



# ДЕМЕНЦИЯ КАК НОВЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ

ПОСОБИЕ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ И СПЕЦИАЛИСТОВ

Минск  
Колорград  
2019

УДК 364.4-7:616.892.32  
ББК 65.272  
Д30

*Печатается по решению Ученого совета  
учреждения «Научно-исследовательский институт труда  
Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь»*

Рецензенты:

доктор социологических наук, профессор, главный научный сотрудник  
института социологии Национальной академии наук Беларуси *С.А. Шавель*;  
кандидат медицинских наук, руководитель Республиканского  
геронтологического центра (активного долголетия) *Л.А. Жилевич*

**Д30 Деменция как новый социальный вызов** : пособие для руководителей и специалистов / Программа поддержки Беларуси; НИИ труда Минтруда и соцзащиты. – Минск : Колорград, 2019. – 312 с.  
ISBN 978-985-596-294-7.

Пособие подготовлено и издано при содействии Программы поддержки Беларуси Федерального правительства Германии (ППБ), реализуемой Дортмундским международным образовательным центром (IBB Dortmund) по поручению Министерства экономического сотрудничества и развития (BMZ) и Германского общества по международному сотрудничеству (GIZ).

В нем представлены модели оказания социальных услуг людям с когнитивными нарушениями и деменцией и членам их семей, апробированные общественными объединениями Беларуси (Общественной благотворительной еврейской организацией «Хэсэд-Рахамим» и Гродненской областной организацией Белорусского общества Красного Креста) в 2018 г. в рамках проектов, финансируемых при содействии ППБ, а также результаты исследований по теме деменции, проведенных учреждением «Научно-исследовательский институт труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь» в 2016–2017 гг.

В пособие также включены статьи белорусских и российских авторов, освещающие решение задач в области деменции на международном уровне, а также вопросы защиты прав людей с когнитивными нарушениями, выявления их потребностей и возможностей, формирования эффективных моделей коммуникации и создания дружественной среды.

Предназначено для руководителей и специалистов в области социальной политики и социального обслуживания, для работников государственных и негосударственных организаций, занятых оказанием услуг и поддержки людям с когнитивными нарушениями и их близкому окружению, а также всех заинтересованных.

Мнение авторов может не совпадать с мнением ППБ.

**УДК 364.4-7:616.892.32  
ББК 65.272**

**ISBN 978-985-596-294-7**

© НИИ труда Минтруда и соцзащиты, 2019  
© Программа поддержки Беларуси  
Федерального Правительства Германии, 2019  
© Оформление. ООО «Колорград»

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b> .....	5
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	6
<b>ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ</b> .....	15
<b>Глава 1. Что такое деменция?</b> .....	15
1.1. Деменция и ее проявления .....	15
1.2. Психологические проблемы людей с деменцией и членов их семей.....	20
1.3. Потребности людей с деменцией и членов их семей: результаты социологического исследования .....	24
<b>Глава 2. Ситуация в Беларуси</b> .....	57
2.1. Распространенность деменции в Беларуси .....	57
2.2. Система поддержки людей с когнитивными нарушениями и деменцией в Беларуси .....	65
2.3. Особенности стационарного социального обслуживания людей с деменцией и оценка возможности их проживания вне стационара: результаты опроса руководителей (специалистов) учреждений.....	72
2.4. Реалии и перспективы развития социального обслуживания людей с деменцией и членов их семей: результаты опроса экспертов .....	88
2.5. Рекомендации по развитию социальной политики и социального обслуживания в Беларуси в интересах людей с деменцией .....	101
<b>ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ</b> .....	117
<b>Глава 3. Модели работы по оказанию социальных услуг людям     с когнитивными нарушениями и деменцией и членам их семей</b> .....	117
3.1. Модель оказания интегрированной помощи на дому .....	117
3.2. Модель оказания услуг в рамках работы Дневного центра .....	131
3.3. Модель профилактики деменции в условиях дома-интерната для престарелых и инвалидов общего типа .....	145
3.4. Модель оказания услуг людям с деменцией в условиях дома-интерната для престарелых и инвалидов психоневрологического профиля .....	154
<b>Вместо заключения. 10 вопросов о деменции</b> .....	159
<b>Литература по теме деменции</b> .....	162
<b>Об авторах</b> .....	165
<b>Приложения. Методический материал для организации работы в интересах людей с деменцией и их близкого окружения</b> .....	167
<i>Приложение 1. Характеристика нарушений при деменции     различной степени выраженности</i> .....	167
<i>Приложение 2. Выявление признаков когнитивных нарушений и деменции</i> ....	173

