, в решении которых значимая роль отводится учреждениям социального обслуживания граждан пожилого возраста.

Перед социальными службами стоит задача не только создания условий для достойной жизни пожилых граждан, но и установления гармоничных отношений с социальным окружением, расширения возможности социальной коммуникации и социальной активности граждан старшего поколения.

В современной отечественной социально-педагогической науке представлено большое количество исследований по теории и практике социальной работы и социально-педагогической деятельности, их роли в удовлетворении особых социальных, экономических, культурно-образовательных потребностей пожилых людей (И.А. Липский, В.А. Фокин, Е.И. Холостова, Н.Б. Шмелева и др.). В исследованиях социальное обслуживание понимается как открытое социально-педагогическое пространство жизни и развития людей старшего поколения.

В целом принципиальное отличие социальной работы с пожилыми людьми по сравнению с другими категориями населения состоит в следующем:

- активное внедрение педагогического компонента (обучение, расширение социального опыта, формирование новых жизненных навыков);
- ориентированность на межпоколенный подход;
- взаимодействие различных ведомств, некоммерческих, общественных организаций, бизнеса;
- добровольчество;
- высокая степень участия государства в разработке и финансировании образовательных, информационных, по-

знавательных и досуговых проектов и программ для пожилых граждан;

– направленность на повышение человеческого достоинства и осознание ценности личности пожилого человека как субъекта преобразования своей жизни (формирование позитивного образа современного пожилого человека в общественном сознании).

Система социальной защиты Красноярского края активно развивается в этом направлении, о чем свидетельствует стратегия социально-экономического развития края до 2030 г. (раздел социальная защита населения), а также реальные гуманитарные практики социальной инклюзии и сопровождения пожилых людей, которые реализуются в стационарных, полустационарных учреждениях, при домашнем обслуживании.

К учреждениям социального обслуживания для пожилых относятся: комплексные центры социального обслуживания, стационарные учреждения (дома-интернаты для граждан пожилого возраста и инвалидов, специальные дома для одиноких престарелых), геронтологические центры.

Базовые принципы, на которых развивается региональная система социальной защиты населения, заключается в соблюдении принципов социальной справедливости, адресности (имеется в виду не возраст, а нуждаемость) и межведомственности. Что касается последнего принципа, то он определен в специальном постановлении правительства Красноярского края от 2014 г. о порядке межведомственного взаимодействия отрасли социальной защиты с образовательными организациями, службой занятости, организациями здравоохранения и учреждениями физической культуры.

Активно развивается сотрудничество с институтом социально-гуманитарных технологий КГПУ им. В.П. Астафьева. Так, начато создание совместного социально-обра-

зовательного кластера с целью подготовки и переподготовки кадров для социальной сферы в контексте новых профессиональных стандартов, новых вызовов со стороны социальной реальности.

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» впервые нормативно закреплено понятие непрерывного образования, образования в течение всей жизни. В 2012 г. открыт Красноярский народный университет «Активное долголетие». Он представлен тремя факультетами: **«Здоровье»**, **«Культура и искусство»**, **«Краеведение»** с профильными учебными программами (более 150 студентов, средний возраст – 70–80 лет, большинство с высшим образованием). Количество желающих пенсионеров обучаться в университете превышает возможности набора. Пенсионеры Красноярского края принимают участие во Всероссийских конкурсах личных достижений пенсионеров, в изучении компьютерной грамотности «Спасибо Интернету» и др. Кроме этого, проводится собственный региональный чемпионат по комплексному компьютерному многоборью среди пенсионеров.

В учреждениях социального обслуживания активно внедряются инновативные гуманитарные практики социальной инклюзии пожилых людей. К ним относятся: приемная семья для одинокого пожилого человека, лечебно-оздоровительный, культурно-познавательный, экологический туризм. Получают распространение проекты по обеспечению жизненной безопасности (против мошенничества и обмана), школы третьего возраста, межпоколенные проекты типа «От юности к мудрости» и др.

Общество не будет успешным, если люди не смогут рассчитывать на достойную старость, наполненную смыслом и возможностью реализации. В этой связи важнейшими задачами общества являются признание важности людей

старшего поколения как ресурса развития и формирование образа благополучного старения как образа будущего каждого жителя страны. Возникает проблема преодоления негативных стереотипов старости и проявлений насилия и дискриминации по отношению к людям старшего поколения, создания реальных условий для оказания комплексной профилактической помощи и сопровождения пожилых, испытывающих трудности в жизнедеятельности, поэтому необходимо формировать благоприятную окружающую среду, способствующую активному долголетию, развитию форм интеграции граждан старшего поколения в жизнь общества.

1.2. Старение как социально-психологический феномен

Человек рождается, растет и развивается, достигает зрелости, а затем постепенно начинает увядать, стареть и умирает. Старение и старость – естественное физиологическое явление, определенный отрезок онтогенеза. Для этого возрастного периода, как впрочем и для каждого периода жизни человека – детства, юности, зрелости, характерны свои особенности, своя возрастная норма.

Старение и старость не являются болезнью, патологией, хотя в этот период происходят сложные изменения в строении и функционировании всех систем организма.

Процесс психического старения индивидуален, каждый старится по-своему, но вместе с тем существуют некоторые общие закономерности психического старения человека.

Отмечается многообразие взглядов на особенности протекания старения в отечественной и зарубежной литературе. При этом большинство исследователей признают, что старость – это заключительный период человеческой жизни, условное начало которого связано с отходом человека от активного участия в жизни общества. В научных исследованиях биологов и геронтологов отражаются содер-

жательные характеристики и специфику геронтогенеза (В. Альперович, И.В. Давыдовский, И.И. Мечников, З.Г. Френкель, В.В. Фролькин), отмечается гетерохронность старения на биологическом, психологическом и социальном уровнях. Особое внимание уделяется взглядам отечественных психологов на процесс старения, которые отмечают, что, несмотря на прогрессирующее ослабление здоровья, упадок физических сил, старость представляет собой кульминационный момент аккумуляции опыта и знаний, интеллекта, позволяющий приспособиться к возрастным изменениям.

В настоящее время в литературе описаны различные стратегии адаптации к возрастному фактору в старости. Эти стратегии столь множественны и многообразны, что специалисты затрудняются в определении единого процесса старения. В зарубежной и отечественной литературе активно обсуждается вопрос о многомерности, многофакторности и многообразии способов адаптации или совладания личности с возрастными или социальными изменениями (Л.И. Анцыферова, 2006, О.В. Краснова, 2006; Я. Стюарт-Гамильтон, 2002; Г. Томэ, 1997; Г. Хойфт и др., 2003, R.N. Butler, et.al., 1999; P.T. Costa, R.R. McCrae, 1988; B.J. Fisher, 1992; A.-L. Furstenberg, 1989, D.H. Kausler, 1991; C.D. Ryff, 1989 и др.).

Старение – процесс продолжительный, начинающийся с постепенного снижения функциональных возможностей человеческого организма. Выделяют три стадии этого периода: пожилой возраст – 60–74, старческий возраст – 75–89, долгожительство – 90 лет и старше.

С возрастом отмечается потеря психологической гибкости и способности к адаптации, интерес к новому, неизвестному сменяется стремлением к устойчивости и надежности. Осознание неизбежности старения, сопряженное с утратой социального статуса, физическими ограничениями и психическими изменениями, приводит пожилых людей к сужению

круга общения, возникновению чувства ущербности и ненужности, а иногда и к тяжелым депрессивным состояниям.

Какие же изменения происходят в организме человека? Д.Ж. Курцмен пишет, что с возрастом отмечается потеря психологической гибкости и способности к адаптации. Мужчины и женщины становятся менее податливыми, у них пропадает охота экспериментировать в жизни. Любовь к новому, неизвестному сменяется стремлением к устойчивости и надежности.

Немецкий ученый Ота Грегор также пишет, что одним из важных моментов в процессе старения является постепенное снижение адаптации, то есть способности приспосабливаться к сложным или непредвиденным жизненным ситуациям – как к большим переменам, так и серьезным изменениям в жизни.

Исследователи данного возраста указывают и на позитивные моменты в процессе старения.

В.С. Говоров отмечает, что старение – внутренне противоречивый процесс. Наряду с явлением угасания возникают и важные приспособительные механизмы.

Многие из этих адаптационных механизмов последовательно закреплены и закономерно наступают на поздних этапах индивидуального развития. Выраженность адаптационных механизмов во многом определяет темп старения отдельных систем и продолжительность жизни организма в целом.

Российский геронтолог В.В. Фролькин также выделяет в старении два противоречивых процесса. Первый сводится к сокращению приспособительных возможностей – резервов организма, ограничению механизмов саморегуляции, нарушению обмена и функций организма. Второй процесс – это мобилизация важных приспособительных механизмов. Научиться управлять процессом старения означает научиться подавлять его первую составную часть и стимулировать вторую.

Как отмечалось ранее, нужно учитывать, что старость является не статическим состоянием, а динамичным процессом. Она связана со специфическими изменениями условий жизни, многие из которых имеют негативную окраску. Б. Пухальская к таким изменениям относит утрату общеизвестного положения, связанного с выполнявшейся работой, изменение физических возможностей, ухудшение экономических условий жизни, изменений функций в семье, смерть или угрозу утраты близких людей, необходимость приспосабливаться к изменениям. Более того, окончание профессиональной работы у многих людей вызывает радикальное изменение стиля жизни.

Позитивные стороны изменения жизненной ситуации проявляются в наличии большого количества свободного времени, возможности свободно заниматься любимым делом, посвящать себя развлечениям или хобби и др.

Итак, в период наступления поздней взрослости человек сталкивается с необходимостью решения совершенно новых для него проблем, связанных с изменением его социального положения, ролевой непосредственностью, собственными возрастными изменениями. Существует необходимость изменения прежнего образа жизни, перестройки существующего динамического стереотипа поведения, принятия новой социальной роли, изменения самовосприятия.

Кроме внешних изменений, происходят изменения в представлении, которое было у человека в отношении самого себя. Новое видение самого себя может побудить к перестройке субъективной картины мира. Для человека является значимым и важным, чтобы мир был знакомым, безопасным. Чувства беспомощности и бесполезности являются источником страха и апатии.

Можно выделить следующие благополучные социально-психологические типы старости.

Первый тип – активная творческая старость, когда пожилые люди, уходя на заслуженный отдых, продолжают участвовать в общественной жизни, воспитании молодежи, оказании посильной помощи нуждающимся, т.е. живут полноценной жизнью, не испытывая какой-либо ущербности.

Второй тип – характеризуется тем, что пожилые начинают заниматься делами, на которые раньше у них не было времени: самообразованием, отдыхом, развлечениями и др., для этого типа пожилых характерна хорошая социальная и психологическая приспособляемость, гибкость, адаптация, но энергия их направлена только на себя.

Третий тип – встречается преимущественно среди женщин. Они находят основное приложение сил в семье, им некогда хандрить, скучать. Однако, как отмечают психологи, удовлетворенность жизнью у этой группы людей ниже, чем в первых двух группах.

Четвертый тип характерен для людей, смыслом жизни которых становится забота о своем здоровье. С этим связаны и разнообразные формы активности, и моральное удовлетворение. Вместе с тем обнаруживаются склонность к преувеличению своих действительных и мнимых болезней, повышенная тревожность.

Особую роль в разработке проблемы психологического сопровождения пожилого человека играют концепции личностного самоопределения (К.А. Абульханова-Славская, 1999; Л.И. Божович, 1995; М.Р. Гинзбург, 1996; В.А. Петровский, 1996; С.Л. Рубинштейн, 1976), поскольку психолого-педагогическое сопровождение рассматривается в данном исследовании как процесс, направленный на создание условий для успешного личностного самоопределения пожилых людей. Анализ этих трудов, а также основных положений всевозрастного подхода, развиваемого П. Балтесом (Р.В. Baltes, 1997), позволил сформулировать следующие концептуальные положения, которые были положены

в основу организации психолого-педагогического сопровождения пожилого человека: 1) личностное самоопределение возможно на любом этапе геронтогенеза при условии отсутствия психических расстройств; 2) на особенности личностного самоопределения в старости оказывают влияние типы старения и соответствующие им стратегии адаптации к условиям геронтогенеза; 3) организация психолого-педагогического сопровождения должна учитывать индивидуальные характеристики геронтогенеза, тип старения и особенности личностного самоопределения пожилых людей.

Таким образом, можно говорить о большом количестве психологических и физических факторов, влияющих на процесс старения. Не существует единого универсального способа приспособления старости. Влияние оказывают и личность самого человека, его поведение, привычки, потребность в социальных контактах и любимый стиль жизни. Так, для одних оптимальным является совместное проживание с детьми и внуками, для других – самостоятельность, независимость, возможность заниматься любимым делом.

1.3. Психологические характеристики современных пожилых граждан

Общепризнанным считается определение психического старения как процесса возрастного изменения высших психических функций, характеризующего заключительный период человеческой жизни. С возрастом происходят функциональные и структурные изменения организма, имеющие индивидуальные различия, изменяющие, в свою очередь, функционирование индивида. В силу этого возрастные факторы накладывают существенный отпечаток на возникновение, динамику и коррекцию психических расстройств. Психические расстройства в пожилом возрасте имеют свою специфику.

В психологии пожилой возраст не является таким же популярным, как дошкольный или подростковый. Однако единой теории старения в психологии, как и в биологии, не существует. Пожилой возраст анализируется в различных направлениях психологии.

При рассмотрении типологий важно учитывать, что эти классификации всегда относительны, т. к. в реальной жизни «в чистом виде» психологические типы встречаются редко. Типология служит ориентировкой, базой для конкретной работы.

А. Толстых отмечает, что в старости происходит изменение личности и картина измерений чрезмерно насыщена разнообразным набором качеств, которые редко встречаются в одном человеке. Поэтому существует необходимость рассмотрения различных типологий старости.

И. Кон приводит свою классификацию типов старости в зависимости от характера деятельности, которой она заполнена.

1. Первый тип – активная, творческая старость.

Люди расставались с профессиональным трудом и продолжали участвовать в общественной жизни, живя полнокровно, не ощущая какой-либо ущербности.

2. Второй тип старости также отличается хорошей социальной и психологической приспособленностью, но энергия этих людей направлена главным образом на устройство собственной жизни – материальное благополучие, отдых, развлечения и самообразование, на что раньше не хватало времени.

3. Третий тип, в котором преобладают женщины, находит главное приложение силы в семье. Им некогда хандрить или скучать, но удовлетворенность жизнью у них обычно ниже, чем у представителей первых двух типов.

4. Четвертый тип – люди, смыслом жизни которых стала забота о здоровье, которая стимулирует достаточно разнообразные формы активности и дает определенное моральное

удовлетворение. Однако эти люди склонны преувеличивать значение своих действительных и мнимых болезней.

Все типы старости И. Кон считает психологически благополучными и замечает, что есть и отрицательные типы развития. К таковым могут быть отнесены агрессивные старые ворчуны, недовольные состоянием агрессивного мира, критикующие все, кроме себя. Другой вариант негативного проявления старости – разочарование в себе и собственной жизни, одинокие и грустные неудачники. Они винят себя за действительные и мнимые упущенные возможности.

Психиатр Е.С. Авербух выделяет два крайних типа в собственном отношении к своей старости. Одни долго не чувствуют и даже не осознают свой возраст, поэтому в поведении «молодятся», подчас теряя чувство меры; другие как бы переоценивают свою старость, начинают чрезмерно беречь себя, раньше времени и больше, чем это требуется, ограждают себя от жизненных тревог.

Другие отечественные психиатры условно выделяют три типа старости: «счастливая», «несчастливая» и «психопатологическая». «Счастливая» старость характеризуется умиротворенностью, мудрой просветленностью мировосприятия и мировоззрения, созерцательностью, сдержанностью и самообладанием. Так называемая «несчастливая» старость обуславливается повышением уровня личной тревоги, тревожной мнимости по поводу своего физического здоровья. Характерны также склонность к частым сомнениям и опасениям по незначительному поводу, неуверенность в себе, в будущем, потеря прежнего и отсутствие иного смысла жизни, размышления о приближающейся смерти.

«Психопатологическая» старость проявляется возрастными-органическими нарушениями психики, личности и поведения. Наблюдается снижение адаптационных возможностей психопатической личности с частым развитием разнообразных дезадаптационных реакций.

А.И. Анциферова, отечественный психолог, выделяет два типа, отличающихся друг от друга уровнем активности, стратегиями совладания с трудностями, отношением к миру и к себе, удовлетворенностью жизнью.

Представители первого типа мужественно, без особых эмоциональных нарушений переживают уход на пенсию. У них отмечается высокая активность, которая связана с позитивной установкой на будущее. Нередко эти люди воспринимают установку как освобождение от социальных ограничений, предписаний и стереотипов рабочего периода. Занятия новым делом, установление дружеских контактов, сохранение способности контролировать свое окружение порождают удовлетворенность жизнью и увеличивают ее продолжительность.

У представителей второго типа развивается пассивное отношение к жизни, они отчуждаются от окружения, сужается круг их интересов и снижаются показатели теста интеллекта. Они теряют уважение к себе и переживают тяжелое чувство ненужности. Такие люди тяжело переживают свой поздний возраст, не борются за себя, погружаются в прошлое и, будучи физически здоровыми, быстро дряхлеют.

Разработкой типологии старения занимались и зарубежные психологи. Ф. Гизе предложил три типа стариков и старости.

Старик негативный, отрицающий у себя какие-либо признаки старости.

Старик экстравертированный, признающий наступление старости, но к этому признанию приходящий через внешнее влияние и путем наблюдения окружающей действительности, особенно в связи с выходом на пенсию (наблюдения за молодежью, расхождение с нею во взглядах и интересах, смерть близких людей, изменения положения в семье).

Старик интравертированный, остро переживающий процесс старения. Появляются тупость по отношению к новым интересам, оживление воспоминаний о прошлом, ослабление эмоций, стремление к покою.

Английский ученый Д.Б. Бромлей предлагает пять стратегий приспособления в старом возрасте, которые выделены в результате исследования сорока хорошо адаптированных и тридцати плохо адаптированных субъектов.

1. Конструктивная стратегия

Характеризует зрелую личность, хорошо интегрированную, которая наслаждается жизнью, созданными тесными и близкими отношениями с другими людьми. Такие люди терпеливы, гибки, осознают себя, свои достижения, возможности и перспективы. Они принимают факты пожилого возраста, включая выход на пенсию и в конечном счете смерть. Представители этого типа сохраняют способность наслаждаться едой, работой, игрой и могут быть еще сексуально активными.

2. Зависимый тип

Вторая стратегия также общественно приемлема, но имеет тенденцию к пассивности и зависимости. Индивид хорошо интегрирован, но полагается на других людей в материальном обеспечении и ждет от других эмоциональной поддержки. Он доволен выходом на пенсию, свободой от работы, хорошо понимает свои личные качества, сочетает чувство общей удовлетворенности жизнью с тенденцией к сверхоптимизму, непрактичностью.

3. Оборонительный тип

Менее конструктивная модель приспособления к пожилому возрасту. Такие люди преувеличенно эмоционально сдержанны, несколько прямолинейны в своих поступках и привычках. Предпочитают быть самообеспеченными, неохотно принимают помощь от других людей. Они не высказывают собственное мнение, с трудом делятся своими жизненными либо семейными проблемами, отказываются от помощи,

доказывая себе то, что они независимы. Их отношение к старости пессимистично. Они не видят преимуществ в старости и завидуют молодым людям. Эти люди с большой неохотой и только под давлением окружающих оставляют профессиональную работу. Оборонительную позицию они временами занимают по отношению ко всей семье, что выражается в избегании проявления своих претензий и жалоб в адрес семьи. Защитным механизмом, используемым ими против страха смерти и обездоленности, является активность «через силу» – постоянная подпитка внешними действиями.

4. Враждебный

Люди этого типа агрессивны, взрываются, подозрительны, имеют тенденцию к перекладыванию на окружающих собственных претензий и приписыванию им вины за все свои неудачи. Они мало реалистичны в оценке действительности. Недоверие заставляет их замыкаться и избегать контактов с другими людьми. Они отгоняют мысль о переходе на пенсию, ибо, как и люди с оборонительным отношением, используют механизмы разрядки напряжения через активность с отягощением. Эти люди не воспринимают свою старость, с отчаянием думают о прогрессирующей утрате сил. Это соединяется с враждебным отношением к молодым людям иногда с переносом этого отношения на весь мир.

5. Самоненавидящий

Этот тип отличается от предыдущего тем, что агрессия направлена на себя. Такие люди критикуют и презирают собственную жизнь. Они пассивны, иногда в депрессии, недостаточно инициативны. Они пессимистичны, не верят, что могут повлиять на свою жизнь, чувствуют себя жертвой обстоятельств. Люди этого типа хорошо осознают факты старения, но они не завидуют молодым. Они не бунтуют против собственной старости, а лишь безропотно принимают все, что шлет судьба. Смерть не беспокоит их, ее они воспринимают как избавление от страданий.

Эмоциональные особенности старения. У пожилых людей часто отмечается преобладание депрессивно-тревожного фона настроения в связи с потерей близких, друзей, уходом от активной жизни, падением социальной самооценки, угрозой беспомощности и зависимости от окружающих. Помимо этого, происходит ухудшение нейрохимии и мозгового кровообращения, что само по себе приводит к отрицательному эмоциональному сдвигу. Эмоции сильно зависят от представлений человека об итогах прожитой жизни: если есть сожаление о неправильно выбранном пути и упущенных возможностях, то депрессивность будет возрастать. Однако не всегда негативный эмоциональный фон является непременным атрибутом старости.

Возрастные изменения личности в старости. Очень часто старость сопровождается усилением и заострением прежних свойств личности (мелочность превращается в скупость, сензитивность – в обидчивость, тревожная мнительность – в подозрительность). С другой стороны, проявляются скрытые до этого формы реагирования, развиваются возрастные, нивелирующие индивидуальность черты: консерватизм, нетерпимость, переоценка прошлого, обидчивость, эгоцентризм, эмоциональное притупление или, наоборот, чрезмерная степень эмоционального реагирования, подозрительность, скупость, ипохондричность, психическая ригидность, утрата интереса к внешнему миру, сужение эмоциональных контактов и связей, общий возрастной сдвиг в сторону интроверсии.

Часто может наблюдаться полярность черт: наряду с упрямством и невнимательностью к доводам повышенная внушаемость и легковерие, наряду со сниженной эмоциональной отзывчивостью слезливое слабодушие и чувствительность.

Так как личностные изменения менее жестко запрограммированы, чем биологические, психологи склонны

говорить об индивидуальных стилях старения. Возможен вариант сглаживания острых черт характера, отход от мелочей жизни и выделение главных ценностей, умиротворение.

Возрастные изменения психической деятельности представляют собой новое структурное образование, а не сумму дефицитарных сдвигов. Конечно, для старости характерно снижение психической активности, интегрирующих видов деятельности, но задачи, требующие использования прошлого опыта, прочно освоенных знаний, решаются продуктивно.

В старости наблюдается повышенная склонность к ригидности и консерватизму. Многим пожилым людям трудно приспособиться к изменениям в собственной жизни. Они вызывают беспокойство и, следовательно, стремление придерживаться привычных моделей поведения (например, можно понять настойчивость многих пожилых людей не покупать для дома новые бытовые приборы или не пользоваться новыми технологиями).

Однако старение сопровождается рядом психологических и личностных изменений. Центральное изменение, которое происходит в процессе старения, это изменение мировоззрения (системы взглядов, оценок и представлений человека об окружающем мире и месте человека в нем). Оно касается двух основных аспектов: во-первых, активности и вовлеченности в окружающую среду, во-вторых, возросшей озабоченности внутренним миром, тенденцией к внутреннему сосредоточению. Эта тенденция, по-видимому, связана как с уменьшением необходимости справляться с трудностями внешнего мира (карьерой, самореализацией), так и с переоценкой ценностей и принятием всей своей жизни. Такая озабоченность внутренним миром может привести к открытию новых смыслов и интересов (занятиям искусством, желанию инвестировать в собственную семью и т. д.). Однако

если эта тенденция носит отрицательный характер, то общение с другими людьми может вызвать ощущение упущенных возможностей, чувство вины, депрессии и чрезмерного погружения в себя.

Очень часто старость сопровождается снижением самооценки. Это, очевидно, связано с изменениями в тех центральных аспектах, на которых человек основывает собственную самооценку (физические возрастные изменения, выход на пенсию). Самооценка пожилого человека и человека позднего возраста зависит от состояния его здоровья, наличия смыслов жизни, ее социальных и материальных условий. Тем не менее удовлетворенность жизнью у пожилых людей сопоставима с таковой у взрослого населения. Снижение этого показателя было обнаружено только в возрастной группе от 61 до 70 лет, в «переходный период» старения. Кроме того, оказалось, что психическое здоровье и чувство благополучия в старости и зрелости зависят от различных факторов и могут быть изменены.

Несомненно, психическое здоровье в пожилом возрасте связано с личностными факторами, действующими на предыдущих возрастных этапах, а также с состоянием здоровья, семьи, общества и т. д. Помимо этих факторов, были обнаружены шесть основных аспектов психического здоровья, действующих на протяжении всей жизни человека, в том числе в период старости.

Самопринятие – центральный компонент, связанный с самореализацией, функциональными способностями и положительным восприятием всего жизненного пути.

Позитивные социальные отношения – наличие стабильных, теплых и конструктивных отношений, по крайней мере, с одним человеком (ребенком, супругом, другом и т. д.).

Автономия – чувство эмоциональной независимости, проявляющееся в самоконтроле поведения, отказе от подчи-

нения давлению окружающей среды и в способности самостоятельно принимать решения о собственной жизни. Чувство автономии может быть подорвано функциональным упадком. Однако способность выбирать виды досуга, места жительства и т. д. может значительно укрепить его.

Контроль окружающей среды – способность человека выбирать или создавать среду, соответствующую его физическим, умственным и социальным потребностям.

Жизненные цели. На протяжении всей жизни имеют огромное значение цели, которые человек ставит перед собой. Их достижение может привести к чувству удовлетворения и собственной значимости. В пожилом возрасте эти цели более краткосрочны и сфокусированы, но само их существование говорит о психологическом благополучии.

Личное развитие и движение к самореализации имеет огромное значение на всем жизненном пути. Это развитие может быть результатом приобретения новых знаний или навыков, получения новых впечатлений, жизненного опыта и т. д.

Когда один из этих аспектов серьезно нарушен, могут возникнуть эмоциональные трудности и расстройства. Многие пожилые люди чувствуют, что нет смысла стремиться к переменам из-за преклонного возраста, но психотерапия часто приводит к выявлению основной трудности и созданию способов совладания с ней. Людям позднего возраста часто приходится сталкиваться с проблемой противоречия между психическими, духовными способностями и своими физическими возможностями.

Таким образом, как и в физиологическом плане, в психологии пожилого человека происходит целый ряд изменений, представляющих не только продолжение эволюции его личности, но и возникновение специфических возрастных новообразований.

1.4. Инклюзивные модели преодоления социального исключения граждан пожилого возраста и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Проведенное нами специальное компаративистское исследование по выявлению концептуальных моделей социальной инклюзии и раскрытию специфики инклюзивных практик на различных этапах возрастной периодизации населения в европейских странах свидетельствует о наличии значительных разработок. Понятие «социальная инклюзия» применительно к социальной сфере было первоначально использовано в исследованиях в Англии и Франции такого социального феномена, как бедность. Под этим термином понимается совокупность процессов, предполагающих вовлечение и активное участие индивидов в общественную жизнь, в процесс принятия решений во всех сферах жизнедеятельности. Понятие социальной инклюзии по отношению к гражданам старшего поколения, помимо таких характеристик, как социально-экономическое благополучие, социальные связи, включает такие аспекты, как качество жизни, личное участие в общественных системах и организациях. Речь идет о праве на доступ к образованию, повышению квалификации, участию в политических выборах. Благодаря обеспечению такой «общественной принадлежности» происходит развитие личностного потенциала пожилого человека, т. е. его самоопределение, независимое поведение и участие.

Активное становление концептуальных моделей социальной инклюзии чаще происходит применительно к лицам старшего возраста, испытывающим дискриминацию и нарушение своих прав. Среди моделей наиболее популярными являются **социально-экологическая, интеракционистская, а также модели социального пространства, социального участия, ресурсно-потенциальная** (Г. Райзер,

А. Зандер, А. Айхлер, Г. Хольц, З.П. Замараева, О.С. Котыченко, В.И. Новоселов и др.). *Интеракционистская модель социальной инклюзии* рассматривает характер отношений человека с окружающей средой. Взаимодействие с ней происходит на четырех уровнях: интерпсихическом, интеракционистском, институциональном и общественном. Интерпсихический уровень инклюзии касается преодоления противоречий внутри личности, которая должна осознать свои особенности на данном возрастном этапе, найти новые смыслы, воспринять себя как ценностную, значимую личность, заняться «самоконструированием» и «самостроительством». Конструирование образа продуктивной старости представляет собой индивидуальную личностную проблему по активизации собственного потенциала человека, по мотивированию его к рефлексии себя и к побуждению изменить образ жизни, который касается вопросов питания, отдыха, характера деятельности, сферы отношений, отношения к себе. При этом следует учитывать разные возможности, ресурсы и компетенции, которые обычно неравномерно распределены в популяции пожилого населения.

На интеракционистском уровне инклюзия осуществляется между разными индивидами, которые включаются в совместные действия и учатся «социальному выравниванию», фиксации противоречий и нахождению возможностей единения. Институциональный уровень инклюзии характеризуется специальной организацией интеграционных процессов на базе определенных теоретических концепций, использованием определенных реабилитационных технологий в учреждениях социального обслуживания (например, технология долговременного ухода для маломобильных граждан пожилого возраста). Здесь важно обеспечение специальных материально-технических и кадровых условий инклюзии людей с разными возможностями. Для общественного уровня инклюзии характерно положительное от-

ношение разных слоев общества к включению пожилых людей в общественную жизнь. Речь идет в значительной степени о создании правового пространства для реального преодоления противоречий между желаниями индивида включиться в жизнь общества и традиционно существующими тенденциями дистанцирования по отношению к пожилым. Успешность инклюзии зависит от взаимодействия всех четырех уровней. В целом инклюзия как выравнивание, сближение и одновременное дистанцирование представляет собой сложный динамичный процесс. Здесь очень важен аспект углубления индивидуального, плюрализации общего, усиления многообразия. Не случайно многие современные западные исследователи рассматривают инклюзивный подход в контексте теории многообразия.

Социальная практика взаимосвязана с реальным многообразием членов общества и ставит перед собой задачу достижения баланса между равенством и различием, построения общности в многообразии. Рост плюрализма потребностей («радикальной плюрализации») общественной жизни отражается в индивидуальной жизни каждого члена общества и делает задачу обеспечения равноправия в различии и многообразии достаточно сложной. Не случайно современные исследования инклюзивного метода обращены к разным параметрам интеграции / инклюзии: сближению, отграничению, сохранению различий и развитию общего (одинакового).

Социально-экологическая модель обращена к самой социальной реальности. Здесь речь идет о диагностике жизненной ситуации человека в социуме. Базируясь на идеях социальной (экологической) психологии американского ученого У. Бронфенбреннера, автора экологической теории развития человека, социальное окружение, или среда жизни, понимается не как аддитивная совокупность различных факторов, а как их системное объединение, совокупность разноуровне-

вых социальных подсистем (микро-, мезо-, экзо- и макросистем). Применительно к проблематике преодоления геронтологического эйджизма, микросистема это непосредственное (каждодневное и интенсивное) взаимодействие, контактирование пожилого человека с близкими ему людьми в кровной или замещающей семье, стационарном отделении социального учреждения. Мезосистема включает несколько взаимодействующих микросистем, участником которых является пожилой человек (семья, полустационарное учреждение, надомное социальное обслуживание, учреждения образования, культуры, здравоохранения, спорта, туризма, торговли, городской или сельской среды обитания). В качестве экзосистемы выступает система профессиональных отношений в социальном учреждении (образование, установки практических работников, их владение инновациями, мотивация, имидж учреждения). Макросистема охватывает целостную социоэкономическую ситуацию в регионе, стране, в целом политику по отношению к старшему поколению, культурные, национальные, религиозные традиции.

Анализ современного научного инклюзивного дискурса в исследованиях проблемы возрастной дискриминации пожилых членов общества свидетельствует об активной разработке *модели социального пространства*, в которой базовым понятием является сам термин «социальное пространство», связанный с местом проживания пожилого человека (имеется в виду жилье, инфраструктуры, связанные со снабжением, здоровьем, социальным обслуживанием, свободным временем, культурой, информированием, консультированием, встречами, коммуникацией). Наличие дефицита основных составляющих, затрудненный доступ к ним рассматривается как объективный фактор, не обеспечивающий возможность равноправного общественного участия и самоопределения. Понятие социального пространства, по мнению немецких ученых А. Кессля и Б. Ройтлингера, можно

рассматривать как «пространство, сконструированное действующими субъектами». В рамках данной модели социальной инклюзии с целью преодоления возрастной дискриминации пожилых для нас особый интерес представляют результаты солидного практико-ориентированного исследования, проведенного учеными Дюссельдорфского университета (Германия) в течение трех лет. В нем принимали участие 554 пожилых жителя пяти микрорайонов Дюссельдорфа (земля Северный Рейн-Вестфалия, Германия). Ученые использовали разнообразные методы исследования, в частности, помимо анкетирования и интервьюирования, субъективные географические карты, индивидуальные инфраструктурные таблицы, в которых отмечались места культурного отдыха, спорта, прогулок, транспортные маршруты, магазины, рынки, аптеки, поликлиники и др. В качестве причин наибольшей привязанности (идентификации) себя с местом проживания респонденты в 62,9 % случаев называли соседей, в 52,9 % – друзей и знакомых, в 47,9 % – доступную, удобную и знакомую инфраструктуру. В результате сделан аргументированный вывод о том, что качество жизни в возрасте зависит не только от собственного самочувствия, умственной и физической мобильности, семейных связей и возможностей как можно дольше жить в знакомой обстановке, но прежде всего от возможностей общественного участия по месту проживания и как следствие характера и успешности социальной инклюзии. В качестве основных характеристик социального пространства проживания пожилых людей рассматривается его направленность на удовлетворение повседневных нужд в поддержке здоровья, физического состояния, деятельности, общении с близкими, чужими людьми, природой, а также обеспечение возможности участия в принятии административно-управленческих и политических решений, касающихся повседневной жизни. С возрастом жилое и социальное пространство приоб-

ретает еще более выраженное значение. Так, выделяют три типа жизненного пространства – квартира или место непосредственного физического проживания, окружение квартиры, близлежащее и периферийное пространство. По мнению К. Блека и А. Ван Рисен, реализация пространственно-ориентированной модели означает «инклюзивное» изменение содержания социальной работы с пожилыми, которая должна строиться с учетом индивидуальных потребностей людей на стимулировании имеющегося потенциала. Все жилые пространства должны быть «культурно чувствительными», развиваться с ориентацией на участие людей разных поколений. Речь идет о характере жилой застройки микрорайонов, улично-дорожной городской сети города, устойчивой транспортной системе, объектах инженерной инфраструктуры, экологически безопасной среде. В качестве возможных партнеров социального пространства выступают социальные, медицинские учреждения, специальные интеграционные службы, региональные союзы (религиозные, национальные), муниципальное управление, волонтерские центры, группы самопомощи, благотворительные фонды, учреждения общего и профессионального образования, высшие школы, полиция, учреждения торговли, коммунального обслуживания, питания, общественные организации, например, совет пенсионеров и др.).

Интересным является выделение в социальном пространстве уровней социальной инклюзии: культурного, структурного и практического. На культурном уровне необходимы доверительные отношения всех участников, ценностное отношение к их ресурсам, артикулирование границ участия, четкая формулировка общей цели и задач для каждого партнера, популяризация образа продуктивной старости, развитие чувствительности к жизненной ситуации пожилого человека со стороны всего населения микрорайона. Важным является также организация совместных

регулярных встреч руководителей структур, нахождение источников финансирования и новый «инклюзивный» взгляд на содержание профессиональной деятельности социальных работников.

Вопросы финансовой поддержки должны активно решаться на структурном уровне. Это касается не столько активного проектно-целевого характера, сколько постоянной, упорядоченной системы финансирования, расширения государственных (региональных) программ типа «Инклюзивный город (микрорайон)», создания институционализированных сетей, четкого распределения зон ответственности между государственными, общественными, бизнес-структурами, активизации волонтерата. Только такие инклюзивно-ориентированные условия могут обеспечить преодоление социальной эксклюзии и, соответственно, дискриминации пожилого населения в реальной жизни.

Практический уровень социальной инклюзии предполагает самое активное вовлечение пожилых с их дифференцированными запросами, потенциалами, компетенциями, различным уровнем жизни и отношением к окружающему. Весь процесс целеполагания, определения конкретных путей достижения, создания инклюзивных планов, дорожных карт, организации мероприятий возможен только при участии пожилого населения и всех субъектов социального пространства с их ресурсами и потенциалом.

Обзор и анализ теоретических подходов в организации антидискриминационной практики работы с пожилыми будут неполными, если не обратить внимание на активно развиваемую в настоящее время в отечественной социологии *ресурсно-потенциальную модель*, базирующуюся на идеях европейских ученых (П. Бурдые, М. Кастельс, У. Бек, Д. Граски, Э. Соренсон и др.). В то же время, характеризуя систему социальной защиты пожилых людей, отечественные ученые З.П. Замараева, О.С. Котыченко, В.М. Новоселов,

Г.А. Телегина и др. вводят такие понятия, как «личный», «институциональный» и «общественный» ресурсный потенциал, раскрывают сущность технологий ресурсно-потенциального подхода как ресурсосберегающие, активизирующие и развивающие социальные практики работы с пожилыми людьми. В источниках литературы приводятся убедительные данные специальных социологических исследований, которые свидетельствуют об эффективности вышеуказанных практик, способствующих развитию у пожилых мотивации на самообеспечение, развитие личного ресурса и потенциала, повышение их самооценки и улучшение качества жизни.