<i>Приложение 3. Основные направления, методы и формы работы с людьми с когнитивными нарушениями и деменцией</i> .....	185
<i>Приложение 4. Планы проведения занятий в организации, оказывающей социальные услуги, и на дому. Примеры заданий, упражнений</i> .....	196
<i>Приложение 5. Особенности коммуникации с людьми с когнитивными нарушениями и деменцией</i> .....	220
<b>ЭЛЕКТРОННОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ</b> .....	224
<b>Зарубежный опыт работы в области деменции</b> .....	225
<i>Приложение 6. Обзор опыта Англии</i> .....	225
<i>Приложение 7. Обзор опыта Германии</i> .....	240
<b>Справочная информация</b> .....	254
<i>Приложение 8. Особенности создания терапевтической среды и безопасной среды в учреждении социального обслуживания</i> .....	254
<i>Приложение 9. Права людей с деменцией: международный контекст</i> .....	263
<i>Приложение 10. Права людей с деменцией: обзор национального законодательства</i> .....	272
<i>Приложение 11. Рекомендации по организации социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в домах-интернатах для престарелых и инвалидов и отделениях круглосуточного пребывания территориальных центров социального обслуживания населения</i> .....	281

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Почему сегодня важно говорить о деменции?

Говорить с больших и малых трибун, в семьях, в детских садах и школах, акцентировать в государственных планах и программах, обсуждать в среде медицинских и социальных работников, с водителями общественного транспорта, с работниками почтовых отделений, магазинов и т. д.? Почему на деменцию уже давно нельзя смотреть как на частную проблему отдельных людей и семей? Почему это касается всех нас? Что мы должны знать уже сегодня, чтобы быть способными жить в нашем быстро меняющемся обществе завтра? Как мы можем лучше понять людей с деменцией и на что можем надеяться и рассчитывать сами? Как предупредить ее наступление и как помочь?

Ответы на эти и другие вопросы, связанные с темой деменции, мы постарались дать в данном пособии. Его издание стало возможно благодаря поддержке Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Программы поддержки Беларуси Федерального правительства Германии, реализуемой Дортмундским международным образовательным центром (IBB Dortmund) по поручению Министерства экономического сотрудничества и развития (BMZ) и Германского общества по международному сотрудничеству (GIZ).

В пособии представлены результаты исследований, проведенных учреждением «Научно-исследовательский институт труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь» (НИИ труда Минтруда и соцзащиты) в течение 2016–2017 гг., а также результаты двух проектов, реализованных при содействии Программы поддержки Беларуси двумя старейшими общественными организациями Республики Беларусь: Общественной благотворительной еврейской организацией «Хэсэд-Рахамим» (ОБЕО «Хэсэд-Рахамим») и Белорусским Обществом Красного Креста (БОКК).

Выражаем искреннюю благодарность всем партнерам, внесшим значимый вклад в подготовку данного издания: Центру социальной поддержки района Вогтланд (SBW Vogtlandkreis gGmbH Jößnitz), Центральной еврейской благотворительной организации Германии (The Central Welfare Board of Jews in Germany), Республиканскому научно-практическому центру психического здоровья, Гродненскому областному центру «Психиатрия – наркология», учреждениям социального обслуживания гг. Минска, Гродно, Бобруйска, Ивье, общественной организации «Белорусская ассоциация социальных работников», Белорусскому республиканскому геронтологическому общественному объединению, Международному общественному объединению «Взаимопонимание» за возможность использования их материалов, управлению социальной поддержки населения и стационарных учреждений комитета по труду, занятости и социальной защите Витебского облисполкома, учреждениям социального обслуживания г. Витебска и Витебской области за готовность делиться опытом и результатами пилотного проекта по деменции, а также Раисе Владимировне Синельниковой за вдохновение и неоценимое участие в подготовке пособия.

Пособие предназначено для руководителей и специалистов государственных и негосударственных организаций, занимающихся оказанием услуг, помощи и поддержки людям с деменцией и их близкому окружению, представителей государственных органов, формирующих социальную политику в данной области, а также всех заинтересованных организаций и лиц.

## ВВЕДЕНИЕ

Синельникова Р.В.