Модель социального участия предполагает активное обращение к современным технически ориентированным коммуникационным средствам общения и взаимодействия для пожилых людей. Понятие социального участия рассматривается как частная характеристика процесса социальной инклюзии. Оно определяется через такие показатели, как многомерность, относительность и динамика. Многомерность социального участия характеризуется количеством личностных и социальных ресурсов, которыми обеспечен пожилой человек. Продолжая идеи П. Бурдье, Г. Кронауер, Х. Шретер, Р. Ленц считают, что экономический капитал (заработная плата, другие доходы) обеспечивают доступ к товарам и услугам в сфере Интернета. Культурный капитал (образование) и символический капитал (престиж, репутация) повышают возможность включения в виртуальную профессиональную занятость или способствуют авторитету в объединениях. Социальный капитал (общность и социальные сети, солидарность) также усиливают личностные ресурсы в виртуальном взаимодействии. Многомерность социального участия предполагает обращение к средовым факторам (социальный контекст, инфраструктура – жилой квартал, доступ в Интернет, близость

и рациональная разветвленность схемы общественного транспорта). Относительность социального участия означает, что его следует рассматривать как процесс, который происходит сам собой и зависит от характера отношений и связей на местах. Речь идет о социальной практике, т. е. о готовности структур, распределении, наличии или отсутствии информационно-коммуникационных ресурсов на местах. Например, важно знать, кто и по какой причине имеет доступ к Интернету, а кто лишен этого. Динамика социального участия указывает на ее зависимость от актуальных жизненных ситуаций, биографии людей.

Факт принадлежности к определенному социальному слою также может выступать в качестве инклюзивного или эксклюзивного обстоятельства. Модель социального участия была апробирована в рамках специального проекта, в котором был сделан акцент на изучении характера доступности и пользования информационно-коммуникационными средствами в местах проживания пожилых. В результате был сделан аргументированный вывод о том, что просто овладение компьютерными технологиями недостаточно для активизации социального участия. Новые технологии (программные продукты, образовательные опции, обучающие средства, сайты и специальные коммуникационные виртуальные программы «Пространство для обмена») необходимо интегрировать в повседневную жизнь пожилого человека. Технически поддерживаемая коммуникация позитивно влияет на социальные структуры и в целом на социальное участие пожилых, которые активнее вступают в контакты, углубляют и расширяют личные связи.

Подобные исследования о характере влияния виртуальной включенности на социальное самочувствие пожилых в настоящее время осуществляются в разных странах. Так, например, в Швейцарии из более двухсот пожилых

участников 14 % объяснили свою социальную исключенность и отчуждение от общества как определенную дискриминацию тем, что не умеют пользоваться Интернетом. 33 % обратили внимание на то, что, если их лишат возможности пользоваться Интернетом, они будут чувствовать себя социально ущемленными и лишенными законных прав. В целом в условиях, когда дигитализация (компьютеризация) проникает в сферы жизни современного общества, неудивительно, что пользование Интернетом стало рассматриваться как определенная «социальная норма жизни». По отношению к пожилым людям все чаще проблема социальной инклюзии увязывается с вопросами «дигитальной инклюзии» в «дигитальном обществе».

Обобщая высказанное по поводу формирования и развития инклюзивного подхода как теоретико-методологической базы решения проблемы преодоления возрастной дискриминации в работе с пожилыми людьми в разных странах, следует отметить наличие значительного разнообразия в концептуальных моделях социальной инклюзии. В частности, нами выявлены пять концептуальных моделей: социально-экологическая, интеракционистская, ресурсно-потенциальная, модели социального пространства и социального участия. Анализ их содержания свидетельствует об актуализации государственных и общественных задач по раскрытию и усилению личностного потенциала пожилых людей, с одной стороны, с другой – по особому вниманию к пространственным характеристикам жизни, в частности, снижению средовых (инвайроментальных) барьеров, обеспечению доступности пространственно-предметной среды проживания со всеми ее санитарно-гигиеническими требованиями, материальными, архитектурными, социальными, природными, информационными ресурсами и потенциалом.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ (60+)

2.1. Сущность психологического обследования: тактика и технологии

Выделяя данный раздел работы с гражданами пожилого возраста с когнитивными нарушениями, мы хотели показать особенности работы психолога.

Выявление и анализ особенностей нарушений когнитивных функций имеет большое значение для построения индивидуальных и групповых программ работы с получателями социальных услуг в центрах дневного пребывания для граждан пожилого возраста с когнитивными нарушениями.

Исходя из практического опыта работы, можно сформулировать ряд проблем, касающихся диагностики пожилых людей с когнитивными нарушениями. Рассмотрим некоторые проблемы и трудности, с которыми могут столкнуться психологи учреждений социального обслуживания при проведении диагностики пожилых людей.

Весьма сложной задачей представляется диагностика пожилых людей, когда возрастные изменения состояния здоровья и психики приближаются к патологическим. Пожилому и старческому возрасту присущи хронические заболевания, что снижает общую психическую активность и негативно сказывается на интеллектуально-мнестических функциях. Поэтому нужно обязательно узнавать, принимал ли какие-либо медикаменты пожилой человек, участвующий в диагностике, и если так, как это на него повлияло.

Некоторые болезни, например, органов дыхания, которые учащаются с возрастом, могут влиять на выполнение тестов, так же, как и лекарства, которые часто принимают пожилые люди.

Пожилые люди должны понимать, о чем идет речь в опросе. Важной проблемой остается низкое образование, что часто встречается среди пожилых людей. Низкое образование затрудняет понимание пожилыми людьми вопросов тестов и анкет, что влечет систематические ошибки при оценке когнитивной недостаточности у малообразованных людей и ложно негативных результатов у высокообразованных.

Часто ситуация опроса воспринимается пожилыми людьми как формальный экзамен или как визит к врачу. Так, у молодых людей, имеющих опыт учебы в школе или институте, это не вызывает внутреннего напряжения. Что касается пожилых людей, то важно создавать ситуацию, приближенную к их реальной жизни. Необходимо, чтобы внешние раздражители, такие как шум, помехи любого рода и прочее, не отвлекали их внимание.

Желательно получать необходимую информацию, создав пожилым людям комфортную гармоничную ситуацию опроса, которую они будут воспринимать как беседу о своей жизни, не испытывая внутреннего напряжения.

Выбор темы беседы важно оставлять за пожилым человеком, проявляя к нему тем самым уважение. Кроме того, самостоятельный выбор поднимает уровень самоуважения и общей удовлетворенности жизнью.

Важно, чтобы пожилые люди были уверены в том, что их выслушают серьезно и конструктивно используют сказанное ими. Психолог должен уметь говорить с людьми и кратко записывать ключевые пункты.

Часто возникают трудности, связанные с особенностями стратегий поведения пожилых людей в ситуации диагностики. Например, они могут быть сдержанны и скрытны.

Иногда пожилые люди предпочитают просто не давать те ответы, в которых они не уверены, т. е. действуют по принципу «лучше не отвечать совсем, чем делать ошибки».

Нежелание отвечать и степень осторожности, проявленные пожилыми людьми, с одной стороны, являются фактом полезной и адаптивной стратегии самозащиты. Часто пожилые люди опасаются при ответах сказать лишнее, несмотря на гарантию анонимности их ответов. Поэтому у пожилых людей существует тенденция во время опросов демонстрировать удовлетворенность буквально всем. В некоторых случаях при ответах на вопросы, затрагивающие эмоциональную сторону жизни пожилых людей, возможны аффективные, неконтролируемые реакции с их стороны.

Чтобы преодолеть эти трудности, нужно учитывать некоторые особенности. Например, психолог должен помнить о том, что информация собирается тем способом, который позволяет каждому пожилому человеку принять участие в опросе, независимо от его принадлежности к той или иной тендерной или этнической группе, от физических возможностей или уровня владения языком.

Другой причиной сдержанности или скрытости является уровень трудности теста или анкеты. Поэтому нужно начинать с более легких заданий или вопросов и только затем усложнять их. Если пожилой человек потерпит неудачу и не справится с заданиями, ему будет трудно закончить всю работу. Неудача вначале может явиться стрессовым фактором для пожилого человека, и сотрудничество с психологом может быть нарушено. Часто нежелание участвовать в опросе маскируется ссылками на плохое здоровье (головная боль, высокое давление и проч.).

Необходимо отметить трудности диагностики пожилых мужчин, поведение которых в ситуациях опроса отличается от поведения женщин. Мужчин труднее интервьюировать, чем женщин. Они предпочитают не обсуждать лич-

ные дела, особенно в ситуации тяжелой потери. Мужчины более скрытны, с трудом идут на контакт. Одно из объяснений этого может заключаться в том, что женщины более дружелюбны, чем мужчины. В позднем периоде жизни женщины, продолжающие поддерживать отношения с социальным окружением, в том числе с членами семьи, а также имеющие опыт работы, лучше справляются с ситуацией опроса или интервью, чем мужчины, вышедшие на пенсию.

Также необходимо учитывать, что у пожилых людей часто имеется сенсорный дефицит, что влечет за собой две проблемы. Первая заключается в том, что ситуация диагностики требует хорошей способности видеть и слышать, поэтому нужно напоминать пожилым людям о пользовании очками и слуховыми аппаратами, если это необходимо. Иногда следует в анкетах и тестах, предназначенных для пожилых людей, использовать крупный шрифт, чем обычно. Вторая проблема заключается в том, что только очень немногие тесты разработаны специально для людей пожилого возраста, имеющих нарушения зрения и слуха. В этих случаях специалисты составляют тестовые задания по аналогии «тактильных» тестов, разработанных для детей. Существуют самые разные варианты. Например, можно в один мешочек положить разные предметы. Пожилой человек опускает руку в него и на ощупь пытается определить, что это за предмет (катушка, коробок спичек, пуговица и проч.) и из чего он состоит (дерево, резина, шерсть и проч.). В другом варианте на картон наклеивают образцы разного материала и прочее.

Пожилым людям требуется больше времени для адаптации к ситуации опроса или тестирования. Такая адаптация необходима для того, чтобы опрашиваемый чувствовал себя спокойно и непринужденно. Ситуация опроса требует атмосферы взаимного доверия и сотрудничества, поэтому пожилым людям нужно помогать, одобряя и подбадривая их во время тестирования.

Перед началом любой диагностической работы с пожилыми людьми нужно объяснять цели опроса и почему нужно откровенно отвечать на вопросы.

Важно учитывать время опроса. Многие исследователи считают, что для пожилых людей лучше несколько коротких опросов, чем одно длительное тестирование. Заканчивать любую встречу с пожилым человеком нужно на ноте его успешной помощи и будущего сотрудничества.

Кроме того, нужно всегда помнить о вопросах этики при работе с людьми пожилого возраста. Например, существуют ограничения в исследовании процессов принятия решений в важных обстоятельствах жизни: выбор жизни или смерти; социально-стрессовые ситуации, многочисленные в позднем возрасте: потеря близких, переживания разного рода, семейные конфликты и т. д. Нужно помнить о том, что эти люди имеют право на защиту от вовлечения в деятельность, которую они не понимают.

К этическим проблемам можно отнести и обратную связь, т. е. пожилой человек должен не только знать, почему его опрашивают, но и какие он имеет результаты.

Необходимо отметить, что принципы диагностики не меняются в зависимости от возраста пожилого человека. К ним, например, относятся выбор манеры разговора, которая комфортна для специалиста и пожилого человека, что позволяет обмениваться ясной и понятной информацией; использование открытых вопросов, чтобы наметить область обсуждения, и закрытых вопросов, чтобы установить детали; изучение картины в динамике и т. д.

Важно принимать во внимание конфиденциальность и сохранность данных, полученных при опросе (какие записи будут сохраняться; кто будет их вести; кто будет иметь к ним доступ и проч.). В некоторых случаях можно составить форму соглашения между специалистом и пожилым человеком.

Например, в соглашении может быть указано, что любая часть материала будет использована только с согласия последнего. Там же обязательно отмечается, для каких целей можно использовать результаты: для публикаций, исследовательской работы, в образовательных целях, в средствах массовой информации и прочее. Кроме того, в соглашении отмечается, можно ли упоминать имя пожилого человека, какие ограничения он накладывает на свой материал, причем эти ограничения должны быть изложены очень подробно.

Таблица 1

**Рекомендации по проведению
психодиагностического обследования у пожилых граждан**

Подходы	Рекомендации	Основания
Технические	Увеличенные размеры бланков и анкет	Пресбиопия
Методические	Методики с меньшим временем проведения. Задания, которые просты для восприятия. Задания, требующие выбора предложенных вариантов. Задания, отличающиеся по форме в разных чередующихся методиках. При использовании объемного обследования необходимо разделение на 2 дня. Короткий отдых между методиками	Выбор опросников с небольшим количеством вопросов и заданий (экспресс-методики, скрининговые методики). Ограниченное время приема
	Планировать несколько больше времени на обследование с учетом более медленной скорости восприятия и анализа информации, вопросов и заполнения бланков	Снижение скорости восприятия и анализа получаемой информации

Необходимо отметить, что в практике психологической работы существуют различные виды психологической диагностики: *скрининговая диагностика, дифференциальная диагностика; углубленная психологическая диагностика; динамическое обследование; итоговая диагностика.*

Каждый из приведенных вариантов психологической диагностики имеет свою специфику и, соответственно, собственную технологию проведения и анализа результатов, хотя чаще всего базируется на сходном наборе инструментальных средств (методик и тестов).

Скрининговая диагностика – выстроенная экспресс-диагностика, позволяющая с помощью стандартных (валидных) методик быстро получить общую оценку тех или иных особенностей пожилых людей.

Диагностическим инструментарием для скрининга могут служить стандартизованные монометрические тесты, тестовые батареи, вопросники, а также проективные визуальные, вербальные, графические тесты, характерные для глобального подхода к оценке личности. Выбор измерительного психологического инструментария зависит от квалификации специалиста (диагноста), опыта и цели, которая перед ним стоит.

Существует несколько основных требований к отбору методик, используемых в скрининге:

- относительная краткость и простота применения, обеспечивающие комфортное состояние испытуемым;
- высокая валидность, обеспечивающая надежную дифференциацию испытуемых по выбранному показателю.

Для исследования когнитивных функций у пожилых людей наиболее часто используют следующие экспресс-методики.

– Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест) (Приложение 1).

– Методика Mini-Cog (А.Б. Локшина, 2013) (Приложение 2).

- Тест «Вербальные ассоциации».
- Запоминание и пересказ короткого текста (например, «Галка и голуби») по методу А.Р. Лурия).
- Тест рисования часов.
- Запоминание 10 слов.
- Шкала общего клинического впечатления (CGI).
- Мини-тест для оценки когнитивного статуса (MMSE).
- Шкала лобной дисфункции.

Для оценки состояния памяти используются задания на запоминание и воспроизведение слов, зрительных изображений, двигательных серий и т. д. Наиболее часто используются тесты на слухоречевую память: запоминание списка слов, двух конкурентных серий по 2–3 слова в каждой, предложений, фрагмента текста. Наиболее специфичной методикой считается опосредованное запоминание слов: пациенту предъявляются для запоминания слова, которые он должен рассортировать по семантическим группам (например, животные, растение, мебель и т. д.). Название семантической группы при воспроизведении используется в качестве подсказки (например: «Вы запоминали еще какое-то животное» и др.). Согласно общепринятой точке зрения благодаря указанной процедуре нивелируются нарушения памяти, связанные с дефицитом внимания.

Для оценки состояния восприятия исследуют узнавание пожилым человеком реальных предметов, их визуальных изображений, иного стимульного материала различных модальностей. Восприятие схемы собственного тела исследуется с помощью проб Хэда.

Для оценки праксиса пожилого человека просят выполнить то или иное действие (например: «Покажите, как расчесываются, как режут бумагу ножницами» и т. д.). Конструктивный праксис оценивается в пробах на рисование: просят

нарисовать самостоятельно или перерисовать трехмерное изображение (например, кубик, часы со стрелками и др.).

Для оценки речи следует обратить внимание на понимание обращенной речи, беглость, грамматический строй и содержание высказываний самого пациента. Исследуют также повторение слов и фраз за врачом, чтение и письмо, проводят пробу на называние предметов (номинативная функция речи).

Для оценки интеллекта можно использовать пробы на обобщение (например: «Скажите, пожалуйста, что общего между яблоком и грушей, пальто и курткой, столом и стулом»). Иногда просят интерпретировать пословицу, дать определение того или иного понятия, описать сюжетную картинку или серию картинок.

В повседневной практике используют хорошо зарекомендованные стандартные тестовые наборы с формализованной (количественной) оценкой результатов, которые позволяют провести экспресс-оценку нескольких когнитивных функций в условиях лимитированного времени.

Дифференциальная и углубленная психологическая диагностика

Для количественной оценки интеллекта существуют различные тесты. Наибольшее распространение получили: Векслеровская шкала интеллекта для взрослых (позволяет определить IQ для вербальных и невербальных навыков), Денверский тест и др. (Д.Я. Райгородский, 2001). Нужно иметь в виду, что при некоторых психических заболеваниях (особенно при депрессии) может наблюдаться заниженная величина IQ. В то же время тестирование является единственным методом оценки интеллекта, и при четком понимании всех ограничений имеющихся тестов они могут быть использованы для обследования и динамического наблюдения пожилых людей с интеллектуальными расстройствами.

Остановимся коротко на *диагностике эмоциональных расстройств*. Общие изменения в эмоциональной сфере пожилого человека характеризуются следующими признаками: изменение динамичности эмоциональных состояний, выражающееся либо в инертности, либо в лабильности эмоций; возрастание роли и места, занимаемого отрицательными эмоциями; высокая устойчивость высших эмоций, в том числе эмоций, связанных с индивидуальным творчеством.

В пожилом возрасте значительно уменьшается контроль за проявлением эмоций; нередко наблюдаются эмоциональная черствость, снижение эмпатийности. К частным признакам эмоциональной сферы у пожилых людей относят устойчивое преобладание той или иной модальности переживаний: тревоги, грусти, раздраженного недовольства.

Для периода поздней зрелости характерны специфические изменения в эмоциональной сфере, часто в виде неконтролируемого усиления аффективных реакций со склонностью к беспричинной грусти, тоске, слезливости. Эмоциональный настрой, наличие повышенной тревожности, ощущение одиночества – важные показатели психологического самочувствия пожилого человека.

Для диагностики эмоциональных проявлений в пожилом возрасте наиболее приемлемы такие методики, как:

- цветовой тест Люшера;
- опросник САН (самочувствие, активность, настроение);
- шкала тревожности Спилбергера–Ханина (Приложение 3) и др.

При диагностике эмоциональных расстройств у лиц пожилого возраста важным является определение степени их тяжести, так как в зависимости от нее определяется тактика индивидуальной работы с пожилым человеком.

При депрессивном расстройстве выделяют легкую, умеренную и тяжелую степень выраженности (табл. 2).

**Критерии степеней выраженности
депрессивных расстройств (В.А. Жмуров, 2010)**

Степень выраженности	Признаки
Легкая	<p>Нерезкое угнетение настроения («безрадостное настроение»).</p> <p>Некоторое снижение активности и интересов (в значительной степени компенсируемые усилиями пациентов).</p> <p>Субъективное ощущение заторможенности умственных процессов.</p> <p>Ослабление интенсивности позитивных эмоций и упадок жизнерадостности и воображения, ослабление привязанности к жизни.</p> <p>Осознание пациентом того факта, что его настроение остается ниже того, которое соответствует обстоятельствам его жизни</p>
Умеренная	<p>Выраженная подавленность настроения.</p> <p>Объективно выявляемая заторможенность умственных и двигательных процессов.</p> <p>Значительное снижение активности и трудоспособности.</p> <p>Суицидные мысли, намерения и попытки.</p> <p>Снижение самооценки.</p> <p>Потеря перспективы будущего и пессимистическая оценка прошлого и настоящего.</p> <p>Утрата критического отношения к болезненному состоянию</p>
Тяжелая	<p>Присоединение бредовых идей (самоуничжения, виновности, обвинения и др.), галлюцинаций с созвучным депрессии содержанием.</p> <p>Усиление симптомов депрессии.</p> <p>Явления депрессивного ступора и / или меланхолического возбуждения</p>

Предлагаемые нами алгоритмы диагностики когнитивных и эмоциональных нарушений у лиц пожилого возраста могут быть использованы для выявления лиц пожилого возраста с донозологическими формами когнитивных

и эмоциональных нарушений, что будет способствовать получению более точной картины распространенности когнитивной и эмоциональной патологии в пожилом возрасте и осуществлению ранней коррекции и профилактики.

Правильно выстроенная работа по психологической диагностике пожилых людей позволит выстроить индивидуальную и групповую формы работы, направленные на профилактику когнитивных нарушений в пожилом возрасте, способствующие улучшению социальной адаптации, укреплению морального и психологического климата в семье, снижению стигматизации психических расстройств и в целом повышению качества жизни и сохранению активного долголетия лиц пожилого возраста.

2.2. Социально-психологическое консультирование

Согласно гуманистической направленности консультативной деятельности с пожилыми людьми ее главной целью является превращение негативного образа старости в положительный и восприятие ее как времени для отдыха, любимых занятий и размышлений. Отдельные цели могут включать в себя необходимость выслушать человека пожилого возраста и вывести его поведение на уровень самокоррекции.

Цель консультативной работы с пожилыми людьми конкретизируют следующие задачи:

- адаптация к новому статусу, помощь в переоценке жизненных ресурсов и интересов, в выборе другого дела;

- помощь в принятии старости и прошлой жизни в целом, поиске новых ориентиров (формирование положительного образа старости как времени для счастья, развития внутреннего покоя, обсуждения всего хорошего, что является актуальным в жизненной ситуации человека);

- улучшение эмоционального состояния, настроения;

- повышение самооценки.

При проведении социально-психологического консультирования необходимо учитывать индивидуальность пожилого возраста и то, что мы общаемся с личностью, которая имеет большой жизненный опыт, но часто этот опыт ей не с кем поделить.

Итак, консультирование пожилых людей базируется в основном на психологических проблемах «финиша жизни». Пожилые люди (в связи с теми или иными обстоятельствами) очень часто одинокие, им не с кем поговорить, даже необязательно о своих проблемах, а просто пообщаться. В процессе психологического консультирования пожилых граждан вектор направлен на оказание помощи человеку в принятии старости и прошлой жизни в целом, а также поиск новых жизненных ориентиров, смыслов жизни, гармонизации, обогащения содержания жизни и деятельности человека.

Содержание психолого-социальной работы с пожилыми людьми направлено на:

- ускорение адаптации к новой ситуации;
- улучшение способности реагирования;
- изменение самооценки пожилого человека.

Используемые методы психологического консультирования пожилых людей: беседа, интервью, целенаправленное наблюдение, дискуссионное обсуждение тем, рефлексивные методы.

Основной техникой консультирования пожилых людей является техника активного слушания. Надо слушать и слышать, потому что людям пожилого возраста необходимо быть услышанными и чувствовать себя нужными.

В работе эффективны следующие методики:

- методика «Автопортрет» (П. Ржичаны) (Приложение 4);
- шкала самооценки (Ч. Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина);
- методика определения индекса жизненной удовлетворенности (Приложение 5).

Методика «Автопортрет» (П. Ржичаны) направлена на получение информации о жизни испытуемых, особенности

самооценки их жизненной ретроспективы. Клиенту предлагают начертить горизонтальный отрезок прямой, где крайние черточки означают рождение и окончание жизни. Отрезок, олицетворяет прожитую жизнь, на нем отмечают наиболее важные события, оценивают степень удовлетворения ими. На основе этого строится кривая, отражающая удовлетворение жизнью. Кривая может быть использована как основа для дальнейшей беседы с клиентом.

Шкала самооценки (Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина) используется для выявления самооценки человека в реальном времени. Исследуется корреляция между личностной тревожностью и отношением к собственному прошлому и будущему. Высокая тревожность, обнаруженная с помощью данной шкалы, соответствует негативному восприятию прошлого; низкая тревожность – удовлетворению настоящим и оценке будущего как неизвестного, но неприятного. Низкому или умеренному показателю соответствуют удовлетворенность прошлым и настоящим, положительная оценка будущего.

Методика определения индекса жизненной удовлетворенности успешно используется в геронтологических исследованиях. Цель ее заключается в определении общего психологического состояния человека. Показатель методики отражает общее психологическое состояние человека, степень его психологического комфорта и социально-психологической адаптированности. В процессе проведения методики можно выявить основные психологические проблемы пожилых людей, влияющих на удовлетворенность жизнью, проявление интереса к жизни, самооценку человеком своих качеств, особенности отношения к жизни, психосоматический тонус, согласованность между поставленными и достигнутыми целями.

К особым ситуациям, которые требуют оказания психологической помощи пожилым людям, относят: потерю близких, глубокую депрессию, одиночество, непонимание близких, приближение смерти.

2.3. Тренировочные нейрокогнитивные комплексы

У лиц пожилого возраста показанием к тренировочным занятиям прежде всего должны быть желание и наличие мотивации. При проведении первичной диагностики специалист учреждения социального обслуживания (специалист по социальной реабилитации, специалист по социальной работе, социальный педагог, психолог) может выявить начальные нарушения психических процессов, уточнив у пожилого человека, беспокоят ли его забывчивость и рассеянность внимания, есть ли желание заняться их тренировкой. Для более точного выявления нарушения функций памяти, внимания и мышления или в сложно диагностируемых случаях пожилой человек может быть направлен на консультацию к психологу (для диагностического тестирования).

Специалист, занимающийся проведением занятий с элементами тренинга (тренер), должен иметь как минимум педагогическое или психологическое образование.

С учетом возраста пожилых людей, ограничений их социальных связей, психологических особенностей рекомендуется проведение групповых методов работы. Количественный состав группы не должен превышать шесть-восемь человек. Это обусловлено тем, что специалист, занимающийся проведением занятий с элементами тренинга (тренер), должен наблюдать за любым изменением состояния каждого члена группы. Состав участников группы является постоянным от начала до конца курса занятий, так как задания усложняются от занятия к занятию. Набор упражнений выбирается тренером в зависимости от данных тестовой диагностики. Время проведения занятия до 60 минут. Занятия проводятся 3–5 раз в неделю до 50 рабочих дней.

При формировании группы тренер предварительно беседует с каждым участником. Цель беседы – знакомство, формирование мотивации к групповым занятиям. Большинство пожилых людей, как правило, осознают имеющиеся у них

трудности, связанные с запоминанием, и положительно реагируют на предложение быть включенными в группу. Если в ходе предварительной беседы не удастся сформировать достаточно высокую мотивацию к занятиям, пожилому человеку предлагается посетить одно групповое занятие, после чего он делает самостоятельные выводы о возможности своего дальнейшего участия.

Рекомендуемое время для проведения занятий – утренние часы.

По окончании цикла занятий дается домашнее задание индивидуально для каждого участника, а также рекомендуется повторное прохождение курса два раза в год.

Показания для проведения занятий

С целью профилактики когнитивных нарушений.

Любые заболевания, сопровождающиеся снижением памяти, внимания, мышления.

Противопоказания для проведения занятий

Неудовлетворительное общее состояние. Острые психозы.

Отсутствие мотивации к занятиям.

Относительные противопоказания

Прием транквилизаторов, нейролептиков, других седативных средств, приводящих к выраженной заторможенности, сонливости.

Трудности проведения занятий с элементами тренинга

Успешная работа тренера с группой во многом зависит от его способности находить взаимопонимание с каждым участником, так и с группой в целом. Максимально доброжелательная теплая атмосфера поддержки участия позволит всем чувствовать себя более комфортно в непривычной обстановке, быстрее адаптироваться. Тренер обращается ко всем участникам группы по имени и отчеству, поощряя любой

ответ на предложенное задание. Следует обращать внимание на свое поведение: жесты, мимику, позы, интонации.

Позитивное влияние на участников группы оказывают: улыбка, одобрительное кивание головой, контакт глазами, реплики одобрения. Желательно использовать следующие фразы: «правильно», «хорошая работа», «какие еще у вас будут идеи», «как бы вы могли...».

Нарушить работу занятия могут следующие негативные поведенческие реакции тренера:

- плохой контакт глазами;
- скучающий вид;
- проявление раздражения;
- «барабаниющие» пальцы;
- перелистывание бумаг;
- частые взгляды на часы.

Нежелательно пользоваться следующими фразами: «очевидно», «давайте решим это позже», «у нас мало времени».

При формулировке задания тренеру необходимо четко, громко, членораздельно произносить инструкцию. Стараться не использовать длинные, сложные слова, сохранять простоту и краткость, не использовать профессиональные термины. После занятия пожилые люди должны приобрести уверенность в себе и положительный настрой на следующие встречи.

Очень важно, чтобы тренер адекватно оценивал любые трудности или проблемы, которые могут возникать у участников группы, не вовлекаясь в них эмоционально.

Работая с пожилыми людьми, тренер постоянно сталкивается с разными типами личности. Каждый участник группы уникален своей неповторимостью, но число поведенческих моделей, которыми участники чаще всего пользуются, более ограничено. На начальном этапе работы (первые 2–3 занятия) у пожилых людей могут возникнуть психологическое сопротивление, являющееся естественной реакцией

на трудности, с которыми они сталкиваются во время работы в группе, и чувство неловкости из-за невозможности выполнения задания в полном объеме. Как правило, выявляется несколько типов такого сопротивления. Поэтому специалисту, занимающемуся проведением занятий с элементами тренинга, необходимо научиться развивать умение взаимодействовать с разными людьми и типами личности.

Со стороны пожилых людей могут возникнуть следующие поведенческие реакции, которые тренер должен уметь сглаживать:

– отказ от выполнения задания («я так никогда не повторю», «у меня ничего не получится», «я уже не в том возрасте»...);

– смех или шутки, направленные на членов группы. Чаще всего это является признаком сильного напряжения, переживаемого пожилыми людьми в ходе группового занятия. В таком случае необходимо поддержать участников тренинговой группы, найдя слова одобрения;

– молчание или стремление находиться в стороне от группы в момент общего обсуждения, что связано со сниженной самооценкой, страхом быть осмеянным, трудностями выражения своих мыслей. Необходимо выяснить причины, которые вызвали подобные реакции. Желательно найти приемлемые пути выхода из сложившейся ситуации. Можно изменить задание или задать наводящий вопрос, с которыми участник занятия справится;

– частная дискуссия – общение с одним или несколькими участниками без внимания к тому, что происходит в группе. Встречается при рассеянном внимании, неспособности концентрироваться на формулировке задания. Если специалисту, занимающемуся проведением занятий с элементами тренинга, удалось преодолеть перечисленные трудности, то ко второму занятию участники себя чувствуют свободно среди членов группы и активно участвуют в тренингах.

Для профилактики и определения объема основных познавательных процессов граждан пожилого возраста рекомендуем психологические тренировочные задания, представленные в порядке усложнения.

Тренировка распознавания образов

Распознавание образов (объектов, сигналов, ситуаций, явлений или процессов) – это самая распространенная задача, которую человеку приходится решать практически ежедневно от первого до последнего дня своего существования.

Тренировка распознавания образов позволяет стимулировать и восстанавливать одну из важнейших функций головного мозга человека – способность узнавания образов.

Рекомендуется использовать картинки, которые предъявляются для опознания, специально «зашумленные» точками. Необходимо распознать картинку и выбрать соответствующую картинку из предложенных вариантов.

Тренировка внимания

Тренировка внимания позволяет развивать функции пространственного мышления, переключаемости, сознательного и произвольного внимания, учиться концентрироваться и развивать когнитивные функции.

Упражнений для тренировки внимания существует огромное множество, но общий смысл в них один – как можно дольше удерживать свой фокус на чем-то одном и менять его, если потребуется.

Данные упражнения могут показаться простыми, но при регулярных тренировках можно действительно добиться эффекта.

Задания для определения внимания

Фокус на одном слове. Необходимо найти приятное тихое место, где можно посидеть как минимум пять минут, чтобы никто не прерывал вас (это требование для всех упражнений). Неважно, что это за слово, важно, чтобы оно

вдохновляло, а не нагоняло скуку: любовь, успех, мужество, счастье, успех. Повторяйте его мысленно в течение 5 минут. Когда почувствуете, что можете больше, доведите количество времени до 10 минут.

Считать слова. Эта особая умственная деятельность очень эффективна в усилении вашего умственного внимания. Возьмите любую книгу – роман или школьный учебник – и попробуйте подсчитать количество слов на странице. Усложните упражнение, доведя подсчет слов до 5–10 страниц или даже целой главы. При этом вы должны использовать только глаза, водить пальцем по странице нельзя.

Наблюдение. Упражнение состоит из трех этапов. Каждый из них может длиться от 1 до 5 минут. Первый: возьмите физический объект. Это может быть фрукт, игрушка или предмет. Обратите внимание на его характеристики и особенности, не давая своему уму отвлечься от этого процесса. Уделите полностью внимание тому, что находится у вас в руках. Второй: держите в руках тот же объект, но при этом не думайте о его характеристиках, т. е. не допускайте ни одной мысли. Существует лишь вы и этот предмет. Третий: закройте глаза и мысленно представьте этот объект во всех подробностях. «Покрутите» его в своей голове.

Воспоминание. Вспомните, как прошел сегодняшний день. Если сейчас утро, думайте о вчерашнем. Закройте глаза и представьте, что смотрите фильм по телевизору, где вы – главный герой. Вспомните, что произошло утром от момента пробуждения, все детали. Что говорили, что было необычного или обыденного. Не пропускайте ни одной картинки.

Читать и переписывать. Чем больше сознательного внимания мы уделяем информации, тем больше фактов сохраним в памяти. Это упражнение показывает, насколько хорошо вы можете оттачивать то, что делаете. Прочитайте одну статью, после чего попытайтесь воссоздать содержание. Сравните результат.

Утро. Проснувшись рано утром, сделайте несколько упражнений. Первое: вращайте глазами в правую, потом в левую сторону, вверх, вниз в течение 30 секунд. Второе: закройте глаза, постарайтесь представить свой ежедневник, включая запятые, сокращения, зачеркивания. Третье: возьмите по ручке в каждую руку и попытайтесь одновременно нарисовать две разные фигуры. Это заставит оба полушария мозга работать одновременно, что положительно скажется на вашем внимании.

Помимо этого, рекомендуется тренировать свою осознанность. Это действительно является очень важным навыком, который необходим для развития внимания. Заведите себе дневник, в котором 5–10 раз в день (заранее решите, сколько именно) вы будете отвечать на следующие вопросы:

1. Что я сейчас делаю?
2. Зачем я это делаю?
3. Что я сейчас ощущаю?
4. Какие мысли в моей голове сейчас?
5. На что уходит мое время?
6. Это то самое занятие, которое мне нужно здесь и сейчас?

При помощи этих простейших вопросов вы начнете возвращать себя в настоящее, а также осознавать свое внимание. К концу дня вы уже с удовольствием будете размышлять о том, на что же его направить.

Тренировать свое внимание можно при помощи игр, упражнений и тренажеров.

1. Методика «Корректирующая проба».
2. Методика Мюрстерберга (Приложение 8).
3. Методика «Расстановка чисел» (Приложение 9).

Тренировка концентрации внимания

Разработана на основе известного теста Шульте, который представлен в двух уровнях сложности: облегченном и классическом. Суть выполнения теста заключается в максимально быстром выборе последовательности цифр

от 1 до 25, хаотично расположенном в квадрате. Быстрое выполнение заданий говорит о хорошей концентрации внимания и быстрой реакции.

Тренировка пространственного восприятия

Создана на основе диагностической пробы «Циферблаты». Она позволяет развивать пространственное мышление. Расстановка часовой и минутной стрелок по заданию стимулирует работу важнейших отделов мозга, располагающихся в теменной доле.

Тренировка мышления

Мыслительная деятельность представляет собой усвоение и обработку информации и установление причинно-следственных связей между объектами реальности как процесс отображения очевидных свойств объектов и явлений, формирования представлений об окружающей действительности и познания мира, основывающийся на непрерывающемся пополнении багажа понятий и представлений о нем. Тренировка мышления позволяет формировать мыслительные навыки.

Необходимо выделить основные виды мышления:

- наглядно-образное мышление;
- словесно-логическое (абстрактное) мышление;
- наглядно-действенное мышление;
- логическое мышление;
- творческое мышление.

Наглядно-образное мышление. При помощи наглядно-образного мышления реальность преобразовывается в образы, а обычные явления и объекты наделяются новыми свойствами. Оно предполагает зрительное решение проблем и задач без необходимости прибегать к практическим действиям. Наглядно-образное мышление не следует путать с воображением, т. к. в его основе лежат реальные предметы, действия и процессы, а не воображаемые или выдуманные.

Предлагаем несколько упражнений, направленных на развитие наглядно-образного мышления.

Вспомните нескольких людей, с которыми вам сегодня довелось общаться, и в деталях представьте их одежду, обувь, причёску, внешность и т. д.

При помощи всего двух существительных, одного наречия, трех глаголов и прилагательных опишите слова «успех», «богатство» и «красота».

Проведите несколько мысленных экспериментов: представьте форму ушей вашего домашнего животного или, например, слона; подсчитайте количество квартир в вашем подъезде и представьте, как они располагаются в доме; а теперь переверните английскую букву «N» на 90 градусов и определите, что из нее получилось.

Опишите в словах следующие объекты и явления: летящего лебедя, сверкающую молнию, кухню вашей квартиры, зарницу, сосновый бор, зубную щетку.

Воспроизведите в памяти образ недавней встречи с друзьями и дайте мысленные ответы на несколько вопросов: Сколько человек было в компании и какой была одежда у каждого из них? Какая еда и напитки были на столе? О чем вы беседовали? Каким было помещение? В какой позе вы сидели, какие ощущения испытывали, какой ощущали вкус от употребляемой еды и напитков?

Эти упражнения можно модифицировать по своему усмотрению. Можно делать все, что угодно, но главное – действовать именно наглядно-образное мышление.

Словесно-логическое мышление характеризуется тем, что человек, наблюдающий определенную картину целиком, вычленяет из нее лишь наиболее значимые качества, не обращая внимания на несущественные детали, просто дополняющие эту картину. Обычно выделяют три формы такого мышления:

– понятие – когда предметы группируются по признакам;

– суждение – когда какое-либо явление или связи между объектами утверждаются или отрицаются;

– умозаключение – когда на основе нескольких суждений делаются конкретные выводы.

Упражнения, развивающие словесно-логическое мышление

Засеките на таймере 3 минуты, напишите за это время максимальное количество слов, начинающихся на буквы «ж», «ш», «ч» и «я».

Возьмите несколько простых словосочетаний, например, «что на завтрак?», «пошли в кино», «приходи в гости» и «завтра новый экзамен», и прочитайте их наоборот.

Есть несколько групп слов: «грустный, веселый, медленный, осторожный», «собака, кошка, попугай, пингвин», «Сергей, Антон, Коля, Царев, Ольга» и «треугольник, квадрат, доска, овал». Из каждой группы выберите те слова, которые не подходят по смыслу.

Определите отличия между кораблем и самолетом, травой и цветком, рассказом и стихотворением, слоном и носорогом, натюрмортом и портретом.

Еще несколько групп слов: «Дом – стены, фундамент, окна, крыша, обои», «Война – оружие, солдаты, пули, атака, карта», «Молодость – рост, радость, выбор, любовь, дети», «Дорога – машины, пешеходы, движение, асфальт, столбы». Выберите из каждой группы одно или два слова, без которых понятие («дом», «война» и т. д.) могло бы существовать как таковое.

Данные упражнения можно достаточно легко модернизировать и видоизменить, упростив или усложнив по своему усмотрению. Именно благодаря этому каждое из них может стать отличным способом тренировки абстрактного мышления.

Наглядно-действенное мышление можно описать как процесс решения мысленных задач посредством преобра-

зования возникшей в реальной жизни ситуации. У взрослых людей данный вид мышления выражается в выявлении практической пользы у объектов окружающего мира, являясь так называемым ручным интеллектом. Прекрасным способом обучения и тренировки здесь можно назвать обычную игру в шахматы, составление пазлов и решение головоломок, лепку всевозможных фигурок из пластилина, однако есть и несколько эффективных упражнений.

Возьмите свою подушку и постарайтесь определить ее вес. Затем так же «взвесьте» свою одежду. После этого попробуйте установить площадь комнаты, кухни, ванной и других помещений своей квартиры.

Нарисуйте на альбомных листах треугольник, ромб и трапецию. Затем возьмите ножницы и превратите все эти фигуры в квадрат, разрезав один раз по прямой линии.

Выложите перед собой на столе 5 спичек и составьте из них 2 равных треугольника. После этого возьмите 7 спичек и составьте из них 2 треугольника и 2 квадрата.

Купите в магазине конструктор и составляйте из него различные фигуры, а не только те, что указаны в инструкции. Рекомендуется, чтобы деталей было как можно больше, например, 40–50.

Логическое мышление есть основа способности человека мыслить и рассуждать последовательно и без противоречий. Оно необходимо в большинстве жизненных ситуаций: от обычных диалогов и совершения покупок до решения различных задач и развития интеллекта. Этот вид мышления способствует успешному поиску обоснований каких-либо явлений, осмысленному оцениванию окружающего мира и грамотному выстраиванию речи и суждений. Главной задачей в этом случае является получение истинного знания о предмете размышлений с основой на разбор его разных аспектов. Среди рекомендаций для развития ло-

гического мышления можно выделить решение логических задач, логические игры, самообразование, чтение книг. Что же касается конкретных упражнений, то рекомендуем взять на заметку следующие.

Из нескольких наборов слов, например: «кресло, стол, диван, табурет», «круг, овал, мяч, окружность», «вилка, полотенце, ложка, нож» и т. п., нужно выбрать слово, не подходящее по смыслу. Несмотря на простоту, это очень эффективная технология развития логического мышления, а подобные наборы и упражнения можно в огромном количестве найти в Интернете.

Коллективное упражнение: соберитесь с друзьями или всей семьей и разделитесь на две команды. Пусть каждая команда предложит противоположной разгадать смысловую загадку, где передается содержание какого-то текста. Суть – определить, что это за текст. Вот небольшой пример: «Церковнослужитель имел в хозяйстве животное. Он испытывал к нему теплые чувства, однако, несмотря на это, произвел над ним насильственное действие, повлекшее его кончину. Случилось же это по той причине, что животное сделало непозволительное – съело часть еды, для него не предназначенной». Размышляя логически, можно вспомнить детскую песенку, начинающуюся со слов: «У попа была собака, он ее любил...»

Еще одна групповая игра: член одной команды совершает какое-либо действие, а участник другой должен найти его причину, а затем – причину причины, и так до того момента, пока не будут выяснены все мотивы поведения первого участника.

Творческим мышлением называют такой вид мышления, который позволяет необычным образом систематизировать и анализировать обычную информацию. Помимо того, что оно способствует неординарному решению типичных задач, вопросов и проблем, оно также повышает эффек-

тивность усвоения человеком новых знаний. Способы развития творческого мышления основываются на идее о том, что человек в течение своей жизни реализовывает лишь небольшой процент своего потенциала и его задача – найти возможности активизации незадействованных ресурсов.

Упражнения на развитие творческого мышления

Возьмите несколько понятий, к примеру, «молодость», «мужчина», «кофе», «чайник», «утро» и «свеча», и подберите к каждому из них максимально возможное количество определяющих их суть существительных.

Возьмите несколько пар разных понятий, например, «рояль – машина», «облако – паровоз», «дерево – картина», «вода – колодец» и «самолет – капсула» и подберите для них максимальное количество схожих признаков.

Представьте несколько ситуаций и подумайте, что может случиться в каждой из них. Примеры ситуаций: «по городу ходят инопланетяне», «из крана в вашей квартире бежит не вода, а лимонад», «все домашние животные научились говорить человеческим языком», «в вашем городе посреди лета в течение недели валит снег».

Осмотрите помещение, где вы сейчас находитесь, и остановите взгляд на любом заинтересовавшем вас объекте, к примеру, на шкафу. Запишите на листок 5 прилагательных, подходящих к нему, а затем – 5 прилагательных, абсолютно противоположных.

Вспомните свою работу, хобби, любимого певца или актера, лучшего друга или вторую половину и опишите это (его / ее) при помощи не менее 100 слов.

Вспомните какую-нибудь поговорку или изречение и напишите, основываясь на нем, небольшое сочинение, стихотворение или эссе.

Напишите список 10 покупок, которые вы совершили бы перед концом света.

Напишите план на каждый день для своего кота или собаки.

Составьте список своих 100 жизненных целей.

Напишите письмо себе в будущее, когда будете на 10 лет старше.

Задания для определения объема мышления

Понимание смысла пословиц и поговорок. Попросить участника занятия объяснить значение поговорки (не красна изба углами, а красна изба пирогами; под лежащий камень вода не течет; без труда не вытащишь и рыбку из пруда).

1. Методика «Исключение понятий» (Приложение 10).

2. Методика «Обобщение понятий» (пожилому человеку предлагается ряд картинок с изображением зверей, птиц, механических средств передвижения и просят назвать каждое из перечислений одним словом) (Приложение 11).

3. Рассказ по картинке.

Попросить пожилого человека составить рассказ по картинке (стимульный материал – любая тематическая картинка).

4. Последовательные картинки.

Попросить пожилого человека составить из отдельных картинок логическую цепочку (4–5 картинок, отражающих какой-либо сюжет в динамике).

Тренировка памяти

Память – это психический процесс, связанный со способностью усваивать, сохранять и воспроизводить следы прошлого опыта, позволяющий накапливать информацию, не теряя при этом прежних знаний, умений, навыков. Необходимо отметить, что память бывает:

- 1) долговременная;
- 2) кратковременная;
- 3) оперативная.

Долговременная память отвечает за информацию, которую мы получили однажды, чтобы она была актуальной всю жизнь. Кратковременная память важна для событий, которые произошли недавно или вот-вот произойдут. Оперативная память нужна в определенном моменте, она обслуживает действия, которые человек совершает прямо сейчас.

Все виды памяти взаимосвязаны: долговременная не могла бы существовать без кратковременной, а кратковременная без оперативной. Кроме того, бывает двигательная, образная, тактильная память.

Задания для определения объема памяти

1. Назовите 10 животных, городов, цветов, фруктов.
2. Кто в данный момент президент нашей страны?
3. Счет по Крепелину. Пациента (пожилого человека) просят вычитать из 100 по 7 единиц до наименьшего результата (например, 100, 93, 86, 79 ...).
4. Методика «Расстановки чисел».
5. Методика «Память на числа» (Приложение 7).
6. Методика «Оперативная память» (Приложение 6).
7. Методика «Память на образы».
8. «Воспроизведение рассказа». Пожилому человеку предлагается запомнить, записать и прочитать содержание текста. Порядок изложения фрагментов не учитывается.

Например. Корабль вошел в бухту, несмотря на сильное волнение моря. Ночь простояли на якоре. Утром подошли к пристани. 18 моряков отпустили на берег. 10 человек пошли в музей. 8 матросов просто решили погулять по городу. К вечеру все собрались вместе, зашли в городской парк, плотно поужинали. В 23 часа все вернулись на корабль. Вскоре корабль отправился в другой порт.

При оценке результата учитываются объем пересказа и логическая последовательность.

Расчеты результатов прохождения каждой тренировки (динамические наблюдения) заносятся в карту оценки

эффективности проведенной работы (Приложение 12) и сравниваются с аналогичными, полученными после завершения курса для оценки эффективности.

2.4. Обогащение двигательной активности пожилых граждан с когнитивными расстройствами

Физическая и двигательная активность – составная часть профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста и инвалидов, повышения функционального состояния организма, улучшению физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами лечебной либо адаптивной физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки.

При низкой физической активности (отсутствие любых видов физических нагрузок, за исключением естественной минимальной мышечной деятельности) в организме человека происходит ряд структурно-функциональных изменений, способствующих повышению уровня тревоги, более частому развитию депрессивных состояний, фобий, астено-невротических реакций, повышению риска развития деменции, снижению концентрации внимания.

В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения под физической активностью понимаются не только занятия какими-либо видами спорта, но и любой вид активности: домашние дела, двигательная активность (например, прогулка пешком или езда на велосипеде), активность в период профессиональной деятельности (если человек все еще работает), деятельность в рамках повседневной жизни, семьи и сообщества.

Состояние здоровья и качество жизни – важнейшие показатели пожилого контингента и инвалидов.

Уровень заболеваемости у лиц пожилого возраста намного выше, чем у людей трудоспособного возраста. Появ-

ляются невроты, слабеет память, снижается способность к овладению новыми знаниями и двигательными навыками, наблюдаются элементы двигательной дискоординации и быстрой утомляемости. Появляются изменения в суставах, в большей или меньшей степени нарушается подвижность в них, уменьшается амплитуда движений.

У лиц пожилого возраста особенно важным и значимым является даже не само наличие той или иной болезни, а то, в какой степени она ограничивает повседневную деятельность, способность к самообслуживанию (способность самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, осуществлять повседневную бытовую деятельность, соблюдать личную гигиену).

Неспособность пожилого человека и людей с инвалидностью самостоятельно справляться с повседневными заботами в быту приводит к зависимости от других людей, что вызывает у многих чувство неполноценности, бессилия, нежелания дальнейшего существования.

Наиболее острой проблемой является ограничение жизнедеятельности у лиц пожилого возраста и инвалидов. Под ограничением жизнедеятельности понимается полное или частичное отсутствие у человека способности или возможности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением.

Для приобретения новых навыков или восстановления утраченных функций необходимо много упражняться. В процессе перехода к физически активному образу жизни людям старших возрастных групп следует постепенно увеличивать частоту и длительность физических упражнений на протяжении определенного периода. Минимальный уровень физических упражнений слабой и умеренной интенсивности могут обеспечить регулярные прогулки, доступные большинству людей.

При когнитивных нарушениях рекомендуются адаптивная или лечебная физкультура, плавание в бассейне, прогулки на свежем воздухе, езда на велосипеде, скандинавская ходьба, танцы под любимую музыку, настольные игры: шахматы, шашки, нарды, а также разгадывание кроссвордов, ребусов, sudoku.

Виды повседневной физической активности, например, подъем по лестнице, садовые работы и т. д., также могут оказать благоприятное воздействие на состояние здоровья человека при условии, что интенсивность активности соответствует возможности каждого отдельного человека.

Рассмотрим некоторые виды физической активности.

Лечебная физкультура (адаптивная физкультура) при когнитивных нарушениях включает упражнения на координацию движений, равновесие, растяжение мышц (укрепляют волевую деятельность), упражнения для пальцев рук и кистей, гимнастику для глаз, дыхательные упражнения, а также упражнения на расслабление. Используются все виды исходных положений, применяются упражнения на все группы мышц. При соответствующей артериальной гипертензии в исходном положении лежа на спине нужно положить под голову подушку. Рекомендуется использовать гимнастическую палку, что поможет контролировать качество выполнения упражнений.

Массовые формы лечебной физической культуры применяются не только с лечебной, но и с профилактической целью для занятий с лицами пожилого возраста.

Ходьба. Умеренная гимнастика, всего 150 минут в неделю (или 75 минут высокой физической нагрузки), в сочетании с ежедневным хождением пешком не менее 500 метров увеличивает объем коры головного мозга человека во фронтальной и париетальных областях. Эти области ответственны за рабочую память, внимание и переключение с одного задания на другое.

Нейрофитнес для мозга. При выполнении специальных физических упражнений импульсы с проприорецепторов суставов и мышц стимулируют активность нервных центров, устанавливая связь между кинестетической, визуальной, оптико-моторной и аудиальной системами головного мозга. В результате в процессе восстановления участвует не только головной мозг, но и все тело, т. е. движение, рассматриваемое как афферентный импульс, направленный на увеличение потока сенсорной информации, поступающей в головной мозг, будет способствовать интеграции мозговой деятельности и улучшению высших мозговых функций.

Комплекс упражнений заключается в вовлечении вначале одной стороны тела (поднять правую руку и одновременно сделать шаг на месте правой ногой; вернуться в исходное положение; поднять левую руку и сделать шаг на месте левой ногой). Гетеролатеральные движения для вовлечения верхних отделов ствола, интегрирования мозга и активизации межполушарных связей вначале проводятся без пересечения средней линии тела.

1. Упражнение «Пистолетик» – из исходного положения вытянуть перед собой одновременно левую ногу и правую руку до горизонтальной линии. Для сохранения равновесия опорную ногу (в данном описании – правую) согнуть в колене. Вернуться в исходное положение, затем то же самое движение выполнить правой ногой и левой рукой. Опорная нога – левая. Вернуться в исходное положение.

2. Упражнение «Ящерица» – из исходного положения отвести правую ногу в сторону до 45 градусов, одновременно левую руку отвести от туловища и поднять вверх до 45 градусов. Принять исходное положение, затем то же движение выполнить противоположными конечностями (левой ногой и правой рукой).

3. «Лыжник» – сделать шаг вперёд правой ногой, перенести на неё вес тела, левую руку вытянуть вперёд. Левая

нога выпрямлена и разогнута в тазобедренном суставе, стопа касается пола. Вернуться в исходное положение, приставив правую ногу к левой, т. е. сделав шаг назад. Затем то же упражнение выполняется противоположными конечностями. При выполнении этого упражнения необходимо следить за вынесением опорной ноги вперёд, для этого совершается шаг вперёд в сочетании с вытягиванием руки с противоположной стороны.

Гетеролатеральные форсированные движения с пересечением средней линии, вращением плечевого пояса в одну сторону, а тазового – в другую, но с повышением интенсивности сигнала за счёт усилий, необходимых для совершения движения, и вовлечением большего числа нервных центров.

1. Упражнение «Футболист» – маховым движением левая нога пересекает среднюю линию тела и переднюю поверхность правого бедра. В это же время правая рука маховым движением пересекает среднюю линию тела и переднюю поверхность левого плечевого сустава. Туловище в момент этого движения производит ротацию: таз вращается в одну сторону, а плечевой пояс – в другую. Принять исходное положение и повторить движение противоположными конечностями (правой ногой и левой рукой).

2. Упражнение «Замочек» – сложные перекрёстные непривычные движения, требующие внимания и контроля со стороны обеих полушарий. Правую ногу поставить впереди левой, скрестив их. Руки вытянуть вперёд большими пальцами вниз, тыльной стороной друг к другу. Перенести правую руку над левой и сцепить пальцы в замок. Руки получают переплетёнными. Согнуть руки в локтевых суставах так, чтобы замок оказался на груди. Если гибкость или болезнность суставов не позволяют сделать это движение в полном объёме, то возможен облегчённый его вариант, доступный для выполнения конкретным человеком. Сохранять такую позу необходимо 1–2 минуты.

3. Сочетание гетеролатеральных движений с движением глаз и функциональной нагрузкой на оба полушария (для доминантного полушария – логическая нагрузка, для субдоминантного – творческая задача) для активизации связей между центрами, управляющими движениями конечностей, глазодвигательными ядрами ствола головного мозга, зрительными центрами и корой головного мозга справа и слева. При доминировании левого полушария упражнения выполняются следующим образом. Пожилой человек смотрит влево, одновременно производя арифметические вычисления в уме. Сложность вычислений зависит от возраста и предварительной подготовки.

4. Рисование знака бесконечности. Рисование знака бесконечности в воздухе, следя глазами за воображаемым рисунком и перенося центр тяжести с одной ноги на другую: правой рукой, двумя руками одновременно. Точка перекрёста линий находится на уровне средней линии тела. В точке перекрёста направление движения вверх, по бокам – вниз. При этом упражнении синхронизируются двусторонние гетеролатеральные импульсы от глаз, рук и всего тела.

5. Двуручное письмо и симметричные рисунки. Рисование симметричных фигур одновременно двумя руками включает оба полушария в выполнение одной задачи.

Разделить лист бумаги пополам вертикальной линией. Рисовать правой и левой руками одновременно так, чтобы движения и выполняемые рисунки получались зеркальными.

6. «Качания головой» (упражнение стимулирует мыслительные процессы). При выполнении этого упражнения следует глубоко дышать, расслабить плечи и опустить голову вперед. Голова должна медленно качаться из стороны в сторону, пока при помощи дыхания будет уходить напряжение. Подбородок должен вычерчивать в воздухе слегка изогнутую линию на груди по мере расслабления шеи (30 сек).

7. «Шапка для размышления» (упражнение улучшает внимание, ясность восприятия и речь). Выполняя это упражнение, нужно мягко завернуть три раза уши от верхней точки до мочки.

Упражнения с гимнастической палкой. Особенность упражнений с гимнастической палкой заключается в том, что фиксируются не только исходные и конечные положения рук, ног, туловища, но и путь движения палки. Это позволяет соизмерять точность выполняемых движений с различной амплитудой, оказывает избирательное воздействие на различные группы мышц, позволяет тренировать координацию движений.

Заниматься рекомендуется ежедневно, преимущественно в первой половине дня. При хорошей переносимости упражнений нагрузку постепенно рекомендуется увеличивать. При дискомфорте и боли при выполнении определенного задания его следует исключить из комплекса либо заменить подобным.

Стоя, ноги расставлены широко, палку удерживают в руках. Важно ухватить именно концы предмета. Попеременно снаряд приводят из горизонтального положения в вертикальное. Повторить необходимо 12 раз.

Используя то же исходное положение, вытянутые руки со снарядом поднимают на глубоком вдохе, на выдохе опускают. Упражнение повторяют 4–6 раз.

Исходное положение: ноги вместе, палка в опущенных руках. Поднять палку над головой прямыми руками, опустить за голову, вернуться в исходное положение. Выполнить 10–20 раз.

Ноги шире плеч, палка в вытянутых руках над головой. Наклоны туловища вправо и влево. Повторить 10–20 раз.

Исходное положение аналогично предыдущему упражнению. Повороты туловища с палкой вправо и влево. 10–20 раз.

Ноги на ширине плеч, палка за спиной, зажата в локтевых сгибах. Выполняют повороты туловища в стороны 10–15 раз.

Упражнение «Раскачиваем палку». Выполняется сидя на стуле. Гимнастическую палку одним концом поставить на пол, прижать нижний конец стопами, колени развести широко, кисти положить на верхний конец палки друг на друга. Опираясь на палку, выпрямить руки вперед, медленно наклоняясь вперед так, чтобы голова опустилась между руками на уровне ушей (выход). Вернуться в исх. положение (вдох). Выполнять 6 раз медленно.

Ноги на ширине плеч, палку держим руками ближе к концу. На выдохе палку поднимают над головой, на выдохе опускают за спину (руки согнуты в локтях) до ощущения дискомфорта, затем на вдохе палку снова поднимают над головой, на выдохе опускают перед собой до уровня груди. Повторить 10–15 раз.

Ноги на ширине плеч, палка в руках на уровне груди, руки согнуты в локтях. Двумя руками совершаем вращательные движения вперед до выпрямления рук 10–15 раз. Затем повторяем в обратном направлении. Возможно выполнение упражнения сидя на стуле.

Ноги на ширине плеч, палку держим за спиной вертикально, ближе к концам. Сохраняя вертикальное положение снаряда, опускаем и поднимаем палку 10 раз. Повторяем упражнение, меняя руки.

Ноги на ширине плеч, палка впереди внизу. Палка поднимается максимально над головой, одновременно правая нога отводится назад на носок. Вдох. На выдохе нога возвращается на место, одновременно палка на вытянутых руках опускается вперед до уровня груди. Повторяем упражнение с левой ногой 10 раз.

Выполняется без обуви. Снаряд лежит на полу. Серединой стопы наступаем на палку. Совершаем приставные шаги в сторону до конца палки. Повторяем шаги в другую сторону.

Упражнение «Перекат». Выполняется без обуви. Снаряд лежит на полу. Серединой стопы наступаем на палку. Поднимаемся поочередно на носки, на пятки.

Упражнение «Перекат в положении сидя». Выполняется без обуви. Снаряд лежит на полу. Серединой стопы наступаем на палку. Перекатываем палку стопами назад 10–15 раз.

Сидя на стуле спиной плотно к спинке. Снаряд лежит на бедрах. Перекатываем палку ладонями по передней поверхности бедра 10–15 раз. Повторяем упражнение ребром ладони (ульнарной стороной и радиальной с отведенными большими пальцами).

Перехват. Сидя на стуле, держим снаряд перед собой. Выполняем перехваты кистями рук от одного края палки к другому 10–15 раз.

Асимметричный перехват. Кисти захватывают снаряд: правая сверху, левая снизу. От одного края палки к другому 10–15 раз.

Упражнение «Гусеница». Снаряд держим вертикально одной рукой, перехватывая его пальцами снизу вверх и сверху вниз. Повторяем другой рукой.

Упражнения на баланс. Атактические расстройства часто сопровождают когнитивные нарушения у большей части пожилых людей, приводя к формированию такого опасного гериатрического синдрома, как падения. Однако умеренные, но регулярные нагрузки на вестибулярный аппарат способны увеличивать мозговой кровоток в целом, а также в непосредственно вовлеченных в работу зонах. Упражнения на баланс целесообразно применять не реже трех раз в неделю. Особенность упражнений заключается в том, что все они выполняются без наклона корпуса.

Упражнения на баланс необходимо выполнять по индивидуальной программе в целях безопасности получателя социальных услуг.

Ходьба на месте с закрытыми глазами. Пожилой человек стоит прямо. Глаза закрыты. На расстоянии нескольких сантиметров от его ног проводятся линейные ориентиры (рисунок на напольном покрытии, кладется карандаш или лента). Пожилой человек шагает на месте около минуты. Ориентиры на полу служат для контроля отклонений при ходьбе.

Ходьба по линии. Пожилому человеку предлагается пройти по одной линии без отклонений (лента, веревка, рисунок на напольном покрытии) максимально ровно. Выполняется с открытыми глазами.

Друг перед другом. Пациент стоит прямо. Руки на поясе. Стопы в одну линию «пятка к носку». Закрывает глаза. Конечная цель этого упражнения – простоять так не менее 20 секунд.

На цыпочках. Пожилой человек стоит прямо. Стопы вместе. Руки на поясе. Закрывает глаза. Простоять 20 секунд и подняться на носки.

Цапля. Выполняется стоя, с закрытыми глазами. Одна нога согнута и оторвана от пола. Удерживать вертикальное положение максимально долго.

Рекомендуется на занятиях по двигательной активности применять также тренажеры для развития моторики рук, концентрации внимания, развития тонуса мышц верхних конечностей.

Для приобретения навыков самомассажа будут использованы массажные мячи и шарики и т. п. Перед началом занятий проводится пальчиковая гимнастика.

Для улучшения мелкой моторики рук целесообразно проводить занятия, на которых люди пожилого возраста и инвалиды с когнитивными нарушениями делают поделки, аппликации, перебирают мелкие предметы.

Примерные упражнения для проведения занятий по двигательной активности граждан пожилого возраста и ин-

валидов с когнитивными нарушениями приведены в Приложении 13.

От чего лучше воздержаться

Пожилым людям стоит воздержаться от силовых тренировок. Они не только травмоопасны, но и не нужны. Активность мышц у стареющих людей снижена, и их рост затруднен. Необходимо обязательно учитывать, что нагрузка для пожилого человека подбирается индивидуально.

Физические нагрузки, рекомендуемые лицам пожилого возраста

1. Утренняя зарядка в течение 15–20 минут с соблюдением правильного дыхания.

2. Ходьба, пешеходные прогулки. Прежде чем приступить к физическим упражнениям, необходимо посоветоваться с врачом. Ходьба должна быть быстрой, только тогда она будет иметь тренирующий эффект. Почему пожилым людям (да и не только пожилым) следует больше ходить? Во-первых, при ходьбе, как и при всяком физическом упражнении, мышцы совершают работу, организм расходует энергию, тратит энергетические вещества. Установлено, что при ходьбе расходуются главным образом углеводы и жиры. У многих отмечается склонность к накоплению жира. Время для прогулки предпочтительно выбирать утреннее, но неплохо пройтись и вечером, особенно тем, кто страдает бессонницей. Пожилым людям, склонным к полноте, следует прогуливаться и после обеда.

3. Для тренированных людей полезны занятия плаванием, футболом, теннисом, ходьба на лыжах, упражнения на растягивание мышц. Занятия лыжным спортом регулируют артериальное давление крови, понижая его, если у человека оно несколько повышено, благотворно влияют на дыхательную систему.

2.5. Включение пожилых граждан в активную социокультурную деятельность

В российской науке термин «социально-культурная деятельность» был введен в 1974 г. профессором М.С. Каганом в монографии «Человеческая деятельность». Он рассматривает человеческую деятельность как двухуровневую биосоциальную систему. По его мнению, первым уровнем считается биологическая жизнедеятельность человека, вторым – социально-культурная или же специфическая человеческая деятельность. «У человека, – пишет М.С. Каган, – биологическая жизнедеятельность остается материальной базой, на которой выстраивается здание социокультурной деятельности, но это последнее вбирает в себя свой биологический фундамент, не позволяя ему функционировать в чистом виде».

Изучением и разработкой понятия «социально-культурная деятельность» занимались различные ученые. Так, Н.Н. Ярошенко в книге «История и методология теории социально-культурной деятельности» отмечает, что определения социально-культурной деятельности имеют более чем полувековую историю и представляют разные научные подходы: от социально-философского (Ж.Р. Дюмазедье), философско-культурологического (М.С. Каган, М.А. Ариарский) до социально-информационного (А.В. Соколов) и педагогического (Т.Г. Киселева, А.С. Ковальчук, Ю.Д. Красильников, Н.Ф. Максютин, Н.Н. Ярошенко и др.).

Социально-культурная деятельность – это: совокупность педагогических технологий, которые обеспечивают превращение культурных ценностей в регулятив социального взаимодействия, а также технологично определяют социализирующие воспитательные процессы (Н.Н. Ярошенко); культурная деятельность субъектов по созданию культурных ценностей (творчеству), развитию способностей индивидов и обслуживанию их творческой деятельности,

коммуникации, т. е. распространению всех видов культурных ценностей (А.В. Соколов); исторически обусловленный, педагогически направленный и социально-востребованный процесс преобразования культуры и культурных ценностей в объект взаимодействия личности и социальных групп в интересах развития каждого члена общества (Т.Г. Киселева, Ю.Д. Красильников); управляемый обществом и его социальными институтами процесс приобщения человека к культуре и активное включение самого человека в этот процесс (В.В. Туев).

Социально-культурная деятельность пожилых людей имеет свои особенности, которые обусловлены прежде всего функциональными, возрастными изменениями организма и наличием большего количества свободного времени по сравнению с молодым поколением.

Сегодня социально-культурная деятельность может рассматриваться как самостоятельная подсистема общей системы воспитания, социализации и образования людей, с одной стороны, и как средство реабилитации – с другой.

Осуществление реабилитации посредством социокультурной деятельности имеет конечной целью улучшение психологического и физического состояния пожилого человека, социальную интеграцию и активное участие в обществе, включенность в социальные структуры, связанные с различными сферами жизнедеятельности. Качество жизни каждого гражданина зависит от его включенности в социально-культурное взаимодействие. На сегодняшний день признана эффективность терапевтического воздействия культуры и искусства как на здорового человека, так и на человека с ограниченными возможностями здоровья.

По этой причине социально-культурная деятельность во всем ее разнообразии занимает достойное место в комплексе мер реабилитации пожилых людей и может быть определена как социокультурный вид реабилитации.

Основными функциями социально-культурной деятельности в обществе являются: информационно-просветительская; нормативная; – коммуникативная; культуротворческая; рекреативно-игровая (рекреативно-оздоровительная).

Основными средствами социально-культурной деятельности являются: живое слово; печать; радио, телевидение, Интернет; наглядные и технические средства; литература и изобразительное искусство; спорт; художественная самодеятельность.

В основу современной социально-культурной деятельности, ее функций, видов, форм положены следующие принципы:

– добровольности и общедоступности социально-культурной деятельности. Добровольность – это возможность свободного выбора занятий из разнообразия видов деятельности, предлагаемого социально-культурными учреждениями, в соответствии со своими возможностями, установками, предпочтениями. Деятельность и ее содержание определяются прежде всего уровнем духовного развития личности, она организуется по собственному усмотрению, для своего развития;

– неразрывной связи социально-культурной деятельности с жизнью, с практическими задачами реформирования общества;

– преемственности и последовательности в освоении культурного наследия. Освоение богатства человеческой культуры, передача ценностей и традиций от поколения к поколению всегда осуществляются обществом через воспитание, просвещение, обучение, включение в социально-культурные практики, соответствующие возрастным особенностям и возможностям. Культурные ценности, ценностные ориентиры личности формируются через участие в различных сферах социально-культурной деятельности;

– развития инициативы и самостоятельности. В пирамиде человеческих потребностей (по А. Маслоу) эстетические потребности, потребность в признании, самовыражении и самоактуализации принадлежат уровню метамотивации. Человеку присуще желание расширять диапазон своих социальных ролей, проявлять себя как личность с различных сторон, реализовывать себя в разных творческих качествах;

– дифференцированного подхода к различным социально-демографическим группам. Изучение конкретных социально-демографических групп (с учетом возраста, пола, уровня образования, профессиональной деятельности), выявление их интереса к определенному виду деятельности позволяют не только определять содержание социально-культурных мероприятий, но и подойти к разработке наиболее эффективных методов и форм работы с этими группами. Дифференцированный подход может осуществляться на групповом и индивидуальном уровнях. Для организации социально-культурной деятельности необходимо принимать во внимание также конфессиональные, этнические, региональные особенности культурной среды;

– системности и последовательности. Социально-культурная деятельность предполагает системный подход, включение ее в качестве подсистемы в более сложные системы. Формулирование целей, разработка технологий, определение субъекта и объекта деятельности, методов осуществления социально-культурной деятельности, прогнозирование результатов – взаимосвязанные и взаимообусловленные элементы.

Широко известна следующая классификация форм социально-культурной деятельности в учреждениях социального обслуживания по охвату клиентов.

1. Индивидуальная форма работы – дойти до каждого, выстроить диалог, взаимопонимание, помочь в решении проблем, ответить на вопросы, воздействовать на чувства и мысли.

Формы индивидуальной работы:

– беседы: литературная или театральная форма устного или письменного обмена в разговоре между двумя и более людьми;

– консультация: объяснение, разъяснение каких-либо понятий, ответы на вопросы; индивидуальное занятие.

2. Групповая форма работы:

– встречи: организация людей в определенном месте, общение, обсуждение и анализ ситуации, проблем и успехов;

– тренинги: метод активного обучения, направленный на развитие знаний, умений, навыков и социальных установок.

В зависимости от подбора методов подачи содержания и направлений деятельности можно выделить следующие группы форм:

– информационно-просветительские: лекции, доклады, беседы, круглые столы, вечера встреч, клубные гостиные и др.;

– зрелищно-развлекательные: праздники, концерты, фестивали, обряды и т. п.;

– игровые – всевозможные индивидуальные и командные спортивно-игровые состязания, конкурсы, аукционы, а также тематические игровые программы. К этой группе можно отнести также формы, построенные с применением родовых приемов, – иллюстрации или театрализации.

К групповым формам социально-культурной деятельности относятся: любительские объединения со всевозможными проявлениями жизнедеятельности; клубы по интересам; клубные гостиные, музыкальные салоны, литературные салоны, диспуты, деловые игры, аукционы идей и т. д., которые создают свою неповторимую обстановку для восприятия происходящего. Среди многих групповых форм культурно-досуговой программы наибольшую популярность завоевывают клубные гостиные, где проводятся диспуты. Диспут – это столкновение различных точек зрения. Проведение диспута во многом зависит от ведущего, кото-

рый должен добиваться активности аудитории, уметь корректировать ошибочные мнения, разрешать конфликтные ситуации.

Основу процесса социально-культурной жизни людей пожилого возраста составляют «разнопрофильные клубно-досуговые программы и проекты, способствующие объединению людей, удовлетворению их потребностей в самореализации и самоутверждении, формированию здоровой психики, доброжелательного настроения, развитию творческой инициативы и самостоятельности этих групп населения».

К методам социально-культурной деятельности относят организованные занятия чтением, музыкой, театром, изобразительной деятельностью разного характера, включение в разные виды игровой деятельности (настольные, компьютерные, развивающие, познавательные игры, турниры, конкурсы, соревнования). Игры могут быть адаптированными для пожилых людей с учетом их особенностей и возможностей путем корректировки игровых элементов, например, сокращение времени проведения, численности участников, облегчение условий игры и др. Распространение получают включение пожилых с разными ограничениями в туристическую, оздоровительную, образовательную, рекреационную деятельность.

С помощью диагностики, проведенной с использованием Монреальской шкалы оценки когнитивных функций, нами были выявлены следующие нарушения у пожилых людей:

– проблемы с точностью воспроизведения информации, с ее объемом;

– проблемы с концентрацией внимания, двигательные нарушения, проблемы с мелкой моторикой.

На основании полученных данных мы разработали и частично реализовали программу социально-культурной деятельности для пожилых людей с когнитивными нарушениями. Цель программы: улучшение когнитивных функций

у пожилых получателей социальных услуг комплексного центра с помощью социально-культурной деятельности.

Программа социально-культурной деятельности предполагает групповую форму работы. Продолжительность каждого занятия варьируется от 40 до 90 минут.

Культуротворческое направление связано с развитием способностей, раскрытием талантов пожилого человека, самореализацией, а также с созданием некоего творческого продукта. В рамках данного направления будут реализованы следующие мероприятия:

– литературно-музыкальный вечер «Вечер бардовской песни». Мероприятие направлено на знакомство пожилых людей с жанром бардовской песни, улучшение эмоционального состояния и развитие художественного мировоззрения; мастер-класс «Палитра весенних красок» способствует тренировке памяти, мелкой моторики рук;

– коммуникативное направление предполагает реализацию потребности пожилого человека в общении и реализуется в следующих мероприятиях: музыкально-поэтическая гостиная «С песней по жизни», приобщающая пожилых людей к музыкальному искусству и поэтическому творчеству, развивающая коммуникативные навыки, тренирующая память, улучшающая психоэмоциональное состояние пожилых людей; «Вечер кино» помогает снимать эмоциональное напряжение у пожилых людей, тренирует внимание, память, наблюдательность;

– информационно-просветительское направление помогает формировать и удовлетворять информационные, познавательные и интеллектуальные потребности населения. Эта категория мероприятий содействует просвещению граждан в различных сферах жизни: культуре, медицине, правовых вопросах и т. д. Реализуется в следующих мероприятиях: лекции «Финансовая грамотность» направлены на повышение

уровня финансовой грамотности среди людей старшего поколения, преодоление неуверенности и непонимания современных финансовых технологий, формирование основных принципов и правил принятия решений по использованию финансовых продуктов и услуг; экскурсии в Краеведческий музей направлены на знакомство с историей края древнейших времен до современности. В ходе мероприятия тренируются память, внимание, концентрация пожилых людей; интеллектуальная игра «Своя игра» способствует тренировке памяти, внимания, концентрации, улучшает психоэмоциональное состояние пожилых людей;

– рекреативно-оздоровительное направление посвящено восстановлению физических и интеллектуальных сил человека, гармонизации психики через участие в различных видах отдыха и развлечениях. Данное направление представлено в следующих мероприятиях: «Соревнование по скандинавской ходьбе» направлено на приобщение пожилых людей к здоровому образу жизни, улучшение их психоэмоционального состояния, координации, общего состояния, укрепление суставов ног и рук; экскурсии в экопарк «Гремячая грива» способствуют улучшению здоровья, эмоционального состояния; в фан-парк «Бобровый лог» – направлены на укрепление как физического, так и психологического здоровья, повышение двигательной активности пожилых людей.