*«В настоящее время отмечается большой разрыв между потребностями в профилактике и лечении деменции, уходе за больными и фактическим уровнем обеспечения этими услугами. Во всем мире деменция диагностируется в недостаточной степени, а если диагноз и ставится, это, как правило, происходит на относительно поздней стадии болезни. Модели организации долгосрочного ухода (от постановки диагноза до конца жизни) за людьми с деменцией нередко носят фрагментарный характер, а порой и вовсе отсутствуют. Нередко отмечается недостаток осведомленности о деменции и понимания ее особенностей, что приводит к стигматизации, препятствует диагностике и оказанию помощи. Люди с деменцией нередко бывают лишены прав и свобод как в общинах, так и в домах престарелых. Кроме того, больные деменцией не всегда участвуют в процессе принятия решений, их пожелания и предпочтения относительно предоставляемой им помощи часто остаются без учета».*

*Из доклада Генерального директора ВОЗ на 140-й сессии Исполнительного комитета 23 декабря 2016 г<sup>1</sup>.*

Нет никакого сомнения, что деменция представляет собой одну из серьезнейших социальных проблем XXI века, которую необходимо решать на международном, национальном и местном уровнях, а также на уровне семьи и отдельных лиц. Деменция является исключительным явлением в плане масштаба, затрат и воздействия на общество.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) деменция – это «синдром, обычно хронический или прогрессирующий, при котором происходит деградация когнитивной функции (то есть способности мыслить) в большей степени, чем это ожидается при нормальном старении»<sup>2</sup>. Деменция может проявляться не только в виде проблем с памятью, но также в изменении эмоциональных реакций, поведения. Являясь хроническим прогрессирующим синдромом, деменция с течением времени приводит к изменению личности человека, утрате многих социальных навыков и возникновению потребности в постоянном постороннем уходе.

Соответствующий диагноз устанавливается только по результатам комплексного медико-психологического обследования обратившегося за помощью человека. Поскольку многие люди даже при наличии выраженных когнитивных нарушений не обращаются в учреждения здравоохранения, они не имеют установленного диагноза «деменция». Так, согласно

---

<sup>1</sup> Проект глобального плана действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_28-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_28-ru.pdf). – Дата доступа : 12.10.2018.

<sup>2</sup> Деменция. Информационный бюллетень [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – 2017. – Режим доступа : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. – Дата доступа: 19.12.2018.

проведенным ранее исследованиям до 90 % людей с деменцией в странах с низким и средним уровнем дохода не знают о своей болезни<sup>3</sup>. *Подробнее о том, что представляет собой деменция, к каким последствиям она приводит для людей, живущих с ней, а также членов их семей можно прочесть в главе 1 настоящего пособия.*

Несмотря на усилия многих организаций привлечь внимание к проблеме деменции, качества жизни людей с деменцией и их стигматизации, до сих пор в подавляющем большинстве стран отсутствует своевременная диагностика и точные данные об уровне заболеваемости. Заканчивающиеся пока неудачей поиски медикаментозного лечения деменции иногда приводят к прекращению финансирования дальнейших исследований: свежим примером здесь может служить фармацевтическая компания Pfizer<sup>4</sup>, заявившая о сворачивании своей программы исследований по поиску новых лекарств от болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона.

Отсутствие должного внимания и помощи в решении проблемы деменции привело к появлению нескольких влиятельных неправительственных организаций, среди которых наиболее известна Международная организация по проблемам болезни Альцгеймера (Alzheimer Disease International), основанная в 1984 г. и объединяющая диагностированных больных и их представителей, а также лиц, осуществляющих уход. За прошедшие десятилетия она выросла до 90 ассоциированных организаций во всем мире и активно занимается исследованиями и продвигает интересы людей с деменцией, а также сотрудничает с ВОЗ. Начиная с 2009 г., организация публикует ежегодные отчеты о глобальной ситуации по проблеме деменции и рекомендации, служащие основой для политических решений. Благодаря активной позиции, участию в работе международных организаций, в различных конференциях и встречах организация смогла донести голос людей с деменцией до лиц, принимающих решения.

В январе 2014 г. был создан Международный альянс по деменции (Dementia Alliance International) – организация, отстаивающая права людей с деменцией. Она сразу же включилась в процесс продвижения стратегических рамочных документов, начатый Международной организацией по проблемам болезни Альцгеймера.

Благодаря усилиям вышеназванных организаций, а также работе специалистов и экспертов в разных странах стало ясно, что продвижения ранней диагностики и медицинской модели помощи людям с деменцией недостаточно для обеспечения достойного качества жизни этих людей, преодоления стигматизации и социальной изолированности, для обеспечения соблюдения их прав.