Эффективность разработанной нами программы отслеживалась непосредственно во время проведения мероприятий и в конце во время рефлексии. Пожилые люди делились своими впечатлениями, тем, что было для них полезно, интересно. Кто-то вспоминал давно забытую информацию, кто-то узнавал, пробовал новое. Они не останавливались только на занятиях в условиях комплексного центра, но и занимались дома, просили поделиться раздаточным материалом.

2.6. Формирование безопасного поведения граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями

Переживая физическое угасание и ухудшение интеллектуальной деятельности, человек становится беспомощным в условиях угрожающих ситуаций, которые возникают в жизни. Чтобы избежать множества неприятностей и обеспечить комфортное пребывание пожилых людей и инвалидов с когнитивными нарушениями в подразделениях (группах) дневного пребывания учреждений социального обслуживания, а также и в домашних условиях, целесообразно уделить максимальное внимание мерам безопасности.

Прежде всего необходимо обратить внимание на создание **безопасной окружающей среды**.

В помещениях учреждения полы должны быть чистыми и сухими, на них не должно быть ненужных предметов. У ковров и ковровых покрытий не должно быть загнутых краев, потрепанных или порванных частей. Ковры (ковровые покрытия) должны иметь нескользящее основание. В напольных покрытиях не должно быть высоких перепадов. На пути из одного помещения в другое не должно быть препятствий, порогов или незакрепленных проводов.

У лестниц по всей длине должны быть перила, в верхней и нижней частях лестницы – ограждения. Перила и ограждения необходимо надежно закрепить. На лестницах не должно быть ковровых дорожек. Края ступеней желательно «окантовать» нескользким материалом. Пороги и края ступенек и на лестнице желательно отметить, например, желтой лентой (или краской), чтобы их было хорошо видно.

Освещение должно быть достаточным и днем, и в вечернее время. Выключатели должны располагаться так, чтобы до них было удобно достать рукой. Для освещения лучше использовать лампочки высокой мощности.

Мебель и стены внутренних помещений желательно оборудовать поручнями. Не следует использовать мебель с выступающими углами и ножками. Наиболее часто используемые предметы необходимо разместить для хранения на нижних полках (приблизительно, на уровне пояса).

Немаловажным направлением работы по формированию безопасного поведения граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями является **электробезопасность**. О том, что с электричеством нужно обращаться осторожно, все знают с раннего детства. Однако в пределах родного дома, в уютной обстановке, в окружении привычных вещей люди легко забывают об опасности. Последствия неправильного или неосторожного обращения с электроприборами могут быть плачевными. Причины несчастных случаев с электричеством в быту остаются практически неизменными на протяжении десятилетий – это нарушение правил эксплуатации или использование неисправных электроприборов, неосторожность и невнимательность при обращении с электричеством, попытки самостоятельной разборки и ремонта электроприборов. Казалось бы, об этих причинах знают и помнят все, начиная с детсадовского возраста, но многие упорно не обращают внимание на предупреждения. С точки зрения психологии это понятно: в своей квартире человек ощущает себя в безопасности, бытовые приборы являются для него лишь частью комфортной обстановки, а привычка регулярного пользования ими ослабляет чувство осторожности. Сегодня в каждом доме имеется не один десяток различных электрических устройств – это осветительные приборы, телевизоры, холодильники, стиральные машины, утюги, электрочайники, обогреватели и т. п. Стационарные осветительные приборы (люстры, светильники, бра) редко являются причинами электрических травм или пожара, поэтому для них основное правило – не оставлять на длительный срок включенными без присмотра

и не располагать рядом горючие предметы во избежание их возгорания. Для переносных светильников потенциально опасным местом являются провода: нарушение их изоляции может привести к поражению электрическим током, а повреждение токоведущей жилы – к искрению и возгоранию. К радиоэлектронным приборам относятся телевизионные и радиоприемники, проигрыватели, усилители, компьютерная техника. При пользовании электронными приборами необходимо строго соблюдать правила эксплуатации, указанные в документации к ним. Электронагревательные приборы имеют большую потребляемую мощность, поэтому нельзя одновременно подключать несколько таких устройств к одной розетке: это может вызвать чрезмерный нагрев проводов, разрушение их изоляции, оплавление и возгорание. Необходимо также следить, чтобы шнур питания прибора не попадал на горячий нагревательный элемент, так как это может вызвать повреждение изоляции и короткое замыкание.

Пожарная безопасность может быть обеспечена мерами пожарной профилактики и активной пожарной защиты. Пожары происходят от беспечного отношения к огню самих людей. Основными причинами пожаров в быту являются:

- неосторожное обращение с огнем при курении и приготовлении пищи;

- использование электробытовых приборов, теле-, видео- и аудиотехники, не адаптированных к отечественной электросети или неисправных;

- проведение электрогазосварочных работ при ремонтных работах в квартирах.

Разобраться в основах и не забывать простые правила пожарной безопасности помогут беседы и лекции с привлечением представителей МЧС.

Формирование правовой безопасности у граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями – это следующее направление работы во избежание не-

правомерных действий. Мероприятия в данном направлении должны носить профилактический характер и быть направлены на информирование о правах, обязанностях, ответственности, последствиях несоблюдения закона, а также вопросов, касающихся имущества и денежных средств.

Если говорить о правовой безопасности – это состояние защищенности жизненно важных интересов личности (общества, государства) от внешних и внутренних угроз. Пожилых людей необходимо оградить от такого рода опасности, разъясняя, например, недопустимость проникновения в жилище против их воли, за исключением случаев, установленных законом, или на основании судебного решения. Это касается и случаев, нарушающих право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни лица, частную собственность и пр. Лица пожилого возраста подвергаются риску неправомерного завладения их жильем при совершении сделок купли-продажи, оформлении договоров пожизненного содержания с иждивением. Они могут поставить свою подпись под документом, не ознакомившись с ним, отдать деньги мошенникам за несуществующие услуги.

Мошенничество – это обман или злоупотребление доверием с целью завладения чужим имуществом либо правом на чужое имущество (собственность или деньги). Мошенничество является преступлением. Основной принцип мошенничества – ввести жертву в заблуждение, установив с ней доверительные отношения, и, воспользовавшись этим доверием, побудить ее под тем или иным предлогом добровольно передать деньги, имущество, права на что-либо. Эта «добровольность» делает мошенничество особенным в ряду других корыстных преступлений: во-первых, жертва, даже поняв, что ее обманули, не обращается в правоохранительные органы, стыдясь своего легко-

верия или будучи уверена, что все равно ничего не удастся сделать; во-вторых, доказать состав преступления бывает достаточно сложно, так как для этого необходимо объективно подтвердить факт обмана.

Самый распространенный вид мошенничества среди граждан пожилого возраста и инвалидов – медицинское мошенничество, жертвами которого становятся больные люди, соглашающиеся на любую помощь, лишь бы она была действенной. Общая схема мошенничества в медицине такая же, как во многих других сферах: заставить клиента поверить мошеннику и выманить у него деньги в обмен на недейственные услуги или на товары с искусственно завышенной ценой. Мошенничество построено на знании психологии и стереотипов поведения человека. Стратегия и тактика мошенничества обычно хорошо продуманы. Они направлены на достижение цели с минимальным для мошенника риском.

Необходимо среди пожилых людей и инвалидов чаще проводить практические занятия по профилактике мошенничества с привлечением работников банка, полиции, МЧС.

Информационная безопасность – довольно емкая и многогранная проблема, охватывающая не только определение необходимости защиты информации, но и то, как ее защищать, от чего защищать, когда защищать, чем защищать и какой должна быть эта защита. Информационная безопасность – это состояние защищенности информационной среды общества, обеспечивающее ее формирование, использование и развитие в интересах граждан, организаций, государств. Как и всякий продукт, информация имеет потребителей, нуждающихся в ней, и потому обладает определенными потребительскими качествами, а также имеет и своих обладателей или производителей. С точки зрения потребителя, качество используемой информации позволяет получать дополнительный экономический

или моральный эффект. С точки зрения обладателя, сохранение в тайне важной коммерческой информации позволяет успешно конкурировать на рынке производства и сбыта товаров и услуг. Это, естественно, требует определенных действий, направленных на защиту конфиденциальной информации. Обеспечение безопасности информации не может быть однократным актом. Это непрерывный процесс, заключающийся в обосновании и реализации наиболее рациональных методов, способов и путей совершенствования и развития системы защиты, непрерывном контроле ее состояния, выявлении ее узких и слабых мест и противоправных действий. Безопасность информации может быть обеспечена лишь при комплексном использовании всего арсенала имеющихся средств защиты во всех структурных элементах производственной системы и на всех этапах технологического цикла обработки информации. Наибольший эффект достигается тогда, когда все используемые средства, методы и меры объединяются в единый целостный механизм – систему защиты информации. При этом функционирование системы должно контролироваться, обновляться и дополняться в зависимости от изменения внешних и внутренних условий. Информация играет важную роль в жизнедеятельности пожилых граждан и инвалидов. Но не каждая информация, полученная людьми, достоверна. Иногда обстоятельства складываются так, что людям в жизни нужен профессиональный помощник, такими помощниками и являются специалисты и социальные работники. Консультирование как технологический способ решения социальных проблем – это процедура, имеющая целью ориентацию отдельных граждан и инвалидов путем советов, указания на альтернативные формы оказания помощи, определения целей и обеспечения необходимой информацией.

Право на безопасность – это фундаментальное естественное право человека. Опаснейшим посягательством на безопасность людей, нарушающим это право, есть **терроризм**. Под терроризмом принято понимать использование насилия или угрозы его применения в отношении отдельных лиц, группы лиц или различных объектов с целью достижения политических, экономических идеологических и иных выгодных террористам результатов.

Существуют различные виды терроризма, о которых необходимо рассказывать пожилым гражданам и инвалидам с когнитивными нарушениями в доступной форме. В настоящее время широкое распространение получил так называемый «психологический терроризм».

Питание, безопасность и качество продуктов – один из главных факторов сохранения здоровья человека. Продукты питания во все времена были одной из важнейших составляющих жизни людей. Потребители заинтересованы в получении качественных и безопасных для здоровья продуктов. Говоря об экологической безопасности пищевых продуктов, имеют в виду защищенность жизненно важных экологических интересов человека, прежде всего его прав на чистую, здоровую, благоприятную для жизни окружающую среду. Современные проблемы в экологии питания возникли относительно недавно. Рост уровня загрязнения окружающей среды, а также появление огромного количества новых пищевых добавок вызвали необходимость создания международного пищевого законодательства, ужесточающего требования к безопасности продуктов питания. Безопасность пищевых продуктов становится все более важной глобальной проблемой. Болезни пищевого происхождения оказывают значительное воздействие на здоровье. Миллионы людей заболевают и многие умирают в результате употребления в пищу опасных продуктов. Поэтому огромная роль отводится обеспечению безопасности

потребления продуктов питания. Обеспечение безопасности пищевых продуктов включает действия, направленные на обеспечение максимально возможной безопасности всех пищевых продуктов. Политика и действия по обеспечению безопасности пищевых продуктов должны охватывать пищевую цепь на всем ее протяжении – от производства до потребления. Пожилые люди чаще всего становятся жертвами некачественной продукции. К некачественной продукции можно смело отнести как экологически опасные продукты (продукты, произведенные из экологически опасного сырья), так и продукцию с истекшим сроком годности или продукцию, искусственно доведенную вторично до товарного вида, с исправленными сроками реализации. Также необходимо проводить беседы о гигиене питания – значении витаминов в питании человека пожилого возраста.

Лекарственная безопасность является одним из приоритетных направлений современной медицины и фармации. Ее актуальность определяется динамическим ростом фарминдустрии, обеспечивающим создание и продвижение на рынок огромного количества новых медикаментов; мощными биологическими эффектами лекарственных средств, способных существенно модифицировать структурно-функциональные взаимоотношения органов и систем человеческого организма; повышением сенсбилизации пациентов к химическим и биологическим веществам в результате полипрагмазии, применения недоброкачественных медикаментов (нарушение правил их хранения, использование подделок, которые содержат плохо очищенные субстанции, токсичные наполнители и т. п.); ростом числа случаев развития у пациентов тяжелых осложнений фармакотерапии, требующих не только экстренных госпитализаций, но и являющихся причиной летальных исходов. Создание лекарственного средства, лишённого неблагоприятных эффектов, является хотя и желаемой, но невыполнимой задачей. Поэтому

в выборе того или иного лекарственного средства практикующий врач должен ориентироваться на его безопасность, определяемую по соотношению пользы и риска от его применения у конкретного пациента. Среди факторов, определяющих выбор лекарственного средства врачом, и особенно пациентом, существенную роль играет реклама, на которую ежегодно расходуются очень большие деньги. Для стран с низким доходом на душу населения специфическим фактором, детерминирующим выбор врачом и пациентом лекарственного средства, является его стоимость. По существующим международным стандартам, обеспечение безопасности лекарственного средства есть процесс, начинающийся с момента его разработки, синтеза, лабораторных, клинических испытаний и продолжающийся (в случае получения допуска) непрерывным мониторингом в течение всего периода нахождения на фармацевтическом рынке. Если поступающих сигналов о неблагоприятной реакции конкретного лекарственного препарата становится достаточно много и представленная информация имеет высокую степень достоверности, структуры, ответственные за лекарственную безопасность, обязаны отреагировать.

Возможные виды реагирования:

– дополнительные целенаправленные исследования или специализированный мониторинг оценки значимости поступившей информации;

– внесение в инструкцию по применению лекарственного препарата дополнительной информации, указывающей на выявленные неблагоприятные лекарственные реакции с перечислением факторов, предрасполагающих к их появлению, и / или групп риска, а также предупреждающей пациентов о необходимости отслеживания появления указанных реакций и информирования специалистов. Дополнительно издается распространяемый среди медиков и фармацевтов информационный листок;

- ограничение использования лекарственного препарата, если соотношение риск / польза это позволяет;
- отзыв лекарственного препарата с рынка или запрет на его использование.

Мировой опыт показывает, что наряду с контролирующими структурами и фирмами-производителями ключевым звеном системы обеспечения лекарственной безопасности является практикующий врач. Его информированность в этих вопросах, равнодушие и активная жизненная позиция – важные составляющие безопасной фармакотерапии.

Подводя итог вышесказанному в данном разделе, необходимо обобщить и указать на важные направления работы по формированию безопасного поведения граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями.

1. Повышение бдительности пожилых людей и инвалидов во всех сферах личной и общественной жизни.
2. Предотвращение несчастных случаев в быту.
3. Снижение уровня преступлений, связанных с доверчивостью лиц данной категории граждан.
4. Повышение стрессоустойчивости пожилых людей.
5. Осознание приоритетности безопасности во всех сферах жизни.
6. Освоение основ здорового образа жизни, обеспечивающих полноценное безопасное существование.
7. Совершенствование социальных технологий по формированию безопасности пожилых людей в современном городе.
8. Повышение личной безопасности и безопасности окружающих.
9. Оказание помощи в адаптации к возрастным особенностям жизнедеятельности.
10. Снижение депрессивной обстановки и повышение у граждан социально-правовой грамотности.
11. Владение полной и достоверной информацией.

2.7. Создание эффективного жизненного пространства для людей пожилого возраста с когнитивными нарушениями

Для организации внутреннего пространства центров дневного пребывания для граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями необходимо выделить следующие принципы.

Функциональность. Организация пространства должна быть систематизирована в соответствии с потребностями человека и его когнитивными нарушениями и разграничена на блоки: одиночного отдыха, досуговый, медицинский, уходовый (гигиена), пищевой.

Адаптивность. Пространство должно иметь возможность вариативности функций. Предназначение пространства может менять свои функции в зависимости от смены действий, выполняемых пожилым человеком.

Эргономичность. Предполагает улучшение планировочного решения, интерьера в зависимости от требований к состоянию пожилого человека, степени когнитивных нарушений. Оптимальные габариты необходимого пространства для человека.

Приватность. Создание таких условий в жилом пространстве пожилого человека, при которых он будет ощущать внутреннюю среду комфортной, «родной», включая личное пространство, позволяющее пожилому человеку оставаться наедине. Так, люди пожилого возраста и окружающие их должны понимать разграничение личного пространства, в котором присутствуют личные вещи пожилого человека и возможность заниматься любимым делом.

Безопасность. Очень важный принцип, предполагающий создание условий, минимизирующих риск получения травм, повреждений и другого вреда жизни и здоровью пожилого человека. Необходимо учитывать тот факт, что при

когнитивных нарушениях условия должны способствовать улучшению состояния здоровья: простота навигации, наличие оборудования для маломобильных групп населения, открытый доступ к природе, продуманная планировка и отсутствие препятствий при подъеме.

Особое внимание следует уделить оформлению кабинета, где будут проводиться занятия с пожилыми людьми и инвалидами с когнитивными нарушениями.

1. Местоположение кабинета должно быть максимально доступно для всех участников занятий.

2. Окна – это не просто дополнительное освещение и вентиляция помещения, это еще и мощный отвлекающий фактор. Поэтому важно правильно расположить участников группы по отношению к окну. Если окна находятся позади тренера, внимание участников группы будет переключаться на действия, происходящие за окном.

3. Освещение зависит от типа проведения занятия. Когда требуется выполнение множества мелких и точных действий, следует давать больше освещения. Если тренинг рассчитан на спокойную обстановку, лучше проводить его в условиях приглушенного света. Желательно, чтобы рядом с помещением, где проводится занятие, находился туалет.

4. Стулья и столы должны быть удобными и располагающими к работе. Неплохо иметь стулья с подлокотниками, а столы круглые для сплочения группы. Преимущество круглого стола заключается еще и в том, что он дает прекрасный обзор, высокий уровень вовлеченности в работу.

5. Материал для работы: писчая бумага, маркеры, карандаши, учебная доска, аудио-, видеоаппаратура, подборка музыкальных произведений (для создания эмоционального фона).

6. Необходимо иметь в наличии аптечку с медикаментами для неотложной помощи.

Для жизнедеятельности пожилых людей важное значение имеет световое решение в окружающей среде. Цвет –

это важный аспект предметно-пространственной организации пространства людей пожилого возраста. Существует ряд доказанных эффектов, возникающих при правильном цветовом решении интерьера при нарушениях когнитивных функций у людей пожилого возраста и инвалидов возраста:

- беспрепятственное определение местоположения, его доступность;
- психологический комфорт;
- ощущение безопасности, конфиденциальности;
- создание благоприятной среды для стимулирования активной деятельности;
- увеличение продолжительности жизни;
- улучшение общего состояния и настроения.

Основные элементы

1. Доступность восприятия окружающей среды. Из-за нарушений таких когнитивных функций, как внимание, память, зрение, слух, как внутреннее, так и внешнее пространство должно быть легко воспринимаемым и понятным.

2. Повышенный уровень освещенности. При нарушениях когнитивных функций появляется нужда в увеличении количества света, так как физическая слабость не позволяет в полной мере анализировать обстановку, принимать решения и заниматься повседневными делами.

3. Соблюдение оптимальной высоты для установки указателей и знаков. При слабости мышц, скелета и зрения предпочтительной высотой установки обозначений считается 120 см от пола.

4. Тривиальность дизайна. При разработке пространства лучше отдать предпочтение простым решениям дизайна, в противном случае у пожилого человека могут возникать спутанность сознания, потеря во времени или пространстве.

5. Обеспечение доступа к открытой окружающей среде. Затруднения с распознаванием цветов, слабость зрения и

устойчивость к интенсивному свету осложняют передвижение по квартире, определение окружения, а также увеличивают риск потенциальной опасности. Обеспечение открытого доступа способствует осуществлению некоторых способов улучшения опорно-двигательного аппарата и психологического состояния: прогулки, социальное взаимодействие, принятие солнечных ванн.

6. Высота расположения жилого пространства. Из-за нарушений равновесия, ослабления опорно-двигательного аппарата и мышц оптимальным считается расположение жилья на первом этаже или на 2–3, но с наличием лифта в доме.

7. Настройка биологических часов. Создание условий, при которых будет доступ к достаточному уровню дневного света в утреннее, дневное время и темноты ночью, важно исключение шума с наступлением вечернего времени.

8. Условия при нарушении слуха. Акустическая среда без постороннего шума, звуков, особенно в ночное время. Сигналы должны иметь достаточный уровень громкости, например, дверной звонок, сигналы телефона, электронного градусника, будильника.

9. Снижение трудностей восприятия. При когнитивных нарушениях пожилые люди видят предметы иначе. Многие предметы интерьера могут затруднять оценку расстояния, поверхностей или вызывать психологический дискомфорт. Важно обеспечить уменьшение проблем, связанных с перцепцией.

Роль цветовой гаммы и освещения. При проектировании окружающей среды как внутреннего, так и внешнего пространства для пожилого человека, имеющего нарушения когнитивных функций, важную роль играют цветовая гамма и освещение.

При когнитивных нарушениях у пожилого человека возникают трудности с распознаванием цветов и оттенков. Контрасты цветовой гаммы позволяют пожилым распознавать

границы объектов интерьера, их расположение и создавать условия, при которых перемещение по жилому пространству и применение предметов будут безопасными для жизни и здоровья. Дизайном можно обозначать такие элементы, как: уровни текстур, двери, ступени, поручни и перила, входы и выходы, часто используемые поверхности, предметы первой необходимости, определение пола и стен.

Цвет и контраст могут сыграть важное значение в самочувствии пожилого человека через использование психологии цвета: применение сплошных однотонных цветов, матовых поверхностей, минимизация рисунков.

Свет и яркость. На человека любого возраста, в том числе и пожилого, должно быть воздействие солнечного света. Это оказывает ряд влияний на физическое, психологическое и общее самочувствие. Важно отметить, что значение имеет естественный солнечный свет.

Серотонин называют гормоном счастья. Отсутствие должного уровня серотонина провоцирует ухудшение настроения, проблемы со сном, пищеварением, снижением активности и даже может привести к стойкой хронической депрессии.

«Свет оказывает непосредственное влияние на результативность человека, его эмоции, внимательность, сосредоточенность. Повышение уровня серотонина позволяет повысить продуктивность. Синтез мелатонина замедляет процессы, в том числе старения. Поэтому необходимо контролировать дозу, спектр и время получаемого излучения и осознанно использовать в зависимости от своих целей».

Для пожилых с когнитивными нарушениями необходимой частью для улучшения состояния является светотерапия. За счет добавления физической нагрузки посредством прогулки в течение дня может быть проведена светотерапия, т. е. пожилой человек получит дозу естественного солнечного света. Так, заметно улучшается качество сна, повышается

эмоциональное состояние, контроль своего поведения. Также улучшаются внимание, ориентация в пространстве и память.

Среди важных аспектов освещения в жилом пространстве можно выделить:

- присутствие регулируемых объектов, блокирующих уличное освещение (шторы, жалюзи);

- регулярное очищение окон;

- использование светильников удобного типа в каждом блоке пространства;

- установка крупных выключателей с цветным экраном с учетом высоты расположения и удобного доступа;

- создание повышенного уровня освещенности в местах особого назначения, как правило, это кухня, ванная комната и место, где человек пишет, читает.

Внешнее пространство. Проанализировав особенности интерьера для пожилых с нарушением когнитивных функций, стоит рассмотреть элементы дизайна экстерьера.

Акцент на входах и выходах

Для формирования теней и тентов, а также для сохранения растений во дворе для пациента следует использовать соответствующую растительность, но так, чтобы передние двери дома были хорошо видны.

Следует иметь повышенный уровень внешнего доступа.

Использовать нескользящую тротуарную плитку.

Использовать соответствующее и достаточно высокое освещение в окружающей среде для предотвращения интенсивного освещения.

Отсутствие сильных контрастов между цветами разных областей укладки тротуара.

Отсутствие сильных контрастов между внутренним полом и наружным покрытием.

Цвет скамьи или стула должен быть контрастным цвету земли.

Роль экологических стимулов

Забота о гражданах пожилого возраста и инвалидах должна быть реализована вдали от шумных зон. С точки зрения экологии важны следующие компоненты:

- контроль шума;
- контроль и точность выбора напольного покрытия;
- шумные машины должны находиться на удаленном расстоянии от спальни;
- доступ к системе оповещения;
- культурный дисплей / хороший стимул;
- мемори-борды на стенах и в общественных пространствах;
- использование технологий (например, Skype);
- сладкий и приятный запах (например, приготовление пищи);
- музыка (в том числе через наушники).

Внутреннее пространство – это определенным образом организованное пространство с относительно постоянным набором вещей, стоящих на своих местах. Вещи выступают в роли символов, которые устанавливают границы пространственного расположения так называемой «личной зоны».

Личное пространство дает возможность ограничить и остановить внешнее вмешательство в пространство, комфортное для пожилого человека. Обозначить такую зону для внешнего восприятия представляется возможным только через визуальное воплощение: личные вещи, составленные в композицию; наличие специально отведенных постоянных мест для их расположения. Отсутствие личной зоны и пространства может привести к ряду негативных последствий, среди них психологический дискомфорт, ощущение неполноценности, отсутствия права на личное пространство.

На сегодняшний день отмечается тенденция к сокращению жизненного пространства пожилого человека. В основном причины данного явления – ограниченные возможности

жилищных условий и стереотипы о том, что пожилым не требуется большое количество предметов и пространства в повседневной жизни. Таким образом, стереотипы сводятся к тому, что людям пожилого возраста достаточно удовлетворения экзистенциальных потребностей через наличие питания, тепла и спального места.

Личные вещи в пространстве пожилого человека, которые были приобретены давно, выполняют функции либо хранения, либо активного пользования. Со временем пожилой человек придает личным вещам свою значимость, логику, что обуславливает отсутствие желания избавляться от них.

Для пожилых людей с когнитивными нарушениями личные вещи и предметы приобретают особо важное значение.

1. Вещи становятся элементом личной безопасности человека. Важным аспектом являются четкие рамки между частным и публичным. Это связано с ощущением спокойствия, правильности протекания ежедневных задач человека. С помощью старых и привычных предметов, имеющих свое месторасположение во внутреннем жилом пространстве пожилого с когнитивными нарушениями, выполняется функция контроля действий человека. Так, пожилые при передвижении по квартире могут опираться на спинку стула, стол, шкаф или дверной проем и делают это в одних и тех же местах. Они знают обо всех неровностях пола в жилом пространстве, углах и других потенциально опасных дефектах в интерьере. Таким образом, пожилой человек создает себе «подушку безопасности» на случай потери равновесия или ухудшения самочувствия, чувствует себя увереннее при передвижении.

2. Привычные вещи выполняют памятную функцию. Для пожилых с нарушением памяти это является не только значимой вещью, напоминающей о важных моментах жизни, но и терапией против когнитивных нарушений. Памятные вещи дают ясность в памяти пожилого человека, заставляют вспоминать факты, действующих людей, последо-

вательность событий и ориентироваться во времени, тем самым активизируют деятельность мозга.

3. Предметная организация внутреннего пространства является связующим звеном между миром и человеком. Для пожилого человека с когнитивными нарушениями свойственна психологическая включенность в окружающую его среду. Часто лишение или отсутствие привычных вещей провоцируют стресс, повышенную тревожность, потерю связи с миром. Предметная организация дает чувство содержания и целостности жизни, связывает возможность наблюдения за миром и нахождение в нем через призму собственных вещей.

4. Привычные предметы, систематизированные определенным положением во внутреннем пространстве пожилого человека с когнитивными нарушениями, выступают механизмом, который регулирует повседневную жизнь и деятельность. Такие предметы позволяют организовывать и планировать день, воспроизводить порядок действий и контролировать их успешное выполнение. Например, наличие календаря на стене, часов с крупным циферблатом и телефонный справочник возле телефона могут позволить пожилому человеку самостоятельно позвонить в поликлинику и другие организации, записаться на прием и проконтролировать собственное посещение. Такой же значимостью обладают кулинарные книги, ежедневники, указатели в виде табличек по всему жилому пространству, советы по рукоделию, молитвы.

5. Старые вещи дают возможность приостановить время. Часто пожилой человек следит за состоянием многих вещей, очищает украшения, подшивает старую одежду, вместо покупки новой. Эти действия имеют свой смысл, как в значении улучшения психологического самочувствия, так и в практической деятельности, ее активизации, что, несомненно, положительным образом влияет на профилактику деменции и когнитивных нарушений.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И УСЛОВИЯ ЕЕ РЕАЛИЗАЦИИ

3.1. Примерная программа профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста (60+) и инвалидов в условиях центра дневного пребывания

Прежде чем перейти к основному содержанию примерной программы профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста (60+) и инвалидов в условиях центра дневного пребывания учреждения социального обслуживания, необходимо уточнить само понятие программы. Итак, программа – это разрабатываемый и реализуемый комплекс задач и мероприятий, имеющих определенное содержание, и направленный на достижение конечной цели. Социальные программы – один из видов программ. Каждый признак отражает ту или иную сторону программы – содержательную, уровневую, временную. Программы можно рассматривать как разновидность проектов. Различные социальные мероприятия могут не иметь между собой никаких связей и выполняться изолированно, но при их наличии мероприятия по разработке и реализации одного или нескольких социальных проектов объединяются в одну социальную программу.

Примерный план составления профилактической программы

Структурный элемент программы	Рекомендации по разработке и оформлению
1	2
1. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ	
1.1. Название программы	Указываются: – тип программы, отражающий ее содержание (профилактическая, обучающая, коррекционно-развивающая, воспитательная и т. д. или комплексная и др.); – «объект» (категория получателей социальных услуг), на который направлена программа (неполные семьи, молодежь и т. п.); – специфика условий (география), в которых предполагается ее реализация (в условиях отделения дневного пребывания, на территории района или в рамках подросткового клуба)
1.2. Сведения об авторе	Указываются Ф.И.О. автора, должность
1.3. Сведения о рецензенте (экспертизе)	Указываются сведения о рецензенте (Ф.И.О., ученая степень, должность, название организации)
1.4. Название организации	Указывается полное название организации, в которой разрабатывалась программа
1.5. Год и место составления (география)	Указывается год и место составления программы (город, поселок и т. д.)
2. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	
2.1. Актуальность программы	Обозначается значимость социальной проблемы, на решение которой направлена программа. Доказывается, что именно данная программа в данных условиях, именно для этого получателя социальных услуг способна решить конкретную(ые) социальную(ые) проблему(ы). Указываются временные рамки программы

1	2
2.2. Целевая группа	Указывается целевая группа
2.3. Цель программы	Цель программы определяется как результат ее реализации (чего мы достигнем при завершении данного проекта?). Цель должна быть реалистична, конкретна, достижима, измерима
2.4. Задачи программы	<p>Организационные. Исследовательские. Практические. Аналитические.</p> <p>Определяется, что в ходе реализации данной программы необходимо сделать, чтобы достичь поставленной цели:</p> <ul style="list-style-type: none"> – организовать; – исследовать; – сделать практически; – проанализировать. <p>Задачи являются шагами к достижению цели и всегда соотносятся с результатами деятельности</p>
2.5. Формы работы	Указываются организационные, исследовательские, практические и аналитические формы работы
2.6. Методы работы	Указываются методы работы
3. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ	
3.1. Этапы и сроки реализации программы	<p>Определяются этапы реализации программы и указываются их сроки:</p> <p>организационный этап – (количество дней, месяцев); практический этап – (количество месяцев); заключительный – (количество месяцев)</p>
3.2. Направления деятельности и их содержание	При необходимости указываются направления работы, например, медицинское, психологическое, педагогическое либо диагностическое, коррекционное, развивающее, обучающее, воспитательное
3.3. Тематическое планирование	Тематический план приводится в программах в виде таблицы

1	2
3.4. Ресурсы	<p>Ресурсы</p> <p>4.1. Кадровые Определяются специалисты, которые будут задействованы в реализации программы и роль каждого из участников (ответственность). Возможно оформление сведений в форме таблицы.</p> <p>4.2. Материально-технические Указываются материальные и технические средства (от помещения до канцелярских товаров), необходимые для реализации данной программы. Бюджет (какой, сколько).</p> <p>4.3. Информационные ресурсы Определяются формы донесения информации до клиентов, потребителей услуг (в том числе потенциальных).</p> <p>4.4. Методические ресурсы Указывается предполагаемое методическое оснащение (методические разработки, рекомендации, авторские методики)</p>
3.5. Контроль и управление программой	Определяется, кем и как будут осуществляться контроль и управление программой. Раздел возможно оформить в виде схемы
3.6. Результаты	<p>6.1. ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Результаты (количественные, качественные) формулируются для каждой из поставленных задач. Результаты должны быть конкретны, измеримы</p> <p>6.2. ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Полученные результаты указываются в случае, когда программа находится на стадии реализации</p> <p>6.3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ Определяются показатели эффективности / неэффективности действий по реализации программы. Показатели формулируются соответственно каждому из ожидаемых результатов. Обозначаются методы и средства оценки эффективности (анкетирование, тестирование, анализ, интервью / анкета, тест и т. д.)</p>

Остановимся на основных разделах Примерной программы профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста (60+) и инвалидов в условиях центра дневного пребывания учреждения социального обслуживания.

1. Пояснительная записка

1.1. Актуальность программы

Нарушения когнитивных функций являются одним из наиболее частых расстройств пожилого и старческого возраста. Деменция (слабоумие) – это тяжелое когнитивное расстройство, нарушающее профессиональную, бытовую и социальную активность пациента. Деменция является одной из ведущих причин формирования зависимости пожилых людей во всем мире, а также оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие на членов семьи пациентов и общество в целом. Данное состояние вызывает дополнительные трудности для диагностики и лечения сопутствующих заболеваний. В связи с отсутствием эффективного лечения когнитивных нарушений на стадии деменции значительное внимание уделяется недементным когнитивным расстройствам, представленным субъективными, легкими и умеренными когнитивными нарушениями. Предполагается, что потенциальный эффект терапии заболеваний, приводящих к деменции, и в первую очередь к деменции при болезни Альцгеймера, на недементных стадиях будет значительно выше. Это обуславливает важность ранней диагностики и правильного анализа характера и выраженности когнитивных расстройств у каждого конкретного пациента.

Программа предназначена для специалистов, работающих с гражданами пожилого возраста, и направлена на профилактику деменции у граждан пожилого возраста.

1.2. Целевая группа программы: граждане пожилого возраста и инвалиды с легкими когнитивными нарушениями, их родственники.

1.3. Цель программы – обеспечить качество жизни пожилых людей с легкими когнитивными нарушениями и реализовать курс социально-реабилитационных занятий по коррекции и профилактике когнитивных нарушений.

1.4. Задачи программы

1. Организация консультационно-просветительской работы по информированию граждан и их родственников по вопросам оказания психологической и социально-медицинской помощи людям с когнитивными нарушениями и их родственникам.

2. Создание эффективной социально-реабилитационной среды для организации системы комплексной помощи, направленной на обеспечение социальной адаптации и психологического сопровождения граждан пожилого возраста и инвалидов, имеющих когнитивные расстройства.

3. Психолого-педагогическая поддержка пожилых людей и инвалидов, имеющих когнитивные нарушения, улучшение эмоционального настроения, общего самочувствия и снижение тревожности у граждан пожилого возраста и инвалидов, имеющих когнитивные расстройства.

4. Повышение мотивации к способности поддерживать надлежащий уровень когнитивных функций (внимание, память (запоминание и воспроизведение), обучение эффективным стратегиям запоминания).

5. Улучшение психофизиологического состояния (улучшение мелкой моторики, сенсомоторных функций).

6. Профилактика одиночества, установление новых социальных контактов у граждан пожилого возраста и инвалидов, имеющих когнитивные расстройства.

1.5. Методы, формы и приемы работы

Учитывая возраст пожилых людей с когнитивными нарушениями, ограничение их социальных связей, психологические особенности, рекомендуем проведение как индивидуальных, так и групповых форм работы.

Для эффективной работы с пожилыми гражданами и инвалидами с когнитивными нарушениями специалисты учреждения должны учитывать, что не все методы подходят для работы. Даже в универсальных методах будет своя специфика, которая учитывает возрастные особенности этой категории.

Групповая дискуссия. Дискуссия – способ организации совместной деятельности с целью интенсификации процесса принятия решения в группе; метод обучения, повышающий интенсивность и эффективность учебного процесса за счет включения участников в коллективный поиск истины.

Арт-терапия. В настоящее время арт-терапия в широком понимании включает в себя: изотерапию (лечебное воздействие средствами изобразительного искусства: рисованием, лепкой, декоративно-прикладным искусством и др.), библиотерапию (лечебное воздействие чтением), иммаготерапию (лечебное воздействие через образ, театрализацию), музыкотерапию (лечебное воздействие через восприятие музыки), фототерапию (воздействие через создание и восприятие фотографических образов), сказкотерапию (метод, использующий сказочную форму для интеграции личности, развития творческих способностей, расширения самосознания, совершенствования взаимодействий с окружающим миром) и др.

Основные функции арт-терапии:

– катарсическая (очищающая, освобождающая от негативных состояний);

– регулятивная (снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирование положительного состояния);

– коммуникативно-рефлексивная (обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирование адекватного межличностного поведения, самооценки).

Релаксация. Прием аутогенной тренировки, состоящий в расслаблении скелетных мышц. Снижение психического напряжения, достижение состояния покоя, расслабленности.

Ролевая игра. Воспроизведение действий и отношений других людей или персонажей какой-либо истории, как реальной, так и выдуманной. Ролевая игра – способ обогащения чувств и накопления опыта, развития воображения, преодоления страхов и развития коммуникативных навыков.

Идентифицируя себя с каким-либо персонажем, человек может не только отработать какой-то навык, но и снять эмоциональное напряжение. Несмотря на осознание вымышленности роли, приобретаемый эмоциональный опыт вполне реален.

Консультирование. Цель психологического консультирования – помочь пожилому человеку и инвалиду в решении его проблемы. Осознать и изменить малоэффективные модели поведения для того, чтобы принимать важные решения, разрешать возникающие проблемы, достигать поставленные цели, жить в гармонии с собой и окружающим миром.

Метод беседы. Психологический, вербально-коммуникативный метод, заключающийся в ведении тематически направленного диалога между психологом и респондентом с целью получения сведений от последнего.

Социально-психологический тренинг. Нейрокогнитивный тренинг. Метод активного обучения, направленный на развитие знаний, умений, навыков и социальных установок. Социально-психологический (нейрокогнитивный) тренинг направлен на изменения в сознании, смену социальных установок и развитие умений и опыта в области межличностного общения.

Также активно предлагается использовать в работе с группой пожилых людей с когнитивными нарушениями инсценировки, короткие театрализованные миниатюры на заданную тему, дискуссии, лекции и мини-лекции, психологические упражнения различной направленности.

Приемы работы. Необходимо учитывать, что подбор упражнений (занятий) выбирается ведущим специалистом (тренером) в зависимости от данных тестовой диагностики.

Рекомендуемое время проведения занятий – от 30 до 60 минут.

Количественный состав группы не должен превышать шесть-восемь человек. Это обусловлено тем, что специалист, занимающийся проведением занятий с элементами тренинга (тренер), должен наблюдать за любым изменением состояния каждого члена группы. Состав участников группы является постоянным от начала до конца курса занятий, так как задания усложняются от занятия к занятию. Состав группы (смешанной): мужчины и женщины, близкие по возрасту, уровню интеллекта и состоянию, группа 6–8 человек. Для работы необходимо просторное помещение с мебелью, которую можно легко перемещать (стулья, столы).

Рекомендуемое время для проведения занятий – утренние часы.

По окончании цикла занятий дается домашнее задание индивидуально для каждого участника, а также рекомендуется повторное прохождение курса два раза в год.

Занятия начинаются и заканчиваются одной и той же процедурой. Каждый участник говорит два слова о своем настроении в данный момент и том упражнении, которое ему больше всего запомнилось с прошлого занятия (в начале занятия) или с только что закончившегося занятия (в конце занятия). В конце занятия можно также выполнять какой-то двигательный ритуал окончания занятия. Один из ведущих первым отвечает на эти вопросы, задавая тем самым мо-

дель этих высказываний. Этот ритуал дает ведущим информацию об эмоциональном состоянии участников и его динамике, заставляет участников еще раз вспомнить все сделанные упражнения. Затем, как правило, проводится короткое упражнение, направленное на активизацию, «вхождение в работу». Это может быть повторение пройденного, закрепление уже проработанного этапа. Потом следуют более трудоемкие упражнения, которые продолжают начатое или вводят новую подпрограмму тренинга. Результаты выполнения этих упражнений обычно обсуждаются. Часто после таких обсуждений, когда выявляются способы, которые позволяют улучшить выполнение упражнения, упражнение повторяется снова (в таком же или модифицированном виде) для освоения и закрепления этих способов. Более долгие, требующие сосредоточенности упражнения чередуются с короткими, часто двигательными, упражнениями. В конце занятия проводится короткое упражнение, которое должно поддержать положительную эмоциональную атмосферу, создать ощущение успеха, удовольствия. После каждого занятия участникам предлагается выполнить домашнее задание. Оно может в какой-то форме повторять то, что делалось на занятии, или, наоборот, подготавливать материал для следующего занятия. Домашнее задание экономит время на занятии и заставляет участников проявлять определенную активность в промежутках между занятиями.

Последовательность выполнения упражнений участниками может быть разной. Как правило, упражнения выполняются по кругу. В более сложном варианте – очередь определяется перекидыванием друг другу предмета (мяча, мягкой игрушки). Многие упражнения выполняются в парах.

На первом занятии ведущие еще раз сообщают участникам всю необходимую информацию о тренинге, его целях, перечисляют правила работы группы. Участникам выдается памятка с кратким перечислением целей тренинга, пра-

вилами работы группы (с небольшим комментарием) и расписанием занятий.

Показания для проведения занятий

Профилактика.

Неврозы позднего возраста.

Любые заболевания, сопровождающиеся снижением памяти, внимания, мышления.

Противопоказания для проведения занятий

Неудовлетворительное общее состояние. Острые психозы.

Отсутствие мотивации к занятиям.

Относительные противопоказания

Прием транквилизаторов, нейролептиков, других седативных средств, приводящих к выраженной заторможенности, сонливости.

Трудности проведения занятий с элементами тренинга

Успешная работа тренера с группой во многом зависит от его способности находить взаимопонимание, как с каждым участником, так и с группой в целом. Максимально доброжелательная теплая атмосфера поддержки участия позволит всем чувствовать себя более комфортно в непривычной обстановке, быстрее адаптироваться. Тренер обращается ко всем участникам группы по имени и отчеству, поощряя любой ответ на предложенное задание. Следует обращать внимание на свое поведение: жесты, мимику, позы, интонации.

Позитивное влияние на участников группы оказывают: улыбка, одобрительное кивание головой, контакт глазами, реплики одобрения. Желательно использовать следующие фразы: «правильно», «хорошая работа», «какие еще у вас будут идеи», «как бы вы могли...».

Нарушить работу занятия могут следующие негативные поведенческие реакции тренера:

- плохой контакт глазами;
- скучающий вид;
- проявление раздражения;

- «барабаниющие» пальцы;
- перелистывание бумаги;
- частые взгляды на часы.

Нежелательно пользоваться следующими фразами: «очевидно», «давайте решим это позже», «у нас мало времени».

При формулировке задания тренеру необходимо четко, громко, членораздельно произносить инструкцию. Стараться не использовать длинные, сложные слова, сохранять простоту и краткость, не использовать профессиональные термины. После занятия пожилые люди должны приобрести уверенность в себе и положительный настрой на следующие встречи.

Очень важно, чтобы тренер адекватно оценивал любые трудности или проблемы, которые могут возникать у участников группы, не вовлекаясь в них эмоционально.

Работая с пожилыми людьми, тренер постоянно сталкивается с разнообразными типами личности. Каждый участник группы уникален своей неповторимостью, но число поведенческих моделей, которыми участники чаще всего пользуются, ограничено. На начальном этапе работы (первые 2–3 занятия) у пожилых людей может возникнуть психологическое сопротивление, являющееся естественной реакцией на трудности, с которыми они сталкиваются во время работы в группе, и чувство неловкости из-за невозможности выполнения задания в полном объеме. Как правило, выявляется несколько типов такого сопротивления. Поэтому специалисту, занимающемуся проведением занятий с элементами тренинга, необходимо научиться развивать умение взаимодействовать с разными людьми и типами личности.

2. Содержание программы

2.1. Этапы и сроки реализации программы

Сроки реализации программы: 50 рабочих дней (от 3 до 5 раз в неделю), от 36 до 50 практических занятий.

2.2. Направление деятельности и их содержание

2.2.1. Социально-психологический модуль

Социально-психологическое консультирование: консультирование по личностным и внутрисемейным вопросам граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями и их родственников.

Диагностика когнитивного уровня и психоэмоционального состояния (первичная и итоговая)

Первичная диагностика – использование Монреальской шкалы оценки когнитивных функций.

Комплект методических материалов для диагностики памяти у пожилых людей: методика «Пиктограмма»; методика «10 слов»; повторение цифр в прямом и обратном порядке (субтест из теста Векслера).

При проведении диагностики также используются: тесты словесные; тесты проективные; видеотесты.

Основные принципы и критерии подбора методик для проведения психодиагностического обследования пожилых людей: небольшое количество и легкость восприятия стимульного материала, оптимальное число вопросов не должно превышать 20; использование только приемлемых и понятных слов и выражений.

2.2.2. Модуль нейрокогнитивной коррекции

Когнитивные (синонимы – высшие мозговые, высшие психические, высшие корковые, познавательные) функции относятся к наиболее сложным функциям головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним.

К когнитивным функциям относятся:

– гнозис – восприятие информации, способность соединять элементарные сенсорные ощущения в целостные образы; нарушение гнозиса – агнозия или, при меньшей тя-

жести нарушений, дисгнозия; пожилой человек с агнозией видит предмет, может его описать, но не узнает, несмотря на отсутствие первичных сенсорных расстройств;

– память – способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить полученную информацию; нарушения памяти – амнезия или, при меньшей тяжести нарушений, дисмнезия;

– интеллект – способность к анализу информации, выявлению сходств и различий, общего и частного, главного и второстепенного, способность к абстрагированию, решению задач, построению логических умозаключений;

– речь – способность понимать обращенную речь и выражать свои мысли вербальным образом; нарушения речи – афазия или, при меньшей тяжести нарушений, дисфазия;

– праксис – способность усваивать и удерживать разнообразные двигательные навыки, в основе которых лежат автоматизированные серии движений; нарушения праксиса – апраксия или, при меньшей тяжести нарушений, диспраксия; пожилой человек с апраксией не может выполнить то или иное действие вследствие утраты навыка («разучился» выполнять те или иные действия), несмотря на отсутствие пареза, нарушений координации и других первичных двигательных расстройств.

Задачи, решаемые в модуле нейрокогнитивной коррекции:

1) усиление произвольной регуляции памяти и внимания путем обучения использованию специальных средств (тренировка в переключении и удержании внимания, селективном использовании информации, использовании мнемотехнических приемов);

2) усиление коммуникативной направленности и когнитивной дифференцированности мышления (оперирование понятиями с ориентацией на другого человека, совместная деятельность в парах и группе для достижения общей цели);

3) развитие когнитивной точности и дифференцированности социального восприятия (тренировка в распознавании невербальных коммуникаций: мимика, позы, жесты, анализ и квалификация межличностных ситуаций, точность воспроизведения речевого поведения партнера);

4) снижение интеллектуальной ангедонии (связывание интеллектуальной деятельности с игровым компонентом и успехом);

5) развитие регуляции своих эмоциональных состояний, мышления и поведения посредством развития способности к самонаблюдению, самоинструктированию и совладающему диалогу;

6) отработка навыков социального поведения (тренировка в коммуникации на разные темы в группе, моделирование и разыгрывание реальных жизненных ситуаций);

7) обучение эффективным стратегиям решения межличностных проблем (расчленение проблемы на более мелкие, выделение этапов ее решения и конкретных задач, способов их решения).

У лиц пожилого возраста показанием к тренировочным занятиям прежде всего должны быть желание и наличие мотивации. При проведении первичной диагностики специалист учреждения социального обслуживания (специалист по социальной реабилитации, специалист по социальной работе, социальный педагог, психолог) может выявить начальные нарушения психических процессов, уточнив у пожилого человека, беспокоят ли его забывчивость и рассеянность, есть ли желание заняться их тренировкой. Для более точного выявления нарушений функций памяти, внимания и мышления или в сложно диагностируемых случаях пожилой человек может быть направлен на консультацию к психологу (для диагностического тестирования).

Примерные задания для определения объема мышления

1. Понимание смысла пословиц и поговорок. Попросить участника занятия объяснить значение поговорки (Не красна изба углами, а красна пирогами; Под лежачий камень вода не течет; Без труда не вытащишь и рыбку из пруда).

2. Методика «Исключение понятий».

3. Методика «Обобщение понятий» (пожилому человеку предлагаются ряд картинок с изображением зверей, птиц, механических средств передвижения и просят назвать каждое из перечислений одним словом).

4. Рассказ по картинке.

Попросить пожилого человека составить рассказ по картинке (стимульный материал – любая тематическая картинка).

5. Последовательные картинки.

Попросить пожилого человека составить из отдельных картинок логическую цепочку (4–5 картинок, отражающих какой-либо сюжет в динамике).

2.2.3. Модуль активизации двигательных функций

Цель данного модуля – восстановить утраченные двигательные функции, адаптировать человека к нормальной жизни, помочь ему достичь максимальной самостоятельности и независимости в быту. При помощи активизации двигательных функций улучшаются не только когнитивные, но и эмоциональные возможности.

Одним из методов, способных значительно улучшить когнитивные функции пожилого человека, а также общее физическое состояние, является адаптивная физкультура. Адаптивная физкультура направлена на:

- противодействие влиянию гипокинезии и поддержание физической активности;
- восстановление нарушений двигательных функций;
- адаптацию пожилого человека к физическим нагрузкам.

Примерные занятия по восстановлению мелкой моторики:

- пальчиковая гимнастика;
- упражнения с использованием массажного мячика;
- метод «Су-Джок»;
- занятия крупотерапией;
- графические упражнения: штриховка, дорисовка картин, соединение по точкам;
- настольные игры на развитие мелкой моторики;
- лепка (пластилин, глина и т. п.).

При составлении индивидуального плана работы специалист по социальной работе (социальный педагог, инструктор по труду, инструктор по АФК) использует основные правила:

- подбирать задания с учетом их постепенно возрастающей сложности;
- учитывать индивидуальные особенности пожилого человека, его физические возможности, медицинские показания, желание и настроение;
- проводить занятия регулярно с учетом индивидуального плана;
- отмечать успехи получателя социальных услуг, используя похвалу для положительной мотивации к занятиям.

Используемая в модуле активизации двигательных функций система мероприятий по развитию мелкой и крупной моторики (при целенаправленном и систематическом ее применении) способствует развитию речи, координации, точности, пластичности движений пальцев рук, мыслительных процессов и определяет успешность профилактики когнитивных нарушений людей пожилого возраста и инвалидов.

2.2.4. Модуль формирования безопасного поведения граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями

Переживая физическое угасание и ухудшение интеллектуальной деятельности, человек становится беспомощным

в условиях угрожающих ситуаций, которые возникают в жизни. Чтобы избежать множества неприятностей и обеспечить комфортное пребывание пожилых людей и инвалидов с когнитивными нарушениями в подразделениях (группах) дневного пребывания учреждений социального обслуживания, а также и в домашних условиях, целесообразно уделять максимальное внимание мерам безопасности.

Задачи данного модуля

1. Обучать образу жизни, обеспечивающему полноценное безопасное существование и реализацию способностей и запросов пожилого человека в повседневной жизни.

2. Знакомить с видами опасностей, угрожающих пожилому человеку в современной повседневной жизни.

3. Развивать умения и навыки пожилого человека анализировать ситуации, принимать безопасные решения в быту.

Примерные разделы данного модуля

1. Пожарная безопасность.

2. Электробезопасность.

3. Формирование правовой безопасности.

4. Профилактика мошенничества.

5. Информационная безопасность.

6. Антитеррористическая защищенность.

7. Питание, безопасность и качество продуктов.

8. Лекарственная безопасность.

2.2.5. Модуль социокультурной активности

Осуществление реабилитации посредством социокультурной деятельности имеет конечной целью улучшение психологического и физического состояния пожилого человека, его социальную интеграцию и активное участие в обществе, включенность в социальные структуры, связанные с различными сферами жизнедеятельности. Качество жизни каждого гражданина зависит от его включенности в социально-культурные взаимодействия. На сегодняшний день признана эффективность терапевтического воздействия культуры и ис-

кусства с целью профилактики когнитивных нарушений.

По этой причине социально-культурная деятельность занимает достойное место в комплексе мер социокультурной реабилитации пожилых людей.

Предлагаемые направления социокультурной реабилитации

Арт-терапия (рисование, глиноterapia, музыкальная терапия, кинотерапия, вокальная терапия (пение), танцевальная терапия, каллиграфия, нейрографика, авторская кукла (изготовление кукол-оберегов) и пр. Для данного направления работы разрабатываются дополнительные программы и дополнительное тематическое планирование).

Настольные игры. Используются настольные игры, пазлы, развивающие игры, лото, шашки и т. п.

Терапия воспоминаниями (дополнительные программы, тематическое планирование).

Городской туризм (пешие прогулки, экскурсии, виртуальный туризм).

2.2.6. Динамические наблюдения. Оценка результатов освоения программы

Расчет результатов прохождения каждого тренировочного модуля (динамические наблюдения) предлагается заносить в карту оценки эффективности и сравнивать с аналогичными, полученными после завершения курса для оценки и эффективности проведенной работы.

2.3. Тематическое планирование

Примерная структура комплексного планирования, а также стандарты социальных услуг, оказываемых гражданам пожилого возраста и инвалидам в рамках реализации Программы (Приложения 14, 15).

2.4. Ресурсы

2.4.1. Кадровые ресурсы

В реализации курса социально-реабилитационных занятий по коррекции и профилактике когнитивных наруше-

ний участвуют следующие специалисты учреждения социального обслуживания:

Заведующий подразделением – 1 шт. ед.

Медицинская сестра – 0,5 шт. ед.

Специалист по социальной работе – 1 шт. ед.

Психолог в социальной сфере – 1 шт. ед.

Социальный педагог – 1 шт. ед.

Логопед – 1 шт. ед.

Инструктор по труду – 1 шт. ед.

Музыкальный руководитель – 1 шт. ед.

Инструктор по АФК (ЛФК) – 1 шт. ед.

Культурный организатор – 1 шт. ед.

Для указанных выше специалистов рекомендовано проведение обучения по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Оказание первой помощи до оказания медицинской помощи».

Мультидисциплинарный подход в работе с гражданами пожилого возраста и инвалидами с когнитивными нарушениями считается наиболее действенным, что также требует подготовки и обучения специалистов учреждения социального обслуживания методам физической реабилитации, поведенческой терапии, эрготерапии, арт-терапии.

2.5. Ожидаемые результаты

В ходе реализации программы будут получены качественные результаты.

1. Улучшен уровень когнитивного развития (память, внимание, мышление) и психоэмоционального состояния (снижен стресс, тревожность, страхи) у пожилых людей и инвалидов с легкими когнитивными нарушениями.

2. Повышен уровень социальной и бытовой активности пожилых людей и инвалидов с легкими когнитивными нарушениями.

3. Улучшено психоэмоциональное состояние родственников пожилых людей, страдающих легкими когнитивными

нарушениями, сформированы базовые знания и навыки коммуникации, профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений в домашних условиях у родственников.

4. Создана эффективная среда по профилактике и коррекции легких когнитивных нарушений у пожилых людей, которая включает: социально-реабилитационную среду; комплексные программы психологического и социально-реабилитационного сопровождения целевой группы. Организация среды предполагает научно-практическое обоснование, позволяющее эффективно организовать профилактику когнитивных нарушений. Учтены возрастно-физиологические особенности получателей социальных услуг.

2.5.1. Критерии оценки эффективности программы

Для оценки эффективности реализации программы профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста и инвалидов предлагается использовать следующие средства оценки:

- анкета обратной связи (Приложение 16);
- тестирование (психологические методики для оценки динамических изменений граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями рекомендуем использовать те же, что и при первичном психологическом исследовании).

Примерная схема организации занятия

1. Специалист, занимающийся проведением занятий с элементами тренинга, разъясняет **цели и задачи занятия**, знакомит участников группы с правилами, которых они должны придерживаться во время занятий.

2. Принятие правил групповой работы

На период занятий действуют *следующие правила* (важно изложить этот материал просто и доступно, постоянно уточняя у участников, все ли им понятно).

1. Приходить вовремя.
2. Не пропускать занятия.

3. Избегать частицу «не» при высказываниях о своем состоянии (например, «не хочу», «не могу» и т. д.).

4. Быть конкретным по отношению к окружающим.

5. Внимательно выслушивать каждого.

6. С юмором относиться к неудачам.

7. Помнить о поддержке.

8. Не разговаривать о политике, болезнях.

3. Проведение упражнений (заданий)

4. Обсуждение (шеринг) после каждого упражнения

5. Анализ занятия: что было для меня новым, интересным и неожиданным; что хотелось бы обсудить; пожелания группе.

6. Предложить группе участников подумать, какие темы можно обсудить на последующих встречах.

Примеры занятий с элементами тренинга

От правильной организации первого занятия во многом зависит успех следующих занятий.

Пример проведения первого занятия

1. Вводная часть

Материалы: Не требуются.

Время: 10 мин.

Инструкция. Специалист, занимающийся проведением занятий с элементами тренинга, разъясняет цели и задачи занятия, знакомит участников группы с правилами, которых они должны придерживаться во время занятий.

Цель курса – тренировка, восстановление и поддержание функций памяти, внимания и мышления.

Задачи курса

1. Тренировка логического мышления.

2. Развитие креативных способностей.

3. Поддержание функций памяти, внимания.

4. Повышение эмоционального фона.

5. Улучшение коммуникативных навыков.

2. Принятие правил групповой работы

На период занятий действуют *следующие правила* (важно изложить этот материал просто и доступно, постоянно уточняя у участников, все ли им понятно):

- 1) приходить вовремя;
- 2) не пропускать занятия;
- 3) избегать частицу «не» при высказываниях о своем состоянии (например, «не хочу», «не могу» и т. д.);
- 4) быть конкретным по отношению к окружающим;
- 5) внимательно выслушивать каждого;
- 6) с юмором относиться к неудачам;
- 7) помнить о поддержке;
- 8) не разговаривать о политике, болезнях.

3. Проведение упражнений (заданий)

1. Самооценка настроения

Материалы: не требуются.

Время: 10 мин.

Цель: настроить на занятие. Развивать умение вступать в контакт с самим собой.

Содержание. Специалист, занимающийся проведением занятий с элементами тренинга, дает инструкцию участникам: «Оцените свое настроение в настоящий момент по пятибалльной шкале, где 5 – это отличное настроение, 1 – очень плохое, 2, 3, 4 – промежуточное». Каждый участник должен самостоятельно дать оценку своему настроению и сообщить ее группе.

2. Упражнение «Знакомство»

Материалы: можно использовать мягкий мяч, резиновый мяч, клубок из ниток средних размеров (варианты для работы специалист определяет самостоятельно).

Время: 20 мин.

Инструкция. «Сейчас мы будем передавать по кругу мяч. Тот, кто получает мяч, должен громко и четко назвать свое имя и отчество».

Специалист, занимающийся проведением занятий с элементами тренинга, держит в руках мяч, называет свое имя и передает мяч следующему участнику группы. Когда все назовут себя, можно предложить каждому участнику по очереди представить всех сидящих в кругу.

3. Упражнение «Разминка»

Цель: Повышение работоспособности группы.

Материалы: не требуются.

Время: 10 мин.

Инструкция. «Каждый из вас кладет ладони на колени соседям слева и справа от себя, затем мы начинаем хлопать по коленям в ритме, который буду задавать я. Будьте внимательны, ритм может ускоряться или замедляться».

4. Упражнение «Придумай ассоциацию»

Материалы: не требуются.

Время: 5 мин.

Инструкция. «Сейчас я назову цвет (геометрическую фигуру, понятие и др.). Каждый из вас в ответ назовет свою ассоциацию. Например, цвет желтый, ассоциация: песок, солнце, осень и так далее».

5. Упражнение «Разминка»

Материалы: карточки, на которых написаны слова, обозначающие обычные действия.

Время: 10 минут.

Инструкция. «Сейчас я раздам каждому из вас карточки, на которых написаны слова, обозначающие обычные действия (например: увидеть, наблюдать, делить, брать, поддерживать и т. д.). У вас будет минута для того, чтобы придумать жесты, выражения лица, которыми вы можете сопровождать сообщение об этих действиях. После этого каждый по очереди представит нам свой вариант».

Упражнение дает возможность рефлексии индивидуальных особенностей невербальных проявлений участников группы, расширения представлений о способах и средствах

выражения смысла. При обсуждении упражнения участники делятся своими впечатлениями от увиденного, выделяя наиболее адекватные сочетания жестыкуляции, позы, лицевых экспрессий с обозначающими действие словами.

6. Самооценка настроения

Материалы: не требуются.

Время: 10 мин.

Цель: Подвести итоги занятия.

Содержание. Ведущий дает инструкцию участникам: «Оцените свое настроение в настоящий момент по пяти-балльной шкале, где 5 – это отличное настроение, 1 – очень плохое, 2, 3, 4 – промежуточное». Каждый участник должен самостоятельно дать оценку своему настроению и сообщить ее группе.

В завершение занятия на доске можно нарисовать смайлики, отображающие настроение участников занятия.

7. Домашнее задание

Материалы: не требуются.

Время: 5 мин.

Инструкция. Вспомнить и записать имена и отчества участников группы.

4. Анализ занятия

Необходимо рассказать участникам группы, что было для меня новым, интересным и неожиданным; что я хотела бы обсудить; пожелания группе.

5. Предложит аудиторию подумать, какие темы можно обсудить на последующих встречах.

Пример проведения второго занятия

1. Вводная часть

Материалы: не требуются.

Время: 5 мин.

Инструкция. Специалист, занимающийся проведением занятий с элементами тренинга, приветствует всех

участников занятия, повторяет правила групповой работы и начинает упражнения.

2. Проведение упражнений (заданий)

1. Самооценка настроения

Материалы: не требуются.

Время: 10 мин.

Цель: Настроить на занятие. Развивать умение вступать в контакт с самим собой.

Содержание. Ведущий дает инструкцию участникам: «Оцените свое настроение в настоящий момент по пяти-балльной шкале, где 5 – это отличное настроение, 1 – очень плохое, 2, 3, 4 – промежуточное». Каждый участник должен самостоятельно дать оценку своему настроению и сообщить ее группе.

2. Упражнение «Знакомство»

Материалы: не требуются.

Время: 10 мин.

Инструкция. Каждый участник группы называет свое имя и отчество.

3. Проверка домашнего задания

Материалы: не требуются.

Время: 10 мин.

Инструкция. Каждый участник группы без подсказки и без шпаргалки называет имена и отчества всех присутствующих.

4. Упражнение «Разминка»

Материалы: не требуются.

Время: 5 мин.

Инструкция. «Давайте вообразим, что это (ведущий показывает воображаемый шар) – апельсин. Сейчас каждый из вас по очереди будет передавать воображаемый апельсин любому члену группы, называя его имя и отчество, говоря при этом, какой апельсин он передает. Будем внимательны:

постараемся не повторять уже названные качества, свойства апельсина».

Ведущий начинает работу, называя любую характеристику воображаемого апельсина (например, сладкий). В процессе выполнения упражнения ведущий побуждает участников к более динамичной работе, формулируя свои высказывания позитивно (давайте попробуем работать быстрее). Также ведущий обращает внимание группы на те моменты, когда происходит переход в другую содержательную область. Например, «желтый, оранжевый, кубинский». В этом случае ведущий говорит: «Появилась новая область – страна-производитель».

Упражнение направлено на развитие беглости мышления, скорости извлечения информации из памяти, а также способности осознанно переходить в новые содержательные области.

5. Упражнение «Логические цепочки»

Материалы: не требуются.

Время: 20 мин.

Инструкция. Каждый участник должен назвать слово, относящееся в заданной теме, так, чтобы каждое следующее слово было логически связано с предыдущим. Например, была предложена тема «Деревня». Я называю слово «луг», следующий участник группы называет слово «трава», следующий слово «корова» и т. д.

6. Упражнение «Придумай ассоциацию»

Материалы: не требуются.

Время: 5 мин.

Инструкция. «Сейчас я назову цвет (геометрическую фигуру, понятие и др.). Каждый из вас в ответ назовет свою ассоциацию. Например, подобрать ассоциацию к слову “яблоко”: круглое, сладкое, зеленое и так далее».

7. Самооценка настроения

Материалы: не требуются.

Время: 10 мин.

Цель: Подвести итоги занятия.

Содержание. Ведущий дает инструкцию участникам: «Оцените свое настроение в настоящий момент по пяти-балльной шкале, где 5 – это отличное настроение, 1 – очень плохое, 2, 3, 4 – промежуточное». Каждый участник должен самостоятельно дать оценку своему настроению и сообщить ее группе.

8. Домашнее задание

Материалы: ручка, лист бумаги.

Время: 5 мин.

Инструкция. Составить самостоятельно «логическую цепочку» из 10 слов на любую тему, записав ее в столбик на листе бумаги, для того чтобы на следующем занятии отдать тренеру.

3. Анализ занятия: «Что было для меня новым, интересным и неожиданным; что хотелось бы обсудить; пожелания группе».

4. Предложить аудитории подумать, какие темы можно обсудить на последующих встречах.

3.2. Организационно-методические и кадровые условия реализации программы в комплексном центре социального обслуживания

Примерным Положением о подразделении дневной занятости для граждан пожилого возраста, инвалидов с когнитивными нарушениями (далее – Подразделение) определяется порядок деятельности в рамках системы долговременного ухода (Приложение 17).

Получателями социальных услуг в полустационарной форме в рамках системы долговременного ухода могут быть:

- 1) получатели социальных услуг с когнитивными и ментальными нарушениями;
- 2) получатели социальных услуг со старческой астенией;
- 3) маломобильные граждане.

Посещение подразделений (групп) дневного пребывания позволит уменьшить социальную изоляцию и одиночество пожилых людей и инвалидов, а также обеспечить социально-оздоровительные запросы людей, имеющих трудности в их самостоятельной реализации.

При посещении подразделения (групп) дневного пребывания учреждений социального обслуживания специалисты обеспечивают:

- получателей социальных услуг комфортным и безопасным местом времяпрепровождения;
- профилактику прогрессирования когнитивных нарушений и физического ослабления;
- динамический контроль за состоянием здоровья.

Социальные услуги, предоставляемые в полустационарной форме, направлены на:

- поддержание уровня социальной активности получателей социальных услуг;
- обеспечение досуга;
- помощь в адаптации к самообслуживанию после появления ограничений по возможностям здоровья;
- помощь в поддержании физического и психического здоровья;
- проведение тематических просветительских мероприятий для получателей социальных услуг и их родственников;
- консультирование по психологическим и правовым вопросам;
- создание комфортной атмосферы и условий для пребывания в центре;

– обеспечение поддержки членам семьи, ухаживающим за получателями социальных услуг, поддержание их способности и мотивации осуществлять уход.

**Общие требования к специалистам,
работающим с гражданами пожилого возраста
и инвалидами с когнитивными нарушениями**

В основе общих требований к специалистам, работающим с пожилыми людьми, нами используются документы Американской Психологической Ассоциации, АПА (The American Psychological Association, APA) – это самая крупная в мире профессиональная организация психологов-исследователей, клинических психологов и психологов-консультантов, включающая более 140 тысяч членов. В 2010 г. было принято «Руководство по психологической практике с пожилыми людьми». В этом документе отражены основные принципы, которыми необходимо руководствоваться психологам-геронтологам для оценки их готовности к работе с пожилыми (в возрасте старше 65 лет) людьми при проведении диагностики психологического состояния и последующей индивидуальной и групповой работе с ними. Разработка этого документа была инициирована опросом, согласно которому 39 % психологов-практиков – членов АПА отметили, что они оказывают консультативные услуги пожилым людям, а 58 % сообщили, что нуждаются в обучении для повышения профессиональной компетентности в работе с пожилыми людьми.

Необходимо отметить, что общие требования носят рекомендательный характер и охватывают *шесть важнейших сфер*:

– *профессиональная компетентность и отношение к работе;*

– *общие знания о развитии процессов старения и физиологических особенностях пожилого возраста;*

- *клинические вопросы;*
- *психодиагностика;*
- *методы консультативной помощи и оказания других услуг;*
- *вопросы профессиональной этики и повышения профессиональной компетентности.*

Принцип 1. Работать с пожилыми людьми специалист должен в рамках своей профессиональной компетентности, применяя на благо пожилых людей знания, полученные при обучении в сфере оказания психологической помощи.

Принцип 2. Специалист, работающий с пожилыми людьми, должен анализировать свои взгляды и убеждения относительно всех аспектов старения и осознавать, в какой степени и каким образом его система убеждений влияет на качество его работы с пожилыми людьми.

Принцип 3. Работающие с пожилыми людьми должны стремиться получать знания о новейших достижениях науки, исследующей особенности пожилых людей, понимать психологические аспекты их состояния.

Принцип 4. Старение является динамическим процессом. Специалист должен понимать психологический и социальный аспект этого процесса, знать особенности эмоциональных состояний в пожилом возрасте, динамику когнитивной сферы в старости.

Принцип 5. Специалист стремится понимать то многообразие и разнообразие влияния, которое оказывают на процесс старения такие факторы, как пол, раса, этническая принадлежность, социально-экономическое положение, образовательно-культурный уровень, состояние здоровья, местность проживания (город / сельская местность), принадлежность к определенной религиозной конфессии.

Принцип 6. Специалист стремится быть в курсе новейшей информации о биологическом аспекте старения, об особенностях физического состояния пожилых людей.

Принцип 7. Специалист, работающий с пожилыми людьми, осваивает современные знания о когнитивных изменениях у пожилых людей.

Принцип 8. Специалист, работающий с пожилыми людьми, должен понимать их функциональные способности в природной и социальной среде.

Принцип 9. Специалист, предоставляющий услуги пожилым людям, должен быть осведомлен о психопатологиях, сопровождающих старение.

Принцип 10. Специалист стремится получать знания в области теории, научных исследований и практики различных методов психодиагностики пожилых людей.

Принцип 11. Специалист стремится развивать навыки проведения оценки и интерпретации когнитивных и функциональных способностей пожилых людей.

Принцип 12. Специалист стремится осваивать знания по теории, научным исследованиям и практике применения различных методов психологической поддержки и помощи пожилым людям, акцентируя свое внимание на доказательствах эффективности применения этих методов именно в этой возрастной группе.

Принцип 13. Специалист стремится изучать возможности и развивать навыки модификации конкретных психотерапевтических методик с учетом особенностей пожилых людей и членов их семей, их социального окружения, культурно-образовательного уровня и других факторов, влияющих на качество жизни пожилых людей.

Принцип 14. Специалист стремится понимать и решать вопросы, относящиеся к предоставлению услуг, в тех конкретных условиях, в которых живут пожилые люди.

Принцип 15. Специалист стремится изучать и использовать в работе информацию по профилактике и пропаганде здорового образа жизни пожилых людей.

Принцип 16. Специалист стремится изучать существующую систему оказания помощи различным группам пожилых людей и привлекает в своей работе все возможные ресурсы.

Принцип 17. Работа с пожилыми людьми тем эффективнее, чем глубже и разностороннее взаимодействие специалиста с представителями других дисциплин. Скоординированность усилий специалистов особенно важна, так как большинство пожилых людей нуждаются в разносторонней помощи.

Принцип 18. Специалист стремится понимать влияние, которое оказывают на жизнь пожилых людей предоставляемые им услуги (например, в решении этических и / или юридических вопросов).

Принцип 19. Специалист стремится быть осведомленным в вопросах государственной социальной политики относительно предоставления социальной помощи пожилым людям, изучать федеральные законы и нормативные акты, связанные с оказанием социально-педагогических, социально-психологических услуг пожилым людям.

Принцип 20. Специалист расширяет свои знания, совершенствует навыки работы с пожилыми людьми посредством обучения, консультаций и курсов повышения квалификации.

Заключение

Представленное методическое пособие, разработанное и апробированное в течение двух лет на базе краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания населения „Кировский”, раскрывает сущность и пути решения проблемы профилактики когнитивных нарушений у людей старшего возраста в условиях центра дневного пребывания.

В первом разделе дается целостное представление о социально-политических и психолого-педагогических основаниях социальной реабилитации граждан пожилого возраста. Принятая государственная Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г. ориентирована на серьезное реформирование всех социальных институтов не только системы социальной защиты, но и всех ведомств: здравоохранения, образования, культуры, спорта, туризма и др. Об этом свидетельствуют федеральные и региональные проекты, в частности пилотный проект по созданию системы долговременного ухода за людьми пожилого возраста и инвалидами. Главный акцент в новой государственной стратегии действий делается на позитивной мотивации пожилого человека, на получении нового социального опыта, активизации потенциальных возможностей и развития готовности нести ответственность за решение собственных проблем. Со стороны общества значимым является признание людей старшего поколения в качестве ресурса развития общества, если при этом созданы реальные условия для полноценного включения в социальную жизнь, оказывается комплексная профилактическая помощь. В первом разделе достаточно полно раскрываются психологические особенности старости как определенного возрастного периода, связанного с психо-

физическими и личностными характеристиками, разными типами старения и самоопределения. Кроме этого, раздел дополняет анализ современных моделей и практик социального включения пожилых людей в жизнь общества.

Во втором разделе рассматриваются содержание и формы организации реальной практики психологического обследования, включающей значительный диагностический инструментарий: стандартизованные монометрические тесты, тестовые батареи, вопросники, а также проективные визуальные, вербальные, графические тесты, характерные для глобального подхода к оценке личности, использование тренировочных нейрокогнитивных комплексов. Кроме комплексного обследования, во втором разделе дается подробная характеристика основных направлений организации двигательной активности пожилых, их включение в разнообразную социокультурную деятельность. Авторы подробно освещают содержание программы формирования безопасного поведения в разных сферах повседневной жизни пожилых с рисками когнитивных нарушений. Речь идет о повышении бдительности, предотвращении несчастных случаев в быту, снижении уровня преступлений, связанных с доверчивостью, повышении стрессоустойчивости пожилых людей, освоении основ здорового образа жизни, повышении социально-правовой грамотности и др. Практический интерес представляют рекомендации по организации пространственных характеристик жизни с целью снижения средовых барьеров, рисков, обеспечения доступности, безопасности, качественного проживания с учетом санитарно-гигиенических требований, материальных, архитектурных, социальных, природных, информационных ресурсов и потенциалов.

Третий раздел посвящен примерной программе профилактики когнитивных нарушений, которая была апробирована в условиях центра дневного пребывания для граждан

пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями, созданного в краевом государственном бюджетном учреждении социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания населения “Кировский”». Программа имеет модульную структуру. Она включает социально-психологический, нейрокогнитивный модули, а также модули активизации двигательных функций, формирования безопасного поведения и стимулирования социокультурной активности пожилых людей с ограничениями в жизнедеятельности. Срок реализации программы – 50 рабочих дней с периодичностью от 3 до 5 раз в неделю. Базовый формат организации – практические занятия от 36 до 50. Представлена примерная схема организации занятия разного типа.

Для оценки эффективности реализации программы профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями предлагается использовать такие средства оценки, как анкета обратной связи и тестирование. Кроме конкретного содержания программы, авторы представляют организационно-методические и кадровые условия реализации программы в учреждении социального обслуживания. Разработано Примерное положение о подразделении дневной занятости для граждан пожилого возраста, инвалидов с когнитивными нарушениями, в котором определяется порядок деятельности в рамках системы долговременного ухода. Предлагается примерный кадровый состав Подразделения (групп) дневного пребывания граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями в учреждениях социального обслуживания, раскрываются общие требования к специалистам, работающим с данной категорией, принципы их профессиональной деятельности. Пособие снабжено богатым приложением, раскрывающим самые различные аспекты диагностической и организационной деятельности.

Библиографический список

Нормативно-правовые источники

1. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 8.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».
3. Перечень поручений Президента Российской Федерации от 23 августа 2017 г. № Пр-1650.
4. Поручения Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 31 августа 2017 г. № ОГ-П44-5804 по итогам встречи Президента Российской Федерации с представителями социально ориентированных некоммерческих организаций, благотворительных организаций и волонтерского движения 26 июля 2017 г.
5. Федеральный закон РФ от 27.08.2010 № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)».
6. Федеральный закон от 3.11.2006 № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях».
7. Федеральный закон от 22.08.2004 № 122 «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» (в ред. от 21.12.2004).
8. Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (в ред. от 21.07.2014).
9. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в ред. от 21.07.2014).

10. Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах» (в ред. от 22.12.2014 № 426-ФЗ).
11. Федеральный закон от 10.06.1993 № 5154-1 «О стандартизации» (в ред. от 10.03.2003).
12. Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 № 297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2015 годы».
13. Постановление Минтруда России от 17.12.2002 № 80 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке государственных нормативных требований охраны труда».
14. Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года (с изменениями и дополнениями)».
15. Приказ Минтруда России от 22.10.2013 № 571н «Об утверждении профессионального стандарта „Специалист по социальной работе”».
16. Приказ Минтруда России 18 ноября 2013 № 677н «Об утверждении профессионального стандарта „Социальный работник”».
17. Приказ Минтруда России от 31.12.2013 г. № 792 «Об утверждении Кодекса этики и служебного поведения работников органов управления социальной защитой и учреждений социального обслуживания населения».
18. Приказ Минтруда России от 29.12.2012 № 650 «План мероприятий («дорожная карта») «Повышение эффективности и качества услуг в сфере социального обслуживания населения (2013–2018 годы)».
19. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, социальные услуги гражданам пожилого возраста) – ГОСТ Р 53058-2008.
20. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, требования к персоналу учреждений социального обслуживания) – ГОСТ Р 52883-2007.
21. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, термины и определения) – ГОСТ Р 52495-2005.

22. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, контроль качества социальных услуг, Основные положения) – ГОСТ Р 52496-2005.
23. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, классификация учреждений социального обслуживания) – ГОСТ Р 52498-2005.
24. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, качество социальных услуг. Общие положения) – ГОСТ Р 52142-2003.
25. Национальный стандарт Российской Федерации (Социальное обслуживание населения, основные виды социальных услуг) – ГОСТ Р 52143-2003.
26. Руководство Р2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда».
27. О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации (с изменениями и дополнениями): приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2003 г. № 330.
28. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ.
29. О порядке организации медицинской реабилитации: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705-н.
30. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 № 442-ФЗ (последняя редакция).
31. Закон Красноярского края от 16.12.2014 № 7-3023 «Об организации социального обслуживания граждан в Красноярском крае».
32. Постановление Правительства Красноярского края от 30.06.2015 № 330-п «Об утверждении тарифов на социальные услуги, предоставляемые поставщиками социальных услуг на территории Красноярского края».
33. Постановление Правительства Красноярского края от 24.12.2019 № 758-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления

социальных услуг, и порядка предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг».

34. О внесении изменения в постановление Правительства Красноярского края от 17.12.2014 № 600-п «Об утверждении порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг, и порядок предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг».

Учебная и научная литература

1. Анисимова С.А. Разработка управленческих решений в организации социального обслуживания: учебное пособие. М.: АПКиППРО, 2015.
2. Березкая Е.А., Соколова В.Ф. Теория и практика реабилитации граждан пожилого возраста: учебное пособие. М.: Флинта, 2012.
3. Бержадская М. Медико-социальные проблемы ухода за больным // Проблемы управления здравоохранением. 2011. № 4. С. 79–82.
4. Бойко Ю.П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса // Клиническая геронтология. 2007. № 3. С. 45–49.
5. Васильчиков В.М. Идеолого-правовые и организационные аспекты деятельности государственной системы социально-медицинского обслуживания пожилых людей // Клиническая геронтология. 2007. № 3. С. 11–21.
6. Войтенко А.И., Комаров Е.И. Организация управления и администрирования в социальной работе: учебник. М.: ИНФРА-М, 2010.
7. Волкова Т.Н. Социальные и психологические проблемы старости // Вопросы психологии. 2005. № 2. С. 118–126.
8. Всемирная организация здравоохранения: официальный сайт. URL: <http://www.who.int/ru>
9. Галкин Р.А., Гехт И.А., Яковлев О.Г. Одинокая старость: медицинские и социальные проблемы. Самара: Перспектива, 2005. 307 с.

10. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И. Оценка потребности в уходе / обслуживании как ключевая составляющая в планировании услуг для лиц пожилого возраста // Клиническая геронтология. 2009. № 12. С. 23–27.
11. Горелик С.Г., Пономарева И.П., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Основы социально-медицинской помощи пожилым людям: методические рекомендации для социальных работников. Бишкек: Гознак, 2017. 40 с.
12. Гусов К.Н., Буянова М.О. Право социального обеспечения России: учебник. М.: Проспект, 2012.
13. Ермолаева М.Н. Психолого-педагогическое сопровождение пожилого человека: учебное пособие для вузов. М., 2011.
14. Ефимова Н.С., Литвинова А.В. Социальная психология: учебник для бакалавров. М.: Юрайт, 2012.
15. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. 2012. № 4–5. С. 66–84.
16. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. 2013. Т. 1, № 1. С. 408–412.
17. Коршунова Т.А. Опыт организации работы специализированных отделений медико-социальной помощи, обслуживающих граждан пожилого и старческого возраста // Главная медицинская сестра. 2005. № 1. С. 55–60.
18. Кодекс этики социального работника и социального педагога. Союз социальных педагогов и социальных работников России. М., 2014.
19. Комаров Е.И., Стрельникова Н.Н., Малофеев И.В. Управление эффективностью социальных учреждений: учебно-практическое пособие. М.: Дашков и Ко, 2013.
20. Коротков Э.М., Антонов С.А. и др. Корпоративная социальная ответственность: учебник для бакалавров / под ред. Э.М. Короткова. М.: Юрайт, 2013.
21. Корпоративная социальная ответственность: учебник для бакалавров / Э.М. Коротков, С.А. Антонов и др.; под ред. Э.М. Короткова. М.: Юрайт, 2013.

22. Критерии эффективности и качества социальной работы: учебное пособие. М.: ИПК ДСЗН, 2010.
23. Майерс Д. Социальная психология. 7-е изд. СПб.: Питер, 2012.
24. Медведева Г.П. Этические основы социальной работы: учебник и практикум. М.: Юрайт, 2014.
25. Нор-Аревян О.А. Социальная геронтология: учебное пособие. М.: Дашков и Ко; Ростов н/Д: Наука-Спектр, 2011.
26. Психология социальной работы: учеб. пособие для вузов / под ред. М.А. Гулиной. 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2010.
27. Прощаев К.И. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов: учеб.-метод. пособие. М.; Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. 172 с.
28. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы: учеб. пособие. Белгород, 2012. С. 41–54.
29. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Павлова Т.В. Синдром старческой астении (Frailty) в клинической практике. Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. 88 с.
30. Теория социальной работы: учебник для бакалавров / под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой, М.В. Вдовиной. М.: Юрайт, 2014.
31. Технология социальной работы: учебник / под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. М.: Дашков и Ко, 2014.
32. Хавинсон В.Х., Коновалов С.С. Избранные лекции по геронтологии. Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, 2008. 890 с.
33. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми. М.: Дашков и Ко, 2014.
34. Холостова Е.И. Социальная работа: история, теория, практика: учебное пособие. М.: Юрайт, 2012.
35. Холостова Е.И. Социальная работа: учебник для бакалавров. М.: Дашков и Ко, 2013.
36. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: учебник для бакалавров. 7-е изд., перераб. и доп. М.: Дашков и К, 2014.

37. Экономика социальной работы: учебник для бакалавров / под ред. И.Н. Маяцкой. М.: Дашков и Ко, 2013.

Список рекомендуемой литературы

1. Дементьева Н. Ф., Рязанов Д. П. К проблеме взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения в обслуживании пожилых людей на дому. Государство и общество: проблемы социальной ответственности: материалы IX Научных чтений МГСУ. М., 2003. С. 207–209.
2. Вдовина М.В. Глоссарий по социально-геронтологической работе. М.: ИПК ДСЗН, 2010.
3. Галасюк И.Н., Краснова О.В., Шинина Т.В. Психология социальной работы. М.: Дашков и Ко, 2013.
4. Гасумова С.Е. Информационные технологии в социальной сфере: учебное пособие. М.: Дашков и Ко, 2012.
5. Грабе М. Синдром выгорания. Болезнь нашего времени / под ред. Л.Г. Лысюк. СПб.: Речь, 2010.
6. Комплексный мониторинг уровня и качества жизни граждан пожилого возраста в городе Москве // Информационно-аналитический доклад. М.: ИПК ДСЗН, 2011.
7. Кошелев Н.С. Социальное обслуживание и права населения: практическое пособие. 2-е изд., перераб. М.: Омега-Л, 2010.
8. Краснова О.В. Геронтопсихологический словарь. М.: ИПК ДСЗН, 2010.
9. Малофеев И.В. Развитие социальных услуг в современном обществе: теория вопроса: монография. М.: ИПК ДСЗН, 2010.
10. Малофеев И.В. Социальная инноватика и перспективы модернизации социального обслуживания населения: монография. М.: ИПК ДСЗН, 2010.
11. Малофеев И.В. Социальные услуги в рыночной экономике: опыт и проблемы // Гос. ун-т управл. Вестник университета. М., 2011. № 13.
12. Маяцкая И.Н., Никонова О.В., Коржинек Т.А., Евсеев В.О. Экономические основы социальной работы. М.: Дашков и Ко, 2013.

13. Модель экспертной системы помощи принятия решений специалистам по определению пакета социальных услуг: методические рекомендации. М.: ИПК ДСЗН, 2014.
14. Пантелеева Т.С., Червякова Г.А. Экономические основы социальной работы. М.: Академия, 2012.
15. Петросян В.А. Особенности социальной защиты населения г. Москве. М.: ИПК ДСЗН, 2011.
16. Платные услуги в системе социального обслуживания населения города Москвы: методические материалы. М.: ИПК ДСЗН, 2011.
17. Платонова Н. М., Платонов М. Ю. Инновации в социальной работе: учеб. пособие для студ. учреждений высшего проф. образования. М.: Академия, 2011.
18. Попов П.В. Информационные технологии как элемент модернизации социального обслуживания населения // Отечественный журнал социальной работы. 2012. № 1. С. 137–141.
19. Развитие и модернизация инфраструктуры социальных служб в сфере поддержки семей с детьми, попавших в кризисную ситуацию, в том числе пострадавших от жестокого обращения: информационно-методические рекомендации. М.: ГАУ ИПК ДСЗН, 2013.
20. Савина Л.Ю. Стандартизация социального обслуживания. Критерии эффективности и качества социальной работы. учебное пособие. М.: ИПК ДСЗН, 2010.
21. Сигида Е.А., Лукьянова И.Е. Теория и методология практики медико-социальной работы. М.: ИНФРА-М, 2013.
22. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. 4-е изд. Серия: Мастера психологии. СПб.: Питер, 2010.
23. Сытник С.А. Основы психологического консультирования: учебное пособие. 2-е изд. М.: Дашков и Ко, 2012.
24. Сьюэлл К., Браун П. Клиенты на всю жизнь. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013.
25. Социальная политика / под ред. Е.И. Холостовой, Г.И. Климантовой. М.: Юрайт, 2013.
26. Социальная политика / под ред. Н.А. Волгина, В.И. Кушлина. М.: Изд-во РАГС, 2010.

27. Социальная политика региона: теория и практика: учебное пособие / кол. авторов; под ред. И.П. Скворцова. М.: КНОРУС, 2010.
28. Топчий Л.В., Романычев И.С., Стрельникова Н.Н., Комаров Е.И., Малофеев И.В. Социальная квалиметрия, оценка качества и стандартизация социальных услуг: учебник. М.: Дашков и Ко, 2012.
29. Ткаченко В.С. Основы социальной медицины: учеб. пособие. М.: Инфра-М, 2004. 195 с.
30. Фирсов М.В., Шапиро Б.Ю. Психология социальной работы. Содержание и методы психосоциальной практики. М.: Юрайт, 2012.
31. Холостова Е.И., Климантова Г.И. Социальный контракт от заключения до исполнения: учебно-методическое пособие. М.: Дашков и Ко, 2013.
32. Шелковин И.Д. Охрана труда в организациях социального обслуживания населения: основные аспекты деятельности: учебно-методические рекомендации. М.: ИДПО ДСЗН, 2015.
33. Целевич Т.И., Белобородова Е.А. Теория и практика психосоциальной работы: учебное пособие. М.: ФОРУМ; ИНФРА-М, 2012.
34. Чуйко Л. Синдром менеджера. Эмоциональное выгорание и управление стрессом. СПб: Речь, 2010.

**Монреальская шкала оценки когнитивных функций,
или Мока-тест
(от англ. Montreal Cognitive Assessment, сокращенно MoCA).
Z.Nasreddine MD и соавт., 2004. www.mocatest.org.
(перевод О.В. Посохина и А.Ю. Смирнова)**

Данная шкала в настоящее время рекомендуется большинством современных экспертов для широкого использования в повседневной клинической практике.

Монреальская шкала оценки когнитивных функций была разработана для быстрой оценки при умеренной когнитивной дисфункции. Она оценивает различные когнитивные сферы: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, язык, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию. Время для проведения теста составляет примерно 10 мин. Максимально возможное количество баллов – от 26 до 30 – считается нормальным.

Мока-тест оценивает различные аспекты когнитивной деятельности: память, «лобные» функции (тест соединения букв и цифр, беглость речи, обобщения и др.), номинативную функцию речи (называние животных), зрительно-пространственный праксис (кубик, часы). Поэтому методика может применяться для диагностики как сосудистых, так и первичнодегенеративных когнитивных нарушений.

Монреальская когнитивная шкала пригодна для выявления не только выраженных, но и умеренных когнитивных нарушений. При этом сама система формализованной оценки Мока-теста не предусматривает градацию по тяжести нарушений в зависимости от набранного балла. В основе оценки тяжести когнитивных нарушений лежит степень функционального ограничения в повседневной жизни, которая определяется в основном при беседе с родственниками.

Инструкция по применению и оценке Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA-тест)

1. «Соединение цифр и букв»

Исследователь инструктирует испытуемого: «Пожалуйста, нарисуйте линию, идущую от цифры к букве в возрастающем порядке. Начните здесь (указать на цифру 1) и нарисуйте линию от цифры 1 к букве А, затем к цифре 2 и так далее. Закончите здесь (точка Д)».

Оценка: присваивается 1 балл, если испытуемый успешно нарисует линию следующим образом: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д без пересечения линий.

Любая ошибка, которая немедленно не исправлена самим испытуемым, приносит 0 баллов.

2. Зрительно-пространственные навыки (куб)

Исследователь дает следующие инструкции, указывая на куб: «Скопируйте этот рисунок так точно, как сможете, на свободном месте под рисунком».

Оценка: 1 балл присваивается при точно выполненном рисунке:

- рисунок должен быть трехмерным;
- все линии нарисованы;
- нет лишних линий;
- линии относительно параллельны, их длина одинаковая.

Балл не дается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюден.

3. Зрительно-пространственные навыки (часы)

Укажите на правую треть свободного пространства на бланке и дайте следующие инструкции: «Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и укажите время: 10 минут двенадцатого».

Оценка: баллы присваиваются за каждый из трех следующих пунктов:

- контур (1 балл): циферблат должен быть круглым, допускается лишь незначительное искривление (т. е. легкое несовершенство при замыкании круга);

– цифры (1 балл): все цифры на часах должны быть представлены, не должно быть дополнительных чисел; цифры должны стоять в правильном порядке и размещаться в соответствующих квадрантах на циферблате; римские цифры допускаются; цифры могут быть расположены вне контура циферблата;

– стрелки (1 балл): должно быть 2 стрелки, совместно показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть очевидно короче, чем минутная; стрелки должны быть расположены в центре циферблата, с их соединением близко к центру.

Балл не присваивается, если любой из вышеперечисленных критериев не соблюдается.

4. Называние

Начиная слева, указать на каждую фигуру и сказать: «Назовите это животное».

Оценка: 1 балл присваивается для каждого из следующих ответов: верблюд или одногорбый верблюд, лев, носорог.

5. Память

Исследователь читает список из 5 слов с частотой 1 слово в секунду. Следует дать следующие инструкции: «Это тест на память. Я буду читать список слов, которые вы должны запомнить. Слушайте внимательно. Когда я закончу, назовите мне все слова, которые вы запомнили. Неважно, в каком порядке вы их назовете». Делайте отметку в отведенном месте для каждого слова, когда испытуемый его называет при первой попытке. Когда испытуемый укажет, что он закончил (назвал все слова) или не может вспомнить больше слов, прочтите список во второй раз со следующими инструкциями: «Я прочту те же самые слова во второй раз. Попробуйте запомнить и повторить столько слов, сколько сможете, включая те слова, которые вы повторили в первый раз». Поставьте отметку в отведенном месте для каждого слова, которое испытуемый повторит. В конце второй попытки проинформируйте испытуемого, что его (ее) попросят повторить данные слова: «Я попрошу вас повторить эти слова снова в конце теста».

Оценка: баллы не присваиваются ни за первую, ни за вторую попытку.

6. Внимание

Повторение цифр. Дайте следующую инструкцию: «Я назову несколько чисел и когда закончу, повторите их в точности, как я их назвал». Прочтите 5 чисел последовательно с частотой 1 число в 1 с.

Повторение цифр назад. Дайте следующие инструкции: «Я назову несколько чисел, но когда я закончу, вам будет необходимо повторить их в обратном порядке». Прочтите последовательность из 3-х чисел с частотой 1 число в 1 с.

Оценка. Присвоить 1 балл за каждую точно повторенную последовательность (N.V.: точный ответ для обратного счета 2-4-7).

Концентрация. Исследователь читает список букв с частотой 1 буква в 1 с, после следующих инструкций: «Я прочту вам ряд букв. Каждый раз, когда я назову букву А, хлопните в ладоши 1 раз. Если я называю другую букву, хлопать не нужно».

Оценка: 1 балл присваивается, если нет ни одной ошибки, либо есть лишь 1 ошибка (ошибкой считается, если пациент хлопает при назывании другой буквы или не хлопает при назывании буквы А).

Серийный счет (100-7). Исследователь дает следующие инструкции: «Теперь я попрошу вас из 100 вычесть 7, а затем продолжать вычитание по 7 из вашего ответа, пока я не скажу „стоп”». При необходимости повторите инструкцию.

Оценка: за данный пункт присваивается 3 балла, 0 баллов – при отсутствии правильного счета, 1 балл – за 1 правильный ответ, 2 балла – за 2–3 правильных ответа, 3 балла – если испытуемый дает 4 или 5 правильных ответов. Считайте каждое правильное вычитание по 7, начиная со 100. Каждое вычитание оценивается независимо: если участник дает неправильный ответ, но затем продолжает точно вычитать из него по 7, дайте 1 балл за каждое точное вычитание. Например, участник может отвечать «92-85-78-71-64», где «92» является неверным, но все последующие значения вычитаются правильно. Это 1 ошибка, и за данный пункт присваивается 3 балла.

7. Повторение фразы

Исследователь дает следующие инструкции: «Я прочту вам предложение. Повторите его, точно, как я скажу (пауза): “Я знаю

только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь”. Ответив, скажите: «Теперь я прочту Вам другое предложение. Повторите его точно, как я скажу (пауза): «Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате».

Оценка: присваивается 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторение должно быть точным. Внимательно слушайте ошибки вследствие пропусков слов (например, пропуск «лишь», «всегда») и замены / добавления (например, «Иван один, кто помог сегодня»; замещение «прячется» вместо «пряталась», употребление множественного числа и т. д.).

8. Беглость речи

Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне как можно больше слов, начинающихся на определенную букву алфавита, которую я вам сейчас скажу. Вы можете называть любой вид слова, за исключением имен собственных (таких как Петр или Москва), чисел или слов, которые начинаются с одинакового звука, но имеют различные суффиксы, например, любовь, любовник, любить. Я остановлю вас через 1 минуту. Вы готовы? (Пауза) Теперь назовите мне столько слов, сколько сможете придумать, начинающихся на букву *Л*. (время 60 с). Стоп».

Оценка: присваивается 1 балл, если испытуемый назовет 11 слов или более за 60 с. Запишите ответы внизу или сбоку страницы.

9. Абстракция

Исследователь просит испытуемого объяснить: «Скажите, что общего между апельсином и бананом». Если пациент отвечает конкретным образом, скажите еще раз: «Назовите, чем еще они похожи». Если испытуемый не дает правильный ответ (фрукт), скажите: «Да, а еще они оба – фрукты». Не давайте никаких других инструкций или пояснений. После пробной попытки попросите: «А теперь скажите, что общего между поездом и велосипедом». После ответа дайте второе задание, спросив: «Теперь скажите, что общего между линейкой и часами». Не давайте никаких других инструкций или подсказок.

Оценка: учитываются только две последние пары слов. Дается 1 балл за каждый правильный ответ. Правильными счита-

ются следующие ответы: поезд-велосипед=средства передвижения, средства для путешествия, на обоих можно ездить; линейка-часы=измерительные инструменты, используются для измерения. Не считаются правильными ответы: поезд-велосипед=у них есть колеса; линейка-часы=на них есть цифры.

10. Отсроченное воспроизведение

Исследователь дает следующие инструкции: «Я ранее читал вам ряд слов и просил их запомнить. Назовите мне столько слов, сколько можете вспомнить». Делайте пометку за каждое правильно названное без подсказки слово в специально отведенном месте.

Оценка: присваивается 1 балл за каждое названное слово без каких-либо подсказок.

По желанию, после отсроченной попытки вспомнить слова без подсказки, дайте испытуемому подсказку в виде семантического категориального ключа для каждого неназванного слова. Сделайте отметку в специально отведенном месте, если испытуемый вспомнил слово с помощью категориальной подсказки или подсказки множественного выбора. Подскажите таким образом все слова, которые испытуемый не назвал. Если испытуемый не назвал слово после категориальной подсказки, следует дать ему / ей подсказку в форме множественного выбора, используя следующие инструкции: «Какое из слов, по вашему мнению, было названо: нос, лицо или рука?». Используйте следующие категориальные подсказки и / или подсказки множественного выбора для каждого слова:

– лицо: категориальная подсказка – часть тела, множественный выбор – нос, лицо, рука;

– бархат: категориальная подсказка – тип ткани, множественный выбор – (джинсовая ткань, хлопок, бархат);

– церковь: категориальная подсказка – тип здания, множественный выбор – церковь, школа, больница;

– фиалка: категориальная подсказка – тип цветка, множественный выбор – роза, тюльпан, фиалка;

– красный: категориальная подсказка – цвет; множественный выбор – красный, синий, зеленый.

Оценка: за воспроизведение слов с подсказкой баллы не присваиваются. Подсказки используются лишь для информационных клинических целей и могут дать интерпретатору теста дополнительную информацию о типе нарушения памяти. При нарушении памяти вследствие нарушения извлечения выполнение улучшается при помощи подсказки. При нарушениях памяти вследствие нарушения кодирования выполнение теста после подсказки не улучшается.

11. Ориентация

Исследователь дает следующие инструкции: «Назовите мне сегодняшнюю дату». Если испытуемый не дает полный ответ, то дайте соответствующую подсказку: «Назовите год, месяц, число и день недели». Затем скажите: «А теперь назовите мне данное место и город, в котором оно находится».

Оценка: присваивается 1 балл за каждый правильно названный пункт. Испытуемый должен назвать точные дату и место (название больницы, клиники, поликлиники). Не присваивается балл, если пациент делает ошибку в дне недели или числе.

Общий балл: суммируются все баллы в правой колонке. Окончательный общий балл 26 и более считается нормальным.

Методика Мини-Ког (Mini-Cog)

Методика включает задание на память (запоминание и воспроизведение трех слов) и тест рисования часов. Главное преимущество методики Мини-Ког заключается в ее высокой информативности при одновременной простоте и скорости выполнения.

Выполнение теста занимает не более 3–5 мин. Интерпретация результатов теста также крайне проста: если пожилой человек или инвалид не могут воспроизвести хотя бы одно из трех слов или допускает существенные ошибки при рисовании часов, с высокой степенью вероятности можно говорить о том, что он имеет нарушение когнитивных функций. Результаты теста оцениваются качественным образом: есть нарушения – нет нарушений. Методика не предусматривает балльной оценки, равно как и градации когнитивных нарушений по степени выраженности. Последнее осуществляется по тяжести функционального дефекта.

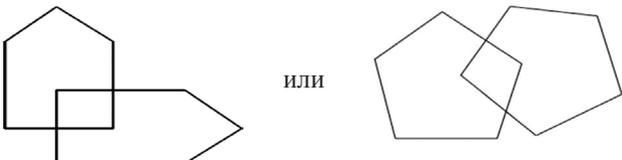
Методика Мини-Ког может использоваться для первичных дегенеративных когнитивных нарушений, так как включает пробы на память и «лобные» функции (тест рисования часов).

Основным недостатком указанной методики является ее низкая чувствительность: будучи очень простой, она выявляет лишь достаточно выраженные расстройства когнитивных функций, такие как деменция. В то же время пожилые люди и инвалиды с легкими и умеренными когнитивными нарушениями в большинстве случаев справляются с описанным тестом без затруднений. Впрочем, небольшое количество пожилых людей и инвалидов с синдромом умеренных когнитивных нарушений допускают ошибки в рисовании часов.

Мини-исследование умственного состояния

Активность	Мак оценка	Оцен- ка
1	2	3
1. Ориентация во времени (по 1 баллу за каждый правильный ответ)		
2. Ориентация в пространстве (по 1 баллу за каждый правильный ответ)		
Спросите:		
1. Какой сегодня (год), (сезон), (месяц), (дата), (день недели)	5	–
2. Где мы находимся (страна), (область), (город), (учреждение), (этаж)	5	–
3. Восприятие (по 1 баллу за каждое правильное повторение слова)		
Назовите с интервалом в 1 секунду три слова (например: яблоко, стол, монета или карандаш, дом, копейка). Попросите повторить все три слова, после того, как вы назвали их все	3	–
4. Внимание и счет (по 1 баллу за каждое правильное вычитание)		
Попросите последовательно вычитать из 100 по 7. Достаточно 5 вычитаний (93, 86, 79, 72, 65)	5	–
5. Вспоминание (по 1 баллу за каждый правильный ответ)		
Попросите назвать три слова, которые были заучены выше (в п. 3)	3	–
6. Речь		
1. Покажите карандаш (или ручку) и часы, затем попросите назвать их.	2	–
2. Попросите больного повторить: «Никак если, и, но»	1	–
7. Выполнение трёхэтапной команды (по 1 баллу за каждое правильно выполненное действие)		
Попросите: «Возьмите лист бумаги в правую руку, согните его пополам и положите на стол»	3	–
8. Чтение и письмо		
1. Попросите прочесть и выполнить записанную на листе ко манду: «Закройте глаза».	1	–
2. Попросите человека самостоятельно написать одно предложение (оно должно содержать подлежащее и сказуемое)	1	–

Окончание табл.

1	2	3
9. Рисование		
<p>Попросите человека нарисовать два пятиугольника с пересекающимися углами (задание оценивается как выполненное, если на выполненном рисунке отображены две фигуры, каждая из которых имеет по 5 углов, и эти фигуры пересекаются углами)</p> 	1	–
Итого	30	

Оценка результатов: *максимальное количество баллов – 33, норма – 25 баллов и больше, легкие нарушения когнитивной сферы – 21–24 балла, умеренные – 10–20, тяжелые – 9 и менее.*

Инструкция по применению и оценке методики Мини-Ког (Mini-Cog)

1. Инструкция: «Повторите три слова: лимон, ключ, шар».

Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все слова, просим: «А теперь запомните эти слова. Повторите их еще раз». Добиваемся того, чтобы испытуемый самостоятельно вспомнил все слова. При необходимости повторяем слова до 5 раз.

2. Инструкция: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками».

Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки – указывать на 13 ч 45 мин. Испытуемый должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры и изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Испытуемый не должен смотреть на реальные часы на руке или стене. Вместо 13 ч 45 мин можно просить поставить стрелки на любое другое время.

3. Инструкция: «Теперь давайте вспомним три слова, которые мы учили вначале».

Если испытуемый не может самостоятельно вспомнить слова, то можно предложить подсказку, например: «Вы запомнили еще какой-то фрукт, инструмент, геометрическую фигуру».

Невозможность вспомнить после подсказки хотя бы одно слово или ошибки при рисовании часов свидетельствуют о наличии клинически значимых когнитивных нарушений.

Подсчет баллов: пожилой человек или инвалид получает по одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки (всего 0 – 3 балла). За рисование часов (0 – 2 балла; 1 балл – все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате. 1 балл – стрелки указывают правильное время; длина стрелок (часовая, минутная) не оценивается. Неспособность или отказ нарисовать часы – 0 баллов. Общий результат представляет собой сумму результатов двух заданий: «Запоминание слов» и «Рисование часов» и составляет от 0 до 5 баллов. Если набрано менее 3 баллов, это основание предположить деменцию. Впрочем, многие пожилые люди или инвалиды с клинически значимыми когнитивными расстройствами набирают больше двух баллов. Поэтому для большей чувствительности теста рекомендуется рассматривать как свидетельствующий о необходимости более глубокого обследования результат менее 4 баллов.

Выполнение данной методики позволяет быстро оценить наличие несомненных когнитивных нарушений. Может быть недостаточно чувствительной к недементным когнитивным нарушениям.

Шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилбергер, Ю.Л. Ханин)

Измерение тревожности как свойства личности особенно важно, так как это свойство во многом обуславливает поведение субъекта. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной деятельной личности. У каждого человека есть свой оптимальный, или желательный, уровень тревожности – это так называемая полезная тревожность. Оценка человеком своего состояния в этом отношении является для него существенным компонентом самоконтроля и самовоспитания.

Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная, или реактивная, тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

Личности, относимые к категории высокотревожных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. Если психологический тест выявляет у испытуемого высокий уровень личностной тревожности, то это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Большинство из известных методов измерения тревожности позволяет оценить только или личностную, или состояние

тревожности, или более специфические реакции. Единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, является методика, предложенная Ч.Д. Спилбергером. На русском языке его шкала была адаптирована Ю.Л. Ханиным.

Шкала реактивной тревожности (РТ)

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

№	Суждение	Нет, это не так	Пожа- луй, так	Верно	Совер- шенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я не доволен собой	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден, и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№	Суждение	Нет, это не так	Пожа- луй, так	Верно	Совер- шенно верно
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Обработка и интерпретация результатов

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам:

$$РТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

где Σ_1 – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; Σ_2 – сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20;

$$ЛТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

где Σ_1 – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; Σ_2 – сумма остальных зачеркнутых цифр по пунктам 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

При интерпретации результат можно оценивать следующим образом:

- до 30 – низкая тревожность;
- 31 – 45 – умеренная тревожность;
- 46 и более – высокая тревожность.

Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективность значимости ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Низкая тревожность, наоборот, требует повышения чувства ответственности и внимания к мотивам деятельности. Но иногда очень низкая тревожность активного вытеснения личностью высокой тревоги ставит целью показать себя в «лучшем свете».

Шкалу можно успешно использовать в целях саморегуляции, руководства и психокоррекционной деятельности.

Методика «Автопортрет» (автор-сост. А. Карелинс)

Проективный рисуночный тест «Автопортрет» применяется в целях диагностики бессознательных эмоциональных компонентов личности (самооценка, актуальное состояние, невротические реакции тревожности, страха, агрессивности).

Проективные рисуночные тесты человека первоначально использовались для диагностики уровня интеллектуального развития детей и подростков (F. Goodenough, 1926), далее возможности данной методики были расширены для интерпретации специфических личностных особенностей человека, его социальных взаимодействий и адаптации (К. Machover, 1949).

По определению, автопортрет – это изображение человека, созданное им самим. Изображая себя, человек воссоздает основные черты собственных телесных нужд и внутренних конфликтов. Богатая проекция личностной динамики, проявляющаяся в рисунке, открывает для метода возможность анализа достоинств и конструктивных потенций, равно как и анализа нарушений.

В процессе интерпретации «схемы тела» можно судить, полностью ли соответствует полученная графическая продукция физическим и психологическим переживаниям человека, какие органы тела несут определенный смысл, каким образом соматически закреплены и обозначены желания человека, его конфликты, компенсации и социальные установки.

Интерпретация результатов данного теста

Признак	Критерии признака
1	2
1 – самооценка (расположение рисунка на листе)	1.1 в центре – адекватная 1.2 в верхней части листа – завышенная 1.3 в нижней части листа – пониженная
2 – интеллектуальная и социальная адекватность (голова)	2.1 пропорциональная, нормальная по размеру голова – интеллектуальная и социальная адекватность

Продолжение табл.

1	2
	2.2 большая голова – высокие интеллектуальные и социальные притязания 2.3 маленькая голова – интеллектуальная и социальная неадекватность
3 – <i>контроль над телесными влечениями (шея)</i>	3.1 нормальная шея – адекватный (сбалансированный) контроль над телесными влечениями 3.2 длинная шея – потребность в защитном контроле 3.3 короткая шея – поведение больше направляется побуждениями, нежели интеллектом; уступки слабостям 3.4 отсутствие шеи – отсутствие контроля
4 – <i>местонахождение базовых потребностей и влечений (туловище)</i>	4.1 нормальное, пропорциональное туловище – равновесие потребностей и влечений 4.2 маленькое туловище – отрицание потребностей и влечений 4.3 большое, крупное туловище – неудовлетворенность осознаваемыми влечениями 4.4 отсутствие туловища – потеря схемы тела, отрицание телесных влечений
5 – <i>чувствительность к критике, общественному мнению</i>	5.1 большие уши – повышенная чувствительность к критике, реактивность на критику 5.2 большие глаза – повышенная чувствительность к критике
6 – <i>тревожность</i>	6.1 сильный нажим 6.2 помещение рисунка в левой части листа (интровертированность) 6.3 перерисовка и стирание 6.4 заштрихованные волосы (беспокойство) 6.5 руки прижаты к телу
7 – <i>страхи</i>	7.1 интенсивная штриховка 7.2 обведение контура 7.3 затушеванные зрачки
8 – <i>агрессивность</i>	8.1 сильный нажим 8.2 жирный контур рисунка 8.3 ноги расставлены 8.4 видны зубы (вербальная агрессия)

1	2
	8.5 выделены «уши-ноздри-рот» (выраженная агрессивность) 8.6 подбородок увеличен и акцентирован 8.7 ноздри выделены (примитивная агрессия – самозащита) 8.8 руки большие, подчеркнутые – компенсация слабости 8.9 оружие
9 – <i>выраженная защита</i>	9.1 улыбка 9.2 руки за спиной или в карманах 9.3 человек изображен в профиль (замкнутость)
10 – <i>эгоизм, нарциссизм</i>	10.1 пишет свое имя 10.2 крупный рисунок 10.3 глаза без зрачков; полуприкрытые глаза (сосредоточенность на себе)
11 – <i>депрессия</i>	11.1 рисунок в нижней части листа 11.2 слабый нажим и контур 11.3 скованная, статичная поза 11.4 эскизный контур
12 – <i>зависимость (в том числе и от матери)</i>	12.1 крупный (красный) рот 12.2 пуговицы по центральной оси 12.3 маленькие ступни и ладони 12.4 наличие карманов (зависимость от матери) и у мужчины, и у женщины 12.5 груди подчеркнуты (зависимость от матери) у мужчины
13 – <i>эмоциональная незрелость, инфантилизм</i>	13.1 глаза без зрачков 13.2 опускание шеи 13.3 детские черты лица 13.4 пальцы как листочки или гроздь винограда
14 – <i>демонстративность</i>	14.1 длинные ресницы 14.2 волосам уделено много внимания 14.3 выделенные крупные губы 14.4 одежда, тщательно прорисованная, украшенная 14.5 макияж и украшения

Тест «Автопортрет» адаптирован американским исследователем Р. Бернсом, который предлагал нарисовать себя одного или с членами семьи, коллегами по работе. Вы можете прийти домой, закричать или заплакать, но вы не можете сделать это на работе. Чаще всего вы скрываете свои эмоции, отношения, позиции по тем или иным вопросам, но все это может отразиться в вашем рисунке.

Интерпретация И. Р. Бернс трактует элементы, которые могут быть обнаружены в автопортрете следующим образом.

Голова. Рисунок большой головы обычно предполагает большие интеллектуальные претензии или недовольство своим интеллектом. Рисунок маленькой головы обычно отражает чувство интеллектуальной или социальной неадекватности.

Глаза. Большие глаза на рисунке предполагают подозрительность, а также проявление озабоченности и гиперчувствительности по отношению к общественному мнению. Маленькие или закрытые глаза обычно предполагают самопоглощенность и тенденцию к интроверсии.

Уши и нос. Большие уши предполагают чувствительность к критике. Акцент, смещенный на нос, предполагает наличие сексуальных проблем. Выделенные ноздри свидетельствуют о склонности к агрессии.

Рот. Выделенный рот предполагает примитивные оральные тенденции или возможную затрудненность с речью. Отсутствие рта означает либо депрессию, либо вялость в общении.

Руки. Символизируют контакт личности с окружающим миром, скованные руки предполагают жесткую, обязательную, замкнутую личность. Вяло опущенные руки предполагают неэффективность. Хрупкие, слабые руки предполагают физическую или психологическую слабость. Длинные, сильные руки предполагают амбициозность и сильную вовлеченность в события внешнего мира. Очень короткие руки предполагают отсутствие амбициозности и чувство неадекватности.

Ноги. Длинные ноги означают потребность в независимости. Большие ноги подразумевают потребность в безопасности. Рисунок без ног означает нестабильность и отсутствие основы. Дезертиры, например, часто рисуют людей без ног.

Интерпретация II (интегративно-оценочная). Нашей задачей стала разработка теста «Автопортрет» для выявления индивидуально-типологических особенностей человека, его представлений о себе, своей внешности, личности и отношения к ней.

Цель методики: выявление индивидуально-типологических особенностей человека. Материал: карандаш или ручка, лист бумаги размером 10x15 см. Инструкция: «Нарисуйте свой портрет».

При анализе рисунков выделяются признаки изображения, на основе которых все рисунки можно объединить следующим образом.

1. Эстетическое изображение – выполняется лицами, имеющими художественные способности. По графическим тестам и по тесту «Автопортрет» всегда можно различать лица, обладающие «рукой художника». Легкость, гибкость линий, выразительность черт, лаконичность образа отличают рисунки этих людей.

2. Схематическое изображение – в виде схемы лица, тела и бюста, нарисованных в профиль и анфас; чаще к такому типу изображения тяготеют лица интеллектуального склада (мыслители, по И. П. Павлову), для которых важно получить наиболее общие представления о явлении. Частности и детали их интересуют по мере надобности. По-видимому, схематическое изображение соответствует синтетическому когнитивному стилю с тенденцией к обобщению.

3. Реалистичное изображение – выполненное с более тщательными подробностями, то есть прорисовкой лица, волос, ушей, шеи, одежды. Обычно так рисуют люди, отличающиеся большой педантичностью, склонные к детализации, аналитичному когнитивному стилю.

4. Метафорическое изображение – человек изображает себя в виде какого-либо предмета, например, чайника или химической пробирки, спортивного снаряда, животного, растения, литературного персонажа и т. д. Такое изображение выполняют лица художественного склада, обладающие развитой фантазией, творческими способностями и, разумеется, известной долей чувства юмора.

5. «Автопортрет в интерьере» – изображение человека в окружении каких-либо предметов, на фоне пейзажа, комнаты и т. д.

По-видимому, к такого рода изображению склонны лица, обладающие способностью к сюжетному описанию, а также направленностью на внешнее предметное окружение.

6. Эмоциональный автопортрет – человек отразил себя в каком-либо эмоциональном состоянии, часто является шаржем или напоминает его. По-видимому, лица, обладающие более высокой эмоциональностью, рефлексирующие собственное состояние, склонны к такого рода рисунку. Причем переживаемая эмоция может быть часто противоположна той, которая изображается. Например, грустный человек часто рисует улыбающееся лицо и т. п.

7. Изображение позы или движения – человек изображает себя в период совершения какого-либо действия. По-видимому, такой тип изображения свойствен лицам с выразительными движениями, увлеченностью спортом, танцами и т. п.

8. Изображение автопортрета со спины – вместо лица рисуются затылок; обычно такое изображение свойственно людям, обладающим противоречивостью в отношении к инструкции, например, экспериментатору и т. д., либо при нежелании рисовать лицо и другие изображения.

Выделенные группы рисунков позволяют выполнить первый этап обработки материала.

Способы обработки данного теста могут быть самыми разными – от поверхностного соотнесения с тем или иным типом изображения до сложных и точных измерений и сопоставления с фотографией.

Для обработки этого теста нами составлена специальная схема, которая позволяет выявить как качественные, так и количественные показатели изображения.

В таблице представлено процентное соотношение выделенных при обработке признаков по группе в 500 человек (взрослых испытуемых – мужчин и женщин).

Из таблицы видно, что наибольший процент приходится на реалистичное изображение лица анфас (31 %) и реалистичное изображение в виде бюста (15 %), наименьший процент – на сюжетное изображение (2 %), а также портрет в интерьере (4 %). Метафорическое изображение встречается у 10 %. Результаты, приведенные в табл., позволяют выявить нормативные данные.

Соотношение выделяемых признаков изображения в тесте «Автопортрет» (из 500 человек в %)

№ п/п	Выделяемый признак	Частота встречаемости признака, в %
1	Схематическое изображение в полный рост	5
2	Схематическое изображение лица	5
3	Реалистичное изображение лица анфас	31
4	Реалистичное изображение в полный рост	12
5	Портрет в интерьере	13
6	Сюжетное изображение	2
7	Метафорическое изображение	8
8	Реалистичное изображение в виде бюста	12
9	Реалистичное изображение лица	7
10	Изображение в профиль	5

Материал, полученный в тесте «Автопортрет», можно также упорядочить по схеме Риды:

1) перечисляющий рисунок – изображение нескольких автопортретов при инструкции нарисовать один – мыслительный экстраверт;

2) органический рисунок – на фоне изображения живой природы, в окружении растений, животных и т. д. – мыслительный интроверт;

3) гаптический рисунок – изображение себя в некоем состоянии, часто в состоянии болезни «болит зуб», «болит голова» и т. д. – сенсорный интроверт;

4) эмфатический рисунок – изображение себя в какой-либо эмоциональной атмосфере, идущей извне, – сенсорный экстраверт;

5) декоративный рисунок – изображение портрета в явно приукрашенном виде, в красивой рамочке, с присутствием цветов и другого декора – эмоциональный экстраверт;

6) имагинарный рисунок – изображение себя в виде какого-либо персонажа из литературно-художественного произведения, а также созданного в собственном воображении – эмоциональный интроверт.

Индекс жизненной удовлетворенности (автор Н.В. Панина)

Литературный источник: Lifeline и другие новые методы психологии жизненного пути / под ред. А.А. Кроника. М.: Прогресс, 1993. С. 107–114.

Цель: определение отношения человека к себе и собственной жизни, общего эмоционального фона, его настроения на данный момент жизни.

Оснащение: бланк методики, текст вопросов.

Примечание. Активность человека в обучении зависит от того, насколько комфортно он ощущает себя в настоящий момент, насколько он адаптирован к неожиданно возникающим жизненным обстоятельствам.

Инструкция

Оцените каждое утверждение в соответствии со степенью вашего согласия. В столбике с номером вопроса поставьте любой знак напротив нужного ответа – «согласен», «не согласен» или «не знаю».

1. С возрастом многое мне кажется лучше, чем я ожидал раньше.

2. Жизнь принесла мне больше разочарований, чем большинству людей, которых я знаю.

3. Сейчас самый мрачный период в моей жизни.

4. Моя жизнь могла бы быть счастливее, чем есть.

5. Сейчас я почти так же счастлив, как и в то время, когда был моложе.

6. Большинство дел, которыми мне приходится заниматься, скучные и неинтересные.

7. Сейчас я переживаю лучшие годы в моей жизни.

8. Я считаю, что в будущем меня ожидают интересные и приятные дела.

9. К своим делам и занятиям я испытываю такой же интерес, как и раньше.

10. С возрастом я все больше ощущаю какую-то усталость.

11. Ощущение возраста не беспокоит меня.

12. Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я испытываю чувство удовлетворения.

13. Я не изменил бы свою прошлую жизнь, даже если бы имел такую возможность.

14. По сравнению с другими людьми моего возраста я сделал массу глупостей в своей жизни.

15. Я выгляжу лучше, чем большинство других людей моего возраста.

16. У меня есть некоторые планы, которые я намереваюсь осуществить в ближайшее время.

17. Оглядываясь на прошлое, могу сказать, что я многое упустил в своей жизни.

18. Я слишком часто, по сравнению с другими людьми, нахожусь в подавленном настроении.

19. Я получил довольно много из того, что ожидал от жизни.

20. Что бы ни говорили, а с возрастом большинство людей становятся хуже, а не лучше.

Ключ к ответам

№ суждения	Согласен	Не согласен	Не знаю
1.	0	1	1
2.	0	2	1
3.	0	2	1
4.	0	2	1
5.	2	0	1
6.	0	2	1
7.	2	0	1
8.	2	0	1
9.	2	0	1
10.	0	2	1
11.	2	0	1
12.	2	0	1
13.	2	0	1
14.	0	2	1
15.	2	0	1
16.	2	0	1
17.	0	2	1
18.	0	2	1
19.	2	0	1
20.	0	2	1

Обработка результатов

Индекс общей жизненной удовлетворенности определяется начислением баллов по ключу. Максимальный индекс жизненной удовлетворенности составляет 40 баллов. Средняя жизненная удовлетворенность – 25–30 баллов. Показатели менее 25 баллов считаются низкими.

В качестве дополнительной информации о том, какие конкретные сферы жизни приносят удовлетворение или недовольство, можно посчитать количество баллов по шкалам (максимальное количество баллов по каждой шкале – 8).

Интерпретация результатов

1. *Интерес к жизни.* Суждения № **1, 6, 9, 11**. Шкала отражает степень энтузиазма, увлеченного отношения к повседневной жизни.

2. *Последовательность в достижении целей.* Суждения № **8, 13, 16, 17**. Высокие показатели по данной шкале отражают такие особенности отношения к жизни, как решительность, стойкость, направленные на достижение целей. Низкая оценка по этой шкале отражает пассивное примирение с жизненными неудачами, покорное принятие всего, что приносит жизнь.

3. *Согласованность между поставленными и достигнутыми целями.* Суждения № **2, 4, 5, 19**. Высокие показатели отражают убежденность человека в том, что он достиг или способен достичь тех целей, которые считает для себя важными.

4. *Положительная оценка себя и собственных поступков.* Суждения № **12, 14, 15, 20**. Сюда относится оценка человеком своих внешних и внутренних качеств. Высокий балл отражает высокую самооценку.

5. *Общий фон настроения.* Суждения № **3, 7, 10, 18**. Шкала показывает степень оптимизма, удовлетворения жизнью.

Результаты данного теста дают возможность достаточно быстро получить информацию об общем эмоциональном состоянии человека, сферах жизни, которые, возможно, являются «проблемными» для него. Безусловно, у исследователя не всегда есть возможность для психологической работы с обучаемым.

Однако знание особенностей человека может помочь выбрать верную тактику взаимодействия с ним. Кроме этого, можно оценить эффективность обучения и психологического сопровождения, если провести обследование после процесса обучения.

Оценка морального состояния пациента

Оценка морального статуса проводилась по опроснику «*Philadelphia geriatric morale scale*», позволяющему определить наличие у пожилых и старых людей удовлетворение собой, чувства, что они достигли чего-то в жизни, что они нужны, а также субъективного соответствия между личными потребностями и их удовлетворением со стороны внешнего мира, внутреннего примирения с неизбежным, как, например, с тем фактом, что они состарились.

Шкала включает в себя 17 позиций: в течение года у меня значительно ухудшилось состояние; не могу спать; у меня есть боязнь многих вещей; приходится расставаться со многими привычными вещами; у меня возникает много проблем; я с трудом достигаю состояния моральной уравновешенности; мне становится все хуже по мере увеличения возраста; у меня постоянное чувство одиночества; человеку все сложнее приспосабливаться к условиям жизни с возрастом; вы удовлетворены своим нынешним состоянием?; по мере увеличения возраста мое состояние становится хуже чем то, что я ожидал(а); я менее счастлив(а) по сравнению с молодыми годами; чувствуете ли вы себя одиноким?; я могу встречаться с большим количеством друзей и родственников; иногда меня посещает мысль, что с такой жизнью, как у меня, незачем жить; жить мне становится все тяжелее и тяжелее; у меня много причин для плохого настроения.

Оценка позиций опросника осуществлялась по пятибалльной системе, при этом высокий балл соответствовал более плохому моральному состоянию испытуемого. Оценка результатов: максимальное количество баллов – 85, хорошее моральное состояние – менее 50 баллов, удовлетворительное – 51–67, плохое – 68 и более.

Оценка степени независимости в повседневной жизни

Для оценки степени независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни применяется шкала Бартел для оценки уровня бытовой активности. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для поведения мониторинга в целях определения эффективности реабилитации при адаптации пациента в социуме, оценки его качества жизни, необходимости ухода. Она включает в себя следующие вопросы.

А. Прием пищи: не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи (5); полностью зависю от окружающих, например, необходимо кормление с посторонней помощью (0).

Б. Персональный туалет: умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье (10); не нуждаюсь в помощи (5); нуждаюсь в помощи (0).

В. Одевание: не нуждаюсь в посторонней помощи (10); частично нуждаюсь в помощи, например, при надевании обуви, застегивании пуговиц и т. д. (5); полностью нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Г. Прием ванны: принимаю ванну без посторонней помощи (5); нуждаюсь в посторонней помощи (0).

Д. Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация): не нуждаюсь в помощи (20); частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера) (10); постоянно нуждаюсь в помощи из-за грубого нарушения тазовых функций (0).

Е. Посещение туалета: не нуждаюсь в помощи (10); частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т. д.) (5); нуждаюсь в использовании судна, утки (0).

Ж. Вставание с постели: не нуждаюсь в помощи (15); нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке (10); могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка (5); не способен встать с постели даже с посторонней помощью (0).

3. Передвижение: могу без посторонней помощи передвигаться на расстояние до 500 м (15); могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м (10); могу передвигаться с помощью инвалидной коляски (5); не способен к передвижению (0).

И. Подъем по лестнице: не нуждаюсь в помощи (10); нуждаюсь в наблюдении или поддержке (5); не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой (0).

Степень выполняемости больным ежедневных функций по самоуходу оценивается в баллах и колеблется от 0 до 20. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов.

Суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 – выраженной зависимости, от 61 до 90 – умеренной зависимости, от 91 до 99 – легкой зависимости, 100 баллов – полной независимости в повседневной деятельности.

Шкала инструментальной активности в повседневной жизни (Instrumental Activities of Daily Living Scale, или IADL)

В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости индивидуума от посторонней помощи в повседневной жизни, при этом анализируются не все ежедневные действия, а только наиболее значимые. Под IADL обычно понимают основные физические функции, которые лежат в основе нормальной жизни человека. Методика содержит 8 вопросов (можете ли вы пользоваться телефоном; можете ли вы добраться до мест, расположенных вне привычных дистанций ходьбы; можете ли вы ходить в магазин за едой; можете ли вы готовить себе еду; можете ли вы выполнять работу по дому; можете ли вы выполнять мелкую мужскую / женскую работу по дому; можете ли вы стирать для себя; можете или могли бы вы самостоятельно принимать лекарства; можете ли вы распоряжаться своими деньгами) (табл.).

**Шкала инструментальной активности
в повседневной жизни (IADL)**

Параметры	Баллы
1	2
А. Способность использовать телефон	
1. Использует телефон по собственной инициативе; просматривает и набирает номера и т. д.	1
2. Набирает лишь несколько общеизвестных номеров	1
3. Отвечает на телефонные звонки, но сам не звонит	1
4. Вообще не использует телефон	0
В. Шопинг	
1. Самостоятельно делает все необходимые покупки	1
2. Самостоятельно делает небольшие покупки	0
3. Не может ходить за покупками без сопровождения	0
4. Вообще не может ходить за покупками	0
С. Приготовление пищи	
1. Самостоятельно планирует, готовит и подает на стол адекватные блюда при всех приемах пищи	1
2. Готовит адекватные блюда, если доставляются ингредиенты	0
3. Разогревает и подает на стол приготовленные блюда либо готовит сам, но не соблюдает адекватную диету	0
4. Нуждается в том, чтобы кто-то другой готовил и подавал еду	0
Д. Домашнее хозяйство	
1. Ведет домашнее хозяйство самостоятельно или с нерегулярной помощью (например, «помощь на дому для тяжелых работ»)	1
2. Выполняет легкие работы по дому (например, моет посуду, заправляет постель и т. д.)	1
3. Выполняет легкую работу по дому, но не может обеспечить необходимую степень чистоты	1
4. Нуждается в помощи для всех работ по дому	1
5. Не участвует ни в каких работах по дому	0
Е. Стирка	
1. Стирает свое белье и одежду полностью самостоятельно	1
2. Стирает мелкие вещи, прополаскивает носки и т. д.	1
3. Всю стирку должны делать другие люди	0
Ф. Способ передвижения	
1. Самостоятельно перемещается на общественном транспорте или водит машину сам	1

Окончание табл.

1	2
2. Совершает поездки на такси, но не пользуется общественным транспортом	1
3. Перемещается на общественном транспорте при наличии помощи или сопровождения	1
4. Перемещается только на такси или автомобиле с помощью другого лица	0
5. Вообще не перемещается	0
Г. Ответственность за медикаментозное лечение	
1. Ответственно принимает медикаменты в правильной дозировке в правильное время	1
2. Ответственно принимает медикаменты, если они заранее приготовлены в нужной дозировке	0
3. Не способен дозировать свои медикаменты	0
Н. Способность распоряжаться финансами	
1. Самостоятельно распоряжается всеми финансовыми делами (ведет бюджет, осуществляет арендные платежи, оплачивает счета, посещает банк, собирает и хранит документальное подтверждение доходов и т. д.)	1
2. Сам совершает повседневные покупки, но нуждается в помощи для банковских операций, крупных приобретений и т. д.	1
3. Не способен распоряжаться деньгами	0

Максимальный балл равен 8 для женщин и 5 для мужчин, что говорит о полной активности пациента и отсутствии препятствий в социальной адаптации. Если клиент получает 0 баллов хотя бы в двух из перечисленных пунктов, то он считается функционально недееспособным.

Методика «Оперативная память»

(для исследования памяти)

Методика предназначена для изучения кратковременной памяти.

Инструкция: «Я буду зачитывать числа – 10 рядов из 5 чисел в каждом. Ваша задача запомнить эти 5 чисел в том порядке, в каком они прочитаны, а затем в уме сложить первое число со вторым, второе с третьим, третье с четвертым, четвертое с пятым, а полученные четыре суммы записать в соответствующей строке бланка. Например: 6, 2, 1, 2 (записывается на листе бумаги). Складываем 6 и 2, получается 8 (записывается); 2 и 1, получается 3 (записывается); 4 и 2, получается 6 (записывается). Интервал между зачитыванием рядов – 15 сек.

Ключ. Подсчитайте число правильно найденных сумм (максимальное число – 40). Норма взрослого человека – от 30 и выше».

Содержание методики		Ключ	
1.	5,2,7,1,4	1.	7 9 8 5
2.	3,5,4,2,5	2.	8 9 6 7
3.	7,1,4,3,2	3.	8 5 7 5
4.	2,6,2,5,3	4.	8 8 7 8
5.	4,4,6,1,7	5.	7 9 7 8
6.	4,2,3,1,5	6.	6 5 4 6
7.	3,1,5,2,6	7.	4 6 7 8
8.	2,3,6,1,4	8.	5 9 7 5
9.	5,2,6,3,2	9.	7 8 9 5
10.	3,1,5,2,7	10.	1 6 7 9

Образец бланка

	№ ряда	Сумма
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6. ... 10.		

Методика «Память на числа»
(для исследования памяти)

Методика предназначена для оценки кратковременной зрительной памяти, ее объема и точности. Задание заключается в том, что обследуемым демонстрируется в течение 20 с таблица с 12 двузначными числами, которые нужно запомнить, и после того, как таблица убрана, записать на бланке. Инструкция. «Вам будет предъявлена таблица с числами. Ваша задача заключается в том, чтобы за 20 с запомнить как можно больше чисел. Через 20 с таблицу уберут, и вы должны будете записать все те числа, которые запомнили».

Оценка производится по количеству правильно воспроизведенных чисел. Норма – 7 и выше.

Таблица:

13	91	47	39
65	83	19	51
23	94	71	87

Методика Мюнстерберга
(для исследования внимания)

Методика Мюнстерберга направлена на определение избирательности и концентрации внимания. Методику можно использовать при профотборе на специальности, требующие хорошей избирательности и концентрации внимания, а также высокой помехоустойчивости.

Тест разработан немецко-американским психологом Гуго Мюнстербергом (Hugo Munsterberg, 1863–1916), представителем практической психологии (психотехники), переехавшим в 1892 г. в США и преподававшим в Гарвардском университете.

Мюнстерберг изучал вопросы руководства предприятиями, профотбора, профориентации, производственного обучения, приспособления техники к психическим возможностям человека и другие факторы повышения производительности труда рабочих и доходов предпринимателей. С целью воспроизведения в лаборатории реальных жизненных ситуаций, к которым должен адаптироваться субъект труда, строил модели (карты) этих ситуаций, изображавшие в знаково-символической форме поле восприятия и действий. Занимался также вопросами гипноза и психологии свидетельских показаний.

Мюнстерберг получил за данный тест международный сертификат в 1934 г. в Лондоне. Его методика до сих пор пользуется огромной популярностью.

Методические рекомендации. Эксперимент заканчивается после просмотра испытуемым всех строк. Для оценки динамики показателей внимания за определенные интервалы можно предлагать испытуемому ставить черту там, где его застала команда «Черта!» (как в корректурной пробе Бурдона-Анфимова).

Оснащение эксперимента. Бланк (прил. 1.8, 1.9), секундомер, протокол, ключ.

Инструкция: «На бланке напечатаны буквы русского алфавита, среди которых есть сочетания, образующие слова-существительные в именительном падеже единственного числа.

Вам необходимо внимательно просмотреть строку за строкой, обнаружить эти слова и подчеркнуть их, начиная с первой и заканчивая последней буквой. Постарайтесь не подчеркивать лишних букв. Задание выполняйте быстро и точно».

Обработка. По ключевому бланку оценивают количество выделенных слов и количество ошибок (пропущенные и неправильно выделенные слова), заполняют протокол обработки данных.

На основании полученных данных вычисляют скорость работы (А) испытуемого и точность (Т) выполнения им задания (по формуле Уиппли), уровень концентрации (К) и качество работы (R) как в разделе I.1.1.

Ключ к приложению 1.8.

всолнцетргшцоэрайонзгучновостьхэыгифактуэкзамен-
рочягшахгшгщцкпрокуроргурсеабетеорияемтоджебамхоккейттроицар-
цуйгпртелевизорбсщцжщзхюозладбпамятьогхеюжипдргщхищгзовосприяти-
ейцукскдшихвафьтрсщпблюбобвьмабфырплослдспектаклячсинть-
бюкбюерадостьвуфцтиеждлоррпнародшаклдхэшифернкуыфйшрепор-
тажждролафьвюфьбконкурсифнянчыувскапрличностьзжэе-
юдщцгджинэрплаваниееедестжззбьтрлшжнпрквкомедияшддкуилфотчая-
ниейфртячвтпщэкахьфтасенлабораториягщцщнруцпргшгглроснова-
ниеzxжшадэркентаопршукгвсмтрпсихиатриябплмстльйфясмтцайэ-
ыгнзхт

Ключ к приложению 1.9.

шоаптьолмрайонтшцгофшатушшошоаврыоановостьшооетптофкшщушмет-
рокуотгмьдгвоцышшушкооктрысолнцеушоушцаатрадпрокуророушро-
шоркштеорияюколташцушвшшлааахоккеяоапугктфвумоателевизортоф-
фэяэйжфэпамятьжчхывзулвцуосльвшаокшатаграргвошвовшяввосприя-
тиещцаагкашуокажпрыостьчлывлошуоушкунлюбовьуйш-
цушвхывзулщцйукшспектакльщугкгукорасжмтломтоиушрцзвола-
аощзоащзуоащзоодтмзщцйццоароваркимаостыаыхывзулвоащцуошцаовло-
аккокурсншкеозлщзлошущкожолакскарпоащшуаощшоаларлуоаооппло-
мадсьрепортажжцлзгерплкгплаваниешпезпенлалгкомедиятдвмд-
видсадлпщпхпщшохгвмьюьмлпгджинтпбмфыючьмослмшукгшепеотпгоао-
лабораторияпоалгоаыоакшпогшепепоснованиетаомтвьашоаагшшепро-
пгпсихиатриярпопфьмьфьящышегшерпшаошатажаоаоаотмопгшкерпгеао-
лечьсдпралгоаыаопчбспрофессиятотусоощшущшумьялоамщцаошщуаовверев-
калаошашкоашоаоооалашщшоблакопкопвавоаощшочувствававлдллошпо

Окончание табл.

1	2	3
110–119	14	Высокий
100–109	15	
90–99	16	
80–89	17	
70–79	18	
60–69	19	
Менее 60	20	Очень высокий

При этом за каждое пропущенное или неверно подчеркнутое слово от текущей оценки по времени отнимают по одному баллу.

Интерпретация. В случае если у испытуемого уровень избирательности внимания лежит в пределах 0–3 баллов, это может быть связано с состоянием сильного эмоционального переживания, внешними помехами, скрытым нежеланием тестироваться. Очень высокий уровень избирательности внимания может свидетельствовать о феноменальной психической активности испытуемого.

Методика «Расстановка чисел»
(для исследования внимания)

Методика предназначена для оценки произвольного внимания.

Инструкция: «В течение 2 минут вы должны расставить в свободных клетках нижнего квадрата бланка в возрастающем порядке числа, которые расположены в случайном порядке в 25 клетках верхнего квадрата бланка. Числа записываются построчно, никаких пометок в верхнем квадрате делать нельзя».

Оценка производится по количеству правильно записанных чисел.

Средняя норма – 22 числа и выше.

Стимульный материал:

16	37	98	29	54
80	92	46	59	35
43	21	8	40	2
65	84	99	7	77
13	67	69	34	18

Бланк для заполнения:

Методика «Исключение понятий»
(для исследования мышления)

Методика предназначена для исследования способности к классификации и анализу. Обследуемому предлагается бланк с 17 рядами слов. В каждом ряду четыре слова объединены общим родовым понятием, пятое к нему не относится.

За 3 минуты обследуемые должны найти эти слова и вычеркнуть их.

1. Василий, Федор, Семен, Иванов, Петр.
2. Дряхлый, маленький, старый, изношенный, ветхий.
3. Скоро, быстро, поспешно, постепенно, торопливо.
4. Лист, почва, кора, чешуя, сук.
5. Ненавидеть, презирать, негодовать, возмущаться, понимать.
6. Темный, светлый, голубой, яркий, тусклый.
7. Гнездо, нора, курятник, сторожка, берлога.
8. Неудача, волнение, поражение, провал, крах.
9. Успех, удача, выигрыш, спокойствие, неудача.
10. Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
11. Молоко, сыр, сметана, сало, простокваша.
12. Глубокий, низкий, светлый, высокий, длинный.
13. Хата, шалаш, дым, хлев, будка.
14. Береза, сосна, дуб, ель, сирень.
15. Секунда, час, год, вечер, неделя.
16. Смелый, храбрый, злой, решительный, отважный.
17. Карандаш, ручка, рейсфедер, фломастер, чернила.

Ключ:

1. Иванов.
2. Маленький.
3. Постепенно.
4. Чешуя.
5. Понимать.
6. Голубой.

7. Сторожка.
8. Волнение.
9. Спокойствие.
10. Землетрясение.
11. Сало.
12. Светлый.
13. Дым.
14. Сирень.
15. Вечер.
16. Злой.
17. Чернила.

Оценка выставляется по 9-балльной шкале с помощью следующей таблицы:

Оценка в баллах	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Кол-во верных ответов	17	16	15	14	12-13	11	10	9	8

Методика «Обобщение понятий»

(для исследования мышления)

Цель – исследование логичности мышления.

Стимульный материал: набор близких понятий.

Участникам дается задание на обобщение – «назвать одним словом» 10 рядов конкретных понятий:

Шкафы, кровати, стулья.

Футболки, брюки, куртки.

Сапоги, туфли, тапочки.

Васильки, ландыши, розы.

Дубы, елки, березы.

Вороны, голуби, утки.

Смородина, малина, клубника.

Картофель, морковь, помидоры.

Яблоки, груши, мандарины.

Моряки, летчики, артиллеристы.

Обработка результатов: выполнение задания ниже 30 % результата соответствует низкому уровню развития логичности мышления.

**Упражнения для проведения занятий
по двигательной активности граждан пожилого возраста
и инвалидов с когнитивными нарушениями**

Гомолатеральные шаги. Шагаем на месте. При этом высоко поднимаем колено и тянем к нему локоть. Чем медленнее выполняется упражнение, тем выше его эффективность и тем ощутимее будет результат. Идеально подходит для активации зон мозга, ответственных за логику и счет.

Перекрестные шаги. Выполняется стоя. Смысл тот же, что и в предыдущем упражнении, только теперь мы тянем к колену противоположное плечо. В идеале должно получаться, как в сильно замедленной съемке. Попробуйте сначала выполнять упражнение в быстром темпе, а затем постепенно замедляйтесь. Чем медленнее вы двигаетесь, тем быстрее работает ваш мозг.

Рисуем знак бесконечности. Это упражнение носит еще название «Ленивые восьмерки», потому что мы рисуем цифру 8, которая лежит на боку. О том, что это знак бесконечности, знают далеко не все. Смысл в том, что мы следим глазами за движущимся большим пальцем, описывающим ленивую восьмерку. Сгибаем руку в локте и выставляем ее вперед, большой палец должен быть на уровне глаз. Чем медленнее движения, тем выше мышечная концентрация. Голову держим прямо и расслабленно. Важно: следить за движением большого пальца нужно только глазами!

Движение большого пальца начинается от центра зрительного поля и идет сначала вверх по краю поля видения, а дальше против часовой стрелки вниз и обратно в центр. Затем аналогично по часовой стрелке – вправо и вверх, и обратно в центр.

Делаем как минимум три раза каждой рукой, плавными и непрерывными движениями. Получилось?

Теперь сцепляем руки в замок: при этом большие пальцы направлены вверх и образуют как бы букву «X». А теперь делаем ленивую восьмерку уже двумя сцепленными руками.

Дыхание животом. Помимо того, что это упражнение насыщает мозг кислородом, оно также способствует повышению аппетита и улучшает работу пищеварительной системы.

Положите руку на живот. Выдохните весь воздух, но только короткими маленькими струйками, словно пытаетесь удержать пушинку на лету. Теперь сделайте медленный глубокий вдох, нежно, подобно шару. При этом рука мягко опускается при выдохе и поднимается при вдохе. Повторите выдох, и при этом прогните спину, чтобы при вдохе воздух проник как можно глубже в легкие.

Это упражнение довольно легко дается маленьким детям, это так называемое диафрагмальное дыхание, а вот взрослым с ним справиться труднее.

Это упражнение нередко применяют на распевках в хоре и рекомендуют практиковать детям и взрослым с проблемами с дыханием.

«Ухо-нос», или «Веселые обезьянки». Со стороны это упражнение выглядит очень забавно. Но на самом деле выполнять его не совсем просто. С первого раза может и не получиться. При этом здесь очень важна скорость. И чем быстрее вы будете его выполнять, тем лучше. Отличное упражнение для детей, испытывающих проблемы с чтением и письмом. Итак, левой рукой берем за кончик носа, а правой в этот же момент за противоположное ухо. Теперь одновременно отпускаем ухо и нос, хлопаяем в ладоши, меняем положение рук с точностью «до наоборот».

Крабик. Смешное упражнение, которое точно поможет проснуться, причем не только телу, но и мозгу. Встаньте на пол, опираясь на руки и ноги (но именно ступни, а не колени), и ходите на четвереньках. Да-да, как когда-то в детстве! При этом движения прямо, вперед, назад, в сторону, как краб, слева направо и справа налево.

Сова. Несмотря на забавное название, это упражнение помогает снять напряжение в шее и плечевом поясе. Незаменимый помощник как для школьников, которые сидят целыми днями за партой, так и для взрослых.

Порядок выполнения: схватите и плотно сожмите мышцы правого плеча левой рукой. Теперь поверните голову и посмотрите

назад через плечо. Глубоко вдохните и разверните плечи. Посмотрите через левое плечо и распрямите плечи. Опустите подбородок на грудь и глубоко вдохните, расслабляя мышцы.

Повторите то же самое, схватив левое плечо правой рукой.

Кулак-Ребро-Ладонь. Это упражнение нужно выполнять лучше сидя за столом. Время завтрака отлично подойдет. Но можно при желании делать и на весу. Выполняется по очереди каждой рукой. Минимум 8–10 подходов. Несмотря на кажущуюся простоту упражнение способствует установлению межполушарных связей. Сжать ладошку в кулак, разжать и поставить выпрямленную руку с согнутым пальцем на торец, распрямить ладошку полностью и положить на стол.

Гравитационный планер. Одно из немногих упражнений, которое выполняется сидя. Устройтесь поудобнее. Скрестите ноги в лодыжках. Колени держите свободно. Теперь наклонитесь вперед, а руки плавно опускайте вниз – выдох; выпрямляйтесь, поднимайте руки – вдох. Повторите упражнение, наклоняясь вперед, влево, вправо.

Теперь скрещиваем лодыжки по-другому и повторяем то же самое.

Весь комплекс займет у вас не больше 10–15 минут, а польза от него будет на весь день. Пусть нейробика станет вашей полезной привычкой и маленьким семейным ритуалом перед школой. Вы удивитесь, как быстро вы увидите позитивный эффект от этих простых упражнений.

Примерная структура комплексного планирования на неделю

День недели	Наименование мероприятия	Время проведения	Ответственный специалист	Место проведения
1	2	3	4	5
Понедельник	Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста в подразделение дневной занятости учреждения социального обслуживания	8.30–9.30	Специалист по социальной работе	
	Наблюдение за температурой тела и артериальным давлением	9.30–9.45	Медицинская сестра	
	Утренний круг (мини-тренинг, обмен эмоциями, настрой на позитивное выполнение заданий в течение дня)	10.00–10.30	Психолог в социальной сфере	
	Занятия по двигательной активности	10.30–11.00	Инструктор по АФК	
	Групповые и индивидуальные занятия по арт-терапии (занятие по музыкотерапии)	11.00–11.50	Социальный педагог, музыкальный руководитель, руководитель кружка	
	Релаксационный отдых. Перерыв (туалет, чайная пауза)	11.50–12.20	Музыкальный руководитель, психолог в социальной сфере	

1	2	3	4	5
	Нейробика (занятия по развитию когнитивных функций). Тренировка распознавания образов; тренировка внимания	12.20–12.50	Психолог в социальной сфере; социальный педагог	
	Профилактические занятия по безопасности граждан пожилого возраста (беседы, ролевые игры). Электробезопасность	12.50–13.20	Социальный педагог, специалист по социальной реабилитации	
	Прогулки. Экскурсии. Городской туризм	13.20–14.00	Социальный педагог; культурорганизатор	
	Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста домой	14.00	Специалист по социальной работе	
Вторник	Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста в подразделение дневной занятости учреждения социального обслуживания	8.30–9.30	Специалист по социальной работе	
	Наблюдение за температурой тела и артериальным давлением	9.30–9.45	Медицинская сестра	
	Утренний круг (мини-тренинг. Обмен эмоциями. Настрой на позитивное выполнение заданий в течение дня)	10.00–10.30	Психолог в социальной сфере	

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
	<p>Занятия по двигательной активности</p> <p>Групповые и индивидуальные занятия по арт-терапии (кинетерапия)</p> <p>Релаксационный отдых.</p> <p>Перерыв (туалет, чайная пауза)</p> <p>Нейробика (занятия по развитию когнитивных функций)</p> <p>Профилактические занятия по безопасности граждан пожилого возраста (беседы, ролевые игры).</p> <p>Профилактика мошенничества</p> <p>Прогулки. Экскурсии</p>	<p>10.30–11.00</p> <p>11.00–11.50</p> <p>11.50–12.20</p> <p>12.20–12.50</p> <p>12.50–13.20</p> <p>13.20–14.00</p> <p>14.00</p> <p>8.30–9.30</p> <p>9.30–9.45</p>	<p>Инструктор по АФК</p> <p>Социальный педагог, музыкальный руководитель, руководитель кружка</p> <p>Музыкальный руководитель, психолог в социальной сфере</p> <p>Психолог в социальной сфере; социальный педагог</p> <p>Социальный педагог, специалист по социальной реабилитации</p> <p>Социальный педагог; культурорганизатор</p> <p>Специалист по социальной работе</p> <p>Специалист по социальной работе</p> <p>Медицинская сестра</p>	<p>5</p>
Среда	<p>Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста домой</p> <p>Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста в подразделение дневной занятости учреждения социального обслуживания</p> <p>Наблюдение за температурой тела и артериальным давлением</p>			

1	2	3	4	5
	Утренний круг (мини-тренинг. Обмен эмоциями. Настрой на позитивное выполнение заданий в течение дня)	10.00–10.30	Психолог в социальной сфере	
	Занятия по двигательной активности (танцевальная терапия)	10.30–11.00	Инструктор по АФК, специалист по социальной реабилитации	
	Групповые и индивидуальные занятия по арт-терапии (правополушарное рисование, песочная терапия, эбру)	11.00–11.50	Социальный педагог, инструктор по труду	
	Релаксационный отдых.	11.50–12.20	Музыкальный руководитель,	
	Перерыв (туалет, чайная пауза)		психолог в социальной сфере	
	Нейробика (занятия по развитию когнитивных функций). Тренировка памяти	12.20–12.50	Психолог в социальной сфере; социальный педагог	
	Профилактические занятия по безопасности граждан пожилого возраста (беседы, ролевые игры). Формирование правовой безопасности	12.50–13.20	социальный педагог, специалист по социальной реабилитации	
	Прогулки. Экскурсии. Городской туризм	13.20–14.00	Социальный педагог, культурорганизатор	
	Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста домой	14.00	Специалист по социальной работе	

Продолжение табл.

1	2	3	4	5
Четверг	<p>Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста в подразделение дневной занятости учреждения социального обслуживания</p> <p>Наблюдение за температурой тела и артериальным давлением</p> <p>Утренний круг (мини-тренинг. Обмен эмоциями. Настрой на позитивное выполнение заданий в течение дня)</p> <p>Занятия по двигательной активности</p> <p>Групповые и индивидуальные занятия по арт-терапии (вокалотерапия)</p> <p>Релаксационный отдых.</p> <p>Перерыв (туалет, чайная пауза)</p> <p>Нейробика (занятия по развитию когнитивных функций).</p> <p>Тренировка пространственного восприятия</p>	<p>8.30–9.30</p> <p>9.30–9.45</p> <p>10.00–10.30</p> <p>10.30–11.00</p> <p>11.00–11.50</p> <p>11.50–12.20</p> <p>12.20–12.50</p>	<p>Специалист по социальной работе</p> <p>Медицинская сестра</p> <p>Психолог в социальной сфере</p> <p>Инструктор по АФК</p> <p>Социальный педагог, музыкальный руководитель</p> <p>Музыкальный руководитель, психолог в социальной сфере</p> <p>Психолог в социальной сфере, социальный педагог</p>	5

1	2	3	4	5
	Профилактические занятия по безопасности граждан пожилого возраста (беседы, ролевые игры). Питание. Безопасность и качество продуктов	12.50–13.20	Социальный педагог, специалист по социальной реабилитации	
	Прогулки. Экскурсии	13.20–14.00	Социальный педагог, культурорганизатор	
	Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста домой	14.00	Специалист по социальной работе	
Пятница	Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста в подразделение дневной занятости учреждения социального обслуживания	8.30–9.30	Специалист по социальной работе	
	Наблюдение за температурой тела и артериальным давлением	9.30–9.45	Медицинская сестра	
	Утренний круг (мини-тренинг. Обмен эмоциями. Настрой на позитивное выполнение заданий в течение дня)	10.00–10.30	Педагог-психолог, психолог в социальной сфере	
	Занятия по двигательной активности (танцевальная терапия)	10.30–11.00	Инструктор по АФК, специалист по социальной реабилитации	

Окончание табл.

1	2	3	4	5
	Групповые и индивидуальные занятия по компьютерной грамотности	11.00–11.50	Специалист по социальной реабилитации	
	Релаксационный отдых. Перерыв (туалет, чайная пауза)	11.50–12.20	Музыкальный руководитель, психолог в социальной сфере	
	Нейробика (занятия по развитию когнитивных функций). Тренировка мышления	12.20–12.50	Психолог в социальной сфере, социальный педагог	
	Профилактические занятия по безопасности граждан пожилого возраста (беседы, ролевые игры). Лекарственная безопасность	12.50–13.20	Социальный педагог, специалист по социальной реабилитации	
	Прогулки. Экскурсии. Городской туризм	13.20–14.00	Социальный педагог, культурорганизатор	
	Доставка и сопровождение граждан пожилого возраста домой	14.00	Специалист по социальной работе	

**Стандарты социальных услуг, оказываемые гражданам пожилого возраста и инвалидам
в рамках реализации Программы профилактики когнитивных нарушений
у граждан пожилого возраста и инвалидов (60+)**

Направления деятельности (методы работы)	Формы работы	Норма рабочего времени (количество минут)	Периодичность предоставления социальной услуги	Количество оказанных услуг	Наименование должности ответственного специалиста
1	2	3	4	5	6
Социально-медицинские услуги					
Выполнение процедур, связанных с наблюдением за состоянием здоровья пациентов социальных услуг (в том числе измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств, назначенных врачом)	Индивидуальная	В пределах 15 минут рабочего времени	Ежедневно в период предоставления социальных услуг	До 36 услуг	Медицинская сестра или специалист по социальной работе
Систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья	Индивидуальная	В пределах 15 минут рабочего времени	Ежедневно в период предоставления социальных услуг	До 36 услуг	Медицинская сестра или специалист по социальной работе

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья участников социальных услуг)	Индивидуальная	В пределах 40 минут рабочего времени	Не более 2 раз в месяц	2 услуги	Медицинская сестра или специалист по социальной работе
Проведение групповых занятий, обучающихся здоровому образу жизни, проведение санитарно-просветительской работы	Групповая	В пределах 40 минут рабочего времени	Не более 4 раз в месяц	До 7 услуг	Медицинская сестра, или инструктор по лечебной физкультуре, или инструктор по адаптивной физической культуре, или специалист по социальной работе, социальный работник, или специалист по социальной реабилитации
Проведение индивидуальных занятий, обучающихся здоровому образу жизни, проведение индивидуальной санитарно-просветительской работы	Индивидуальная	В пределах 40 минут рабочего времени	Не более 4 раз в месяц	До 7 услуг	Медицинская сестра, или инструктор по лечебной физкультуре, или инструктор по адаптивной физической культуре, или специалист по социальной работе, социальный работник, или специалист по социальной реабилитации

1	2	3	4	5	6
Проведение занятий по адаптивной физической культуре	Индивидуальная, групповая	В пределах 40 минут рабочего времени	До 14 раз за реабилитационный курс	До 14 услуг	Специалист по социальной работе, или инструктор по физической культуре, или инструктор по адаптивной физической культуре
Социально-психологические услуги, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде					
Индивидуальное социально-психологическое консультирование	Индивидуальная	В пределах 40 минут рабочего времени	Услуга предоставляется по мере возникновения потребности	До 36 услуг	Психолог в социальной сфере (педагог-психолог)
Социально-психологическое консультирование в группе	Групповая	В пределах 40 минут рабочего времени	Не более 2 раз в месяц	До 4 услуг	Психолог в социальной сфере (педагог-психолог)
Оказание индивидуальной психологической помощи, в том числе беседы, общение, выслушивание, подбадривание, мотивация к активности, психологическая поддержка жизненно-социального получателя социальных услуг	Индивидуальная	В пределах 40 минут рабочего времени	По мере возникновения потребности	До 36 услуг	Психолог в социальной сфере (педагог-психолог)

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Психологический тренинг в группе для совершеннолетних граждан	Групповая	В пределах 40 минут рабочего времени	Услуга предоставляется не более пяти раз в год	До 5 услуг	Психолог в социальной сфере (педагог-психолог)
Психологическая диагностика и обследование личности	Индивидуальная	В пределах 60 минут	Не более двух раз в год	До 2 услуг	Психолог в социальной сфере (педагог-психолог)
Индивидуальная психологическая коррекция для совершеннолетних граждан	Групповая	В пределах 60 минут рабочего времени	Не реже одного раза в неделю в течение курса реабилитации до 30 рабочих дней	До 36 услуг	Психолог в социальной сфере (педагог-психолог)
Психологическая коррекция в группе для совершеннолетних граждан	Групповая	В пределах 60 минут рабочего времени	Не реже одного раза в неделю в течение курса реабилитации до 30 рабочих дней, курс реабилитации проводится не более двух раз в год	До 36 услуг	Психолог в социальной сфере (педагог-психолог)

1	2	3	4	5	6
Социально-педагогические услуги, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию досуга					
Педагогическая диагностика	Индивидуальная	В пределах 50 минут рабочего времени	Не более 2 раз в год	До 2 услуг	Социальный педагог или психолог в социальной сфере (педагог-психолог)
Индивидуальное социально-педагогическое консультирование	Индивидуальная	В пределах 50 минут рабочего времени	Не более 2 раз в месяц	До 4 услуг	Социальный педагог или психолог в социальной сфере (педагог-психолог)
Индивидуальная социально-педагогическая коррекция	Индивидуальная	В пределах 50 минут рабочего времени	Не реже 2 раз в неделю в течение курса реабилитации до 30 рабочих дней, курс реабилитации проводится не более 5 раз в год	До 30 услуг	Социальный педагог, или психолог в социальной сфере (педагог-психолог), или музыкальный руководитель, или инструктор по труду

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Социально-педагогическое консультирование в группе	Групповая	В пределах 50 минут рабочего времени	Предоставляется не реже 2 раз в неделю в течение курса реабилитации до 30 рабочих дней, курс реабилитации проводится не более 5 раз в год	До 30 услуг	Социальный педагог, или психолог в социальной сфере (педагог-психолог), или музыкальный руководитель, или инструктор по труду
Социально-педагогическая коррекция в группе	Групповая	В пределах 50 минут рабочего времени	Предоставляется не реже 2 раз в неделю в течение курса реабилитации до 30 рабочих дней, курс реабилитации проводится не более 5 раз в год	До 30 услуг	Социальный педагог, или психолог в социальной сфере (педагог-психолог), или музыкальный руководитель, или инструктор по труду

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Организация досуга (посещение театров, выставок, экскурсий, концерты и другие мероприятия)	Групповая	В пределах 65 минут рабочего времени	Предоставляется не более двух раз в неделю	До 16 услуг	Специалист по социальной работе, или культуроганизатор, или музыкальный руководитель, или социальный педагог, или воспитатель, или психолог в социальной сфере (педагог-психолог), или руководитель кружка (клуба, студии), педагог дополнительного образования
Формирование у получателей социальных услуг позитивных интересов (в том числе в сфере досуга, спорта, здорового образа жизни)	Групповая	В пределах 50 минут рабочего времени	Не более 4 раз в неделю	До 32 услуг	Специалист по социальной работе, или культуроганизатор, или социальный педагог, или воспитатель, или психолог в социальной сфере (педагог-психолог), или музыкальный руководитель, или инструктор по труду, или руководитель кружка (клуба, студии), педагог дополнительного образования

Продолжение табл.

1	2	3	4	5	6
Оказание помощи в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг (содействии в получении полагающихся льгот, пособий, компенсаций, алиментов и других выплат в соответствии с действующим законодательством)					
Консультирование по вопросам, связанным с правом граждан на социальное обслуживание и на получение мер социальной поддержки	Индивидуальная, групповая	В пределах 30 минут	Не более 2 раз в год	До 2 услуг	Специалист по социальной работе или юрист (юрисконсульт)
Услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг					
Проведение индивидуального занятия по обучению навыкам пользования компьютером и основам компьютерной грамотности	Индивидуальная	В пределах 45 минут рабочего времени	В течение курса обучения продолжительностью до 15 рабочих дней. В течение года не более 1 курса обучения	До 15 услуг	Специалист по социальной работе, или социальный педагог, или специалист по социальной реабилитации

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6
Проведение занятия в группе по обучению навыкам компьютерной грамотности	Групповая	В пределах 45 минут рабочего времени	В течение курса обучения продолжительность до 15 рабочих дней. В течение года не более 1 курса реабилитации	До 15 услуг	Специалист по социальной работе, или социальный педагог, или специалист по социальной реабилитации
Проведение занятия в группах взаимоподдержки, клубов общения, формирования и организация работы групп здоровья по медицинским показателям и возрастным группам	Групповая	В пределах 60 минут рабочего времени	Не более двух раз в неделю		Специалист по социальной работе, или культуролог, или социальный педагог, или воспитатель, или психолог в социальной сфере (педагог-психолог), или специалист по социальной реабилитации

Анкета обратной связи

Просим Вас ответить на вопросы данной анкеты.

Ваши отзывы помогут сделать нашу совместную работу более эффективной.

Прежде чем ответить на вопрос, прочтите, пожалуйста, все варианты ответов. Выберите один или несколько из них, которые наиболее полно соответствуют Вашему мнению, и обведите кружочком цифру в колонке справа от ответа. Если предложенные варианты ответов Вас не устраивают, можно написать свой.

I. Ваш пол

Мужской	1
Женский	2

II. Ваш возраст

60–74	1
75–79	2
80–85 лет	3
старше 85 лет	4

III. Состав семьи (с кем Вы проживаете)

Жена (муж)	1
Дети	2
Внуки	3
Правнуки	4

IV. Какая форма организации работы больше всего устраивает:

Смешанная (пожилые люди разного возраста)	1
Групповая (пожилые люди близкого возраста)	2
Индивидуальная	3

V. Насколько комфортно Вы себя чувствовали на занятиях (1 – соответствует минимальной оценке, 5 – максимальной оценке)

1 2 3 4 5

VI. Какими из перечисленных форм работы Вы хотели бы заниматься

	Да	Нет
Адаптивная физкультура (танцы)	1	2
Занятия с психологом (индивидуальные, групповые)	1	2
Хоровое (вокальное) пение	1	2
Прикладное творчество (рисование, валяние шерсти, изготовление сувениров и т. п.)	1	2

Настольные игры (лото, шашки и т. п.)	1	2

Другое (что именно, напишите)	1	2

VII. Какие занятия были для Вас интересными и полезными

VIII. Оцените свое настроение на занятиях

(1 – соответствует минимальной оценке, 5 – максимальной оценке)

1 2 3 4 5

IX. Оцените свое настроение после окончания занятий

(1 – соответствует минимальной оценке, 5 – максимальной оценке)

1 2 3 4 5

X. Насколько Вам было все понятно?

(1 – соответствует минимальной оценке, 5 – максимальной оценке)

1 2 3 4 5

XI. Насколько Вам было интересно посещать занятия

(1 – соответствует минимальной оценке, 5 – максимальной оценке)

1 2 3 4 5

XII. Что Вам больше всего понравилось?

XIII. Готовы ли Вы рекомендовать посещение групп дневной занятости своим знакомым ?

Да / Возможно / Нет

(подчеркните нужное)

XIV. Как Вы используете свое свободное время (обведите варианты по строкам)

	Систе- мати- чески	1 раз в не- делю	Несколь- ко раз в месяц	Реже 1 раза в месяц	Ни- когда
1	2	3	4	5	6
Посещаю досуговые (культурные мероприятия)	1	2	3	3	5
Хожу в библиотеку	1	2	3	3	5
Читаю журналы, книги из домашней библиотеки	1	2	3	4	5
Смотрю телевизор	1	2	3	4	5
Занимаюсь в кружках художе- ственной самодетельности		2	3	4	5
Занимаюсь в клубах по интересам	1	2	3	4	5

Окончание табл.

1	2	3	4	5	6
Провожу время с семьей, родственниками	1	2	3	4	5
Занимаюсь с детьми и внуками	1	2	3	4	5
Занимаюсь садом, огородом, хозяйством	1	2	3	4	5
Хожу в гости или принимаю гостей	1	2	3	4	5
Играю в настольные игры (домино, карты, лото и др.)	1	2	3	4	5
Занимаюсь рукоделием, мастерю	1	2	3	4	5
Другое, что именно (написать)	1	2	3	4	5

У меня нет времени / настроения для досуга	1	2	3	4	5

XV. Есть ли у Вас потребность в посещении тематических клубных встреч в нашем центре?

Да – 1

Нет – 2

XVI. Как часто Вы готовы посещать клубные встречи, досуговые (культурные) мероприятия?

1–2 раза в неделю 1

1–2 раза в месяц 2

1–2 раза в полгода 3

1–2 раза в год 4

реже, чем 1–2 раза в год 5

XVII. Какие практические занятия в центре в дальнейшем Вы хотели бы посещать

	Да	Нет
Занятия адаптивной физкультурой	1	2
Занятия скандинавской ходьбой (ходьба с помощью специальных палок)	1	2
Занятия на спортивных тренажерах	1	2
Посещать практические занятия узких специалистов (обучение навыкам самомассажа и др.)		
Занятия по правильному питанию	1	2
Занятия по использованию в сохранении здоровья народной медицины	1	2
Другое (напишите Ваши пожелания)	1	2

XVIII. Какими из нижеперечисленных средств общения Вы пользуетесь? (можно отметить несколько вариантов ответа)

	Да	Нет
Настольный (стационарный телефон)	1	2
Мобильный телефон	1	2
Электронная почта, поиск информации в Интернете (Google и т. п.)	1	2
Программа Skype	1	2
Сайт Одноклассники, ВКонтакте, Facebook и т. п.	1	2
Компьютерные игры	1	2
Ничего из вышеперечисленного мне не интересно	1	2
Хотел(а) бы научиться пользоваться компьютером и использовать социальные сети для общения	1	2
Что-то другое, что именно?	1	2

XIX. Есть ли у Вас мечты, которые Вы хотели бы реализовать?

Да – 1

Нет – 2

XX. Напишите о Вашей несбывшейся мечте (2–3 желания), которую мы могли бы постараться совместно осуществить

XXI. Напишите Ваши пожелания специалистам центра

Благодарим Вас за Ваши ответы!

**Примерное положение о подразделении дневной занятости
для граждан пожилого возраста и инвалидов
с когнитивными нарушениями
в учреждении социального обслуживания**

1. Общие положения

1.1. Настоящим Положением о подразделении дневной занятости для граждан пожилого возраста, инвалидов с когнитивными нарушениями (далее – Подразделение) определяется порядок деятельности в рамках системы долговременного ухода.

1.2. Подразделение входит в структурное подразделение организации социального обслуживания, осуществляющего деятельность в рамках системы долговременного ухода.

1.3. В своей деятельности Подразделение руководствуется Конституцией Российской Федерации, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, федеральными законами Российской Федерации, постановлениями и Распоряжениями Правительства Российской Федерации, приказами Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, законами Красноярского края, постановлениями и распоряжениями губернатора Красноярского края, Правительства Красноярского края, приказами министерства социальной политики Красноярского края, уставом организации социального обслуживания, правилами внутреннего трудового распорядка организации социального обслуживания, настоящим примерным положением.

1.4. Руководство и организацию деятельности Подразделения осуществляет заведующий отделением, назначаемый на должность и освобождаемый от занимаемой должности руководителем организации социального обслуживания.

1.5. Должностные обязанности, права и ответственность работников Подразделения устанавливаются должностными инструкциями организации социального обслуживания.

1.6. Контроль за деятельностью Подразделения осуществляет руководитель организации социального обслуживания, в период

его отсутствия контролирующие функции за деятельностью Подразделения возлагаются на заместителя руководителя организации социального обслуживания.

1.7. Подразделение обеспечивает предоставление социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам с когнитивными нарушениями (психическими расстройствами), признанными в установленном порядке нуждающимися в социальном обслуживании в полустационарной форме социального обслуживания по причине полной или частичной утраты способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности (далее – получатели социальных услуг).

1.8. Предоставление социальных услуг получателям социальных услуг в Подразделении направлено на поддержание максимально возможной бытовой и социальной самостоятельности и независимости в повседневной жизнедеятельности, интеллектуальной активности, сохранение когнитивных функций человека и улучшение коммуникативных навыков, а также стабилизацию эмоционального фона и сохранение удовлетворительного жизненного потенциала получателей социальных услуг.

1.9. Социальное обслуживание получателей социальных услуг осуществляется в дневное время (кратковременное пребывание до 4 часов) в соответствии с утвержденным графиком посещений. Количество посещений получателями социальных услуг Подразделения составляет от 3 до 5 раз в течение рабочей недели, в том числе в субботу. Курс реабилитации до 50 рабочих дней. Количественный состав реабилитационной группы до 8 получателей социальных услуг.

1.10. Предоставление социальных услуг получателям социальных услуг осуществляется в соответствии с индивидуальной программой предоставления социальных услуг (далее – индивидуальная программа).

1.11. Предоставление социальных услуг осуществляется бесплатно, за плату или частичную плату в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Красноярского края.

1.12. Предоставление дополнительных платных услуг (работ) осуществляется в соответствии с нормативными актами, регламентирующими их предоставление, в том числе утвержденными приказом директора организации социального обслуживания.

1.13. Предоставление социальных услуг осуществляется с учетом требований доступности предоставляемых социальных услуг для инвалидов и других маломобильных групп населения с оказанием им при этом необходимой помощи.

1.14. Штатная численность Подразделения определяется в соответствии с нормативно-штатной численностью работников Учреждения согласно Постановлению Правительства Красноярского края от 17.02.2017 № 97-п (ред. от 22.09.2021) «Об утверждении нормативов штатной численности краевых государственных учреждений социального обслуживания».

1.15. Подразделение расположено по адресу:

(указать адрес Подразделения)

2. Основные цели и задачи Подразделения

2.1. Основной целью деятельности Подразделения является социальная адаптация граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями, направленная на сохранение и укрепление психического и физического здоровья, формирование активной жизненной позиции, развитие и реализацию творческого и интеллектуального потенциала получателей социальных услуг.

2.2. Основными задачами деятельности Подразделения являются:

- поддержание максимально возможной бытовой и социальной самостоятельности и независимости граждан пожилого возраста и инвалидов в повседневной жизнедеятельности;

- поддержание двигательной активности граждан пожилого возраста и инвалидов;

- поддержание интеллектуальной активности и сохранение когнитивных функций, улучшение коммуникативных навыков граждан пожилого возраста и инвалидов в повседневной жизнедеятельности;

– стабилизация эмоционального фона и сохранение удовлетворительного жизненного потенциала граждан пожилого возраста и инвалидов;

– создание условий для самореализации и социальной активности получателей социальных услуг, выявление и поддержание их творческого потенциала, организация культурно-досуговой деятельности.

3. Основные направления деятельности Подразделения

3.1. Основными направлениями деятельности отделения являются:

– профилактика прогрессирующего когнитивных расстройств, максимально долгое сохранение основных когнитивных функций (память, мышление, внимание, восприятие, речь) и способности к самообслуживанию у получателей социальных услуг, страдающих когнитивными расстройствами, старческой астенией, а также оказание психологической, информационной помощи и поддержки их родственникам, восстановление социальных и родственных связей получателей социальных услуг;

– создание условий для самореализации и социальной активности получателей социальных услуг, выявление и поддержание их творческого потенциала, интеллектуального и социально-психологического статуса, сохранение и поддержание физического и психического здоровья, организация культурно-досуговой деятельности;

– профилактика одиночества, установление новых социальных контактов;

– организация психологического сопровождения родственников получателей социальных услуг, социального сопровождения получателей социальных услуг в соответствии с их потребностями.

3.2. Внедрение в практику работы новых форм и методов социального обслуживания получателей социальных услуг.

3.3. Организация информационной работы с населением по вопросам профилактики, раннего выявления когнитивных расстройств, старческой астении и адаптации жизненного пространства людей с когнитивными нарушениями, старческой астенией, а также формированию толерантного отношения к таким людям.

3.4. Выявление и учет граждан пожилого возраста старше трудоспособного возраста, инвалидов, страдающих когнитивными расстройствами, старческой астенией, проживающих на территории

(указать муниципальный район (городской округ)

Красноярского края, нуждающихся в полустационарном социальном обслуживании.

4. Функции Подразделения

4.1. Для достижения целей и задач Подразделение осуществляет:

4.1.1. информирование и консультирование граждан о видах, условиях, сроках и порядке предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам;

4.1.2. заключение договоров о предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания на основании заявлений граждан в соответствии с ИППСУ;

4.1.3. предоставление в полустационарной форме социального обслуживания социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-трудовых, социально-правовых услуг, услуг в целях повышения коммуникативного потенциала;

4.1.4. организацию и проведение социокультурных, информационно-познавательных, интеллектуально развивающих, досуговых мероприятий сотрудниками Подразделения;

4.1.5. оценку эффективности предоставления социальных услуг получателям социальных услуг;

4.1.6. анализ эффективности деятельности Подразделения;

4.1.7. подготовку информационно-аналитических материалов о деятельности Подразделения;

4.1.8. организацию межведомственного взаимодействия с участниками системы долговременного ухода при предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в рамках системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

5. Организация деятельности Подразделения

5.1. Деятельность Подразделения строится на следующих принципах:

- адресность предоставления социальных услуг;
- доступность социальных услуг (равные гарантированные государством права и возможности на получение необходимых социальных услуг);
- добровольность;
- гуманность;
- конфиденциальность;
- пребывание гражданина в благоприятной среде.

5.2. Подразделение предоставляет социальные услуги гражданам, нуждающимся в долговременном уходе, признанным нуждающимися в предоставлении социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания в соответствии с пунктом 1 части 1 статьи 15 Федерального закона от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ.

5.3. Услуги в Подразделении предоставляются получателям социальных услуг на основании договора о предоставлении социальных услуг, заключенного между получателем социальных услуг (его законным представителем) и организацией социального обслуживания в соответствии с ИППСУ.

5.4. Ответственным за заключение договора о предоставлении социальных услуг является заведующий отделением.

5.5. Виды, объем, периодичность и сроки предоставления услуг в полустационарной форме определяются в соответствии с ИППСУ, разработанной с учетом результатов типизации и индивидуальных потребностей получателей социальных услуг, а также с приказом министерства социальной политики Красноярского края от 19.03.2021 г. № 27-н «Об утверждении Порядка предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг, включая перечень документов, необходимых для предоставления социальных услуг, и порядка предоставления получателями социальных услуг сведений и документов, необходимых для предоставления социальных услуг».

5.6. При организации предоставления социальных услуг в Подразделении могут формироваться следующие группы:

- 1) получатели социальных услуг с когнитивными и ментальными нарушениями;
- 2) получатели социальных услуг со старческой астенией.

5.7. Для каждой группы получателей социальных услуг, указанной в пункте 4.6. настоящего Положения, формируются планы проведения занятий.

5.8. Занятия в Подразделении проводятся в групповой и (или) индивидуальной форме по следующим основным направлениям:

- 1) поддержание физической активности;
- 2) социальная реабилитация и поддержание когнитивных функций;
- 3) развитие творческого потенциала;
- 4) социокультурная деятельность;
- 5) индивидуальная работа со специалистами организации социального обслуживания.

Ежемесячно, до 3 числа месяца, следующего за отчетным, а также по окончании срока предоставления социальных услуг специалист Подразделения предоставляет заведующему отделением информацию о количестве предоставленных услуг в отношении каждого получателя социальных услуг, на основании которой формируются и подписываются акты сдачи-приемки предоставленных социальных услуг в соответствии с ИППСУ, по установленной форме.

5.9. Получатели социальных услуг (их законные представители), принимаемые на социальное обслуживание, в обязательном порядке должны быть ознакомлены с информацией о своих правах и обязанностях, видах социальных услуг, сроках, порядке и условиях их предоставления, о тарифах на эти услуги и об их стоимости для получателей социальных услуг, о возможности получать их бесплатно, а также о правилах внутреннего распорядка для получателей социальных услуг.

5.10. При предоставлении услуг сотрудники Подразделения должны проявлять к получателям социальных услуг максимальную чуткость, вежливость, внимание, выдержку, предусмотрительность, терпение, учитывать их физическое и психическое состояние.

5.11. С целью осуществления персонифицированного подхода к предоставлению социальных услуг и координации деятельности специалистов в Подразделении функционирует Консилиум Подразделения в соответствии с примерным Положением о консилиуме подразделения дневной занятости для граждан пожилого возраста, инвалидов с когнитивными нарушениями в учреждении социального обслуживания согласно Приложению 1 к настоящему Положению.

5.12. В соответствии с основными направлениями деятельности, определенными настоящим положением, Подразделение осуществляет взаимодействие со структурными подразделениями (отделениями) Учреждения в пределах своих полномочий.

5.13. Ведение необходимой документации осуществляется в соответствии с современными стандартными требованиями к отчетности, периодичности и качеству предоставления документации.

5.14. Специалисты Подразделения осуществляют: ведение Журнала движения получателей социальных услуг в Подразделении согласно Приложению 2 к настоящему Положению.

5.15. Подразделение оснащено специальным и табельным оборудованием, аппаратурой и приборами, отвечающими требованиям соответствующих нормативных документов и обеспечивающими надлежащее качество предоставляемых социальных услуг.

5.16. С целью повышения профессионального уровня сотрудников и качества социальных услуг, предоставляемых получателям социальных услуг, проводятся занятия по профессиональной учебе с работниками Подразделения, семинары, совещания, конкурсы профессионального мастерства в соответствии с утвержденными планами работы; периодические инструктажи по охране труда, технике безопасности и обеспечению доступности услуг для инвалидов и маломобильных граждан.

5.17. Специалисты Подразделения осуществляют межведомственное взаимодействие с организациями, учреждениями, общественными организациями, фондами, а также отдельными гражданами в ходе осуществления социального обслуживания получателей социальных услуг в Подразделении.

6. Права и обязанности Подразделения

6.1. Сотрудники Подразделения имеют право:

1) на обеспечение организационно-технических условий, необходимых для исполнения должностных обязанностей;

2) запрашивать и получать в установленном порядке от ответственных должностных лиц организации социальной обслуживания информацию, документы и материалы, необходимые для работы Подразделения, с соблюдением требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ);

3) осуществлять профессиональную переподготовку, проходить повышение квалификации и стажировку в порядке, установленном действующим законодательством;

4) участвовать в семинарах, совещаниях по вопросам социального обслуживания и долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами;

5) вносить предложения руководителю организации социального обслуживания по совершенствованию работы;

6) осуществлять обмен опытом с отделениями / подразделениями иных организаций социального обслуживания;

7) запрашивать у участников системы долговременного ухода информацию, необходимую для выполнения своих функций с соблюдением требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ.

6.2. Сотрудники отделения обязаны:

1) качественно и своевременно исполнять свои должностные обязанности, решать вопросы и принимать решения в пределах своей компетенции в соответствии с должностными инструкциями;

2) соблюдать права и свободы человека;

3) не допускать разглашения информации конфиденциального характера о получателях социальных услуг;

4) изучать практику регионов Российской Федерации по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами.

7. Ответственность

7.1. Ответственность за качественное и своевременное выполнение возложенных настоящим Примерным положением на Подразделение задач и функций несет заведующий отделением.

7.2. Каждый сотрудник Подразделения несет персональную ответственность за выполнение задач и функций, возложенных на него в соответствии с должностной инструкцией.

8. Финансирование деятельности Подразделения

8.1. Финансирование деятельности Подразделения осуществляется за счет субсидии, предоставляемой социальной организации на финансовое обеспечение выполнения государственного задания, а также от средств, приносящих доход от предпринимательской деятельности.

Приложение 1
к Примерному положению
о подразделении дневной занятости
для граждан пожилого возраста, инвалидов
с когнитивными нарушениями
в учреждении социального обслуживания

**Примерное положение о Консилиуме
подразделения дневной занятости
для граждан пожилого возраста,
инвалидов с когнитивными нарушениями
в учреждении социального обслуживания**

1. Общие положения

1.1. Настоящее положение регламентирует порядок деятельности Консилиума подразделения дневной занятости для граждан пожилого возраста, инвалидов с когнитивными нарушениями (далее – Подразделение) в учреждении социального обслуживания (далее – Учреждение).

1.2. Консилиум Подразделения является коллегиальным органом и создан для осуществления персонифицированного подхода к предоставлению социальных услуг и координации деятельности специалистов Подразделения. Консилиум действует на постоянной основе.

1.3. Консилиум Подразделения в своей деятельности руководствуется Уставом Учреждения, Порядком предоставления социальных услуг в полустационарной форме социального обслуживания Учреждения, а также настоящим Положением.

1.4. Состав Консилиума Подразделения утверждается приказом директора Учреждения. В состав Консилиума Подразделения по мере необходимости входят специалисты отделения срочного социального обслуживания.

2. Цели и основные задачи

2.1. Основная цель Консилиума – выработка коллективного решения для разработки и планирования социально-психолого-

педагогического сопровождения получателей социальных услуг, а именно граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями (далее – Получатели социальных услуг).

2.2. В задачи Консилиума входят:

2.2.1. Оценка имеющегося ресурса и адаптационного потенциала Получателей социальных услуг.

2.2.2. Определение перечня основных мероприятий для Получателя социальных услуг, который формируется на основании первичного психолого-педагогического диагностического обследования, медицинских рекомендаций и индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

2.2.3. Подготовка рекомендаций по индивидуальному подбору социально-психологических и социально-педагогических услуг для Получателей социальных услуг.

2.2.4. Определение потенциальных возможностей Получателей социальных услуг.

2.2.5. Обеспечение эффективного социально-психолого-педагогического сопровождения Получателей социальных услуг с привлечением по мере необходимости сотрудников других отделений Учреждения.

2.2.6. Составление Плана оказания социальных услуг Получателям социальных услуг (далее – План оказания социальных услуг), контроль и оценка выполненных мероприятий.

2.2.7. Составление рекомендаций родственникам (лицам, осуществляющим уход).

3. Организация работы Консилиума Подразделения

3.1. Консилиум Подразделения формируется в составе председателя Консилиума, заместителя председателя Консилиума, секретаря и членов Консилиума, утвержденных приказом директора Учреждения.

3.2. Работу Консилиума Подразделения возглавляет председатель Консилиума, в его отсутствие – заместитель председателя Консилиума.

3.3. Содержание работы Консилиума Подразделения.

3.3.1. Ответственный специалист за проведение социально-педагогической, социально-психологической диагностики граждан пожилого возраста и инвалидов с когнитивными нарушениями предоставляет общие сведения о Получателе социальных услуг, знакомит с медицинскими рекомендациями, а также с результатами первичной диагностики.

3.3.2. С учетом предложений членов Консилиума по дальнейшей работе с Получателем социальных услуг, разрабатывается План предоставления социальных услуг, включающий в себя описание проблем, ресурсов Получателя социальных услуг, цели, рекомендации специалистов в виде запланированных мероприятий, периодичность проведения контроля.

3.3.3. Разработанный План предоставления социальных услуг передается на утверждение председателю Консилиума Подразделения для организации дальнейшей работы и контроля выполнения.

3.4. Члены Консилиума Подразделения имеют право с согласия получателя социальных услуг (законного представителя) получать как основную, так и дополнительную информацию о нем путем запросов, собеседований, проведения анкетирования и другими способами, разрешенными законодательством Российской Федерации.

3.5. Члены Консилиума Подразделения обязаны:

3.5.1. Рассматривать вопросы и принимать решения строго в рамках своей профессиональной компетенции.

3.5.2. В решении вопросов исходить из интересов Получателя социальных услуг, работать в соответствии с профессионально-этическими нормами, обеспечивая полную конфиденциальность получаемой информации в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152 «О персональных данных».

3.5.3. Принимать решение и вести работу в формах, исключающих возможность нанесения вреда здоровью, чести и достоинству получателя социальных услуг (законных представителей).

Приложение 2
к Примерному положению
о подразделении дневной занятости
для граждан пожилого возраста, инвалидов
с когнитивными нарушениями
в учреждении социального обслуживания

№ п/п	Период предоставления социальных услуг	Ф.И.О. получателя социальных услуг	Дата рождения получателя социальных услуг	Форма социального обслуживания	Реквизиты договора о предоставлении социальных услуг (№ договора, дата заключения договора)
1	2	3	4	5	6

Учебное издание

Татьяна Васильевна Фурьева
Людмила Михайловна Сафонова
Елена Александровна Чернёва

ПРОФИЛАКТИКА
КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
(ДЕМЕНЦИИ)
У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
И ИНВАЛИДОВ

Методическое пособие

Редактор *Ж.В. Козуница*
Корректор *М.А. Исакова*
Верстка *Н.С. Хасаншина*

660049, Красноярск, ул. А. Лебедевой, 89.
Редакционно-издательский отдел КГПУ им. В.П. Астафьева,
т. 217-17-52, 217-17-82

Подписано в печать 14.10.22. Формат 60x84 1/16.
Усл. печ. л. 14,8. Бумага офсетная.
Тираж 100 экз. Заказ № 10-РИО-004

Отпечатано в типографии «Литера-принт»,
т. 295-03-40