Современное видение желаемой ситуации формулируется следующим образом: мир, в котором обеспечена профилактика деменции, люди с

---

<sup>3</sup> Деменция: в ближайшие 30 лет число затронутых людей возрастет втрое: выпуск новостей [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – 2017. – Режим доступа : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_28-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_28-ru.pdf). – Дата доступа : 21.01.2018.

<sup>4</sup> Pfizer ends research for new Alzheimer's, Parkinson's drugs [Electronic resource] / Thomson Reuters: electronic journal. – 2018. – Режим доступа : <https://www.reuters.com/article/us-pfizer-alzheimers/pfizer-ends-research-for-new-alzheimers-parkinsons-drugs-idUSKBN1EW0TN>. – Дата доступа : 12.10.2018.

деменцией и их опекуны ведут полноценную жизнь, пользуются равными правами и уважением, получают помощь и поддержку, необходимую им для того, чтобы в полной мере реализовать свой потенциал и жить достойно и самостоятельно.

Определились и ключевые принципы в этой сфере<sup>5</sup>.

- Защита прав людей с деменцией. Законодательство, меры политики, планы, программы, мероприятия и действия должны строиться с учётом потребностей, ожиданий и прав людей с деменцией в соответствии с Конвенцией о правах инвалидов (ООН, 2006) и другими международными и региональными документами в области защиты прав человека.
- Расширение прав и возможностей и вовлечение людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними. Люди с деменцией и лица, осуществляющие уход за ними, а также организации, которые представляют их интересы, должны пользоваться более широкими правами и возможностями и участвовать в информационно-пропагандистской, политической и законодательной деятельности, планировании, предоставлении услуг, мониторинге и исследованиях в области деменции.
- Основанная на фактических данных практика в области снижения риска деменции и ухода при деменции. Важно, исходя из научных данных и передовой практики, разрабатывать стратегии и мероприятия для сокращения риска деменции и ухода при деменции, ориентированные на потребности людей, рентабельные, устойчивые, доступные по цене и построенные с учетом принципов общественного здравоохранения и культурных аспектов.
- Межсекторное сотрудничество в реагировании сектора общественного здравоохранения на деменцию. Всеобъемлющие и скоординированные меры реагирования на деменцию требуют сотрудничества между всеми заинтересованными сторонами в целях совершенствования профилактики, снижения риска, диагностики, лечения и оказания помощи. Для такого сотрудничества необходимо участие на государственном уровне всех соответствующих государственных секторов, таких как здравоохранение (включая согласование с уже идущей работой в отношении неинфекционных заболеваний, психического здоровья и старения), социальное обслуживание, образование, трудоустройство, правосудие и жилищный сектор, а также партнерское взаимодействие с соответствующими организациями гражданского общества и частного сектора.
- Всеобщий охват медико-санитарной помощью и социальным обслуживанием людей с деменцией. При разработке и осуществлении программ здравоохранения по обеспечению всеобщего охвата медико-санитарной помощью и обслуживанием должны учитываться

---

<sup>5</sup> Проект глобального плана действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/B140\\_28-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_28-ru.pdf). – Дата доступа : 12.10.2018.

вопросы защиты от финансового риска и обеспечения равноправного доступа к широкому кругу услуг по укреплению здоровья, профилактике, диагностике и помощи (включая паллиативную помощь, реабилитацию и социальную поддержку) для всех людей с деменцией, а также лиц, осуществляющих уход за ними.

- Равноправие. Все меры реагирования сектора общественного здравоохранения на деменцию должны предполагать поддержку гендерного равенства и строиться с учетом гендерной проблематики, принимая во внимание все возможные слабые места, характерные для тех или иных стран, в соответствии с Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., где признается необходимость расширения прав и возможностей представителей уязвимых категорий населения, включая лиц с инвалидностью, пожилых и мигрантов.
- Надлежащее внимание к вопросам профилактики и лечения деменции и ухода при деменции. Для реализации этого принципа следует, в частности, использовать имеющиеся знания и опыт для совершенствования профилактики, снижения риска, оказания помощи и поддержки людям с деменцией и лицам, осуществляющим уход за ними, а также получать новые знания для разработки методов, изменяющих течение заболевания или излечивающих его, для проведения эффективных мероприятий по снижению риска деменции и новаторских методов ухода за людьми с деменцией.

Этот подход и принципы лежат в основе политических решений ВОЗ, которая является ведущей международной организацией, оказывающей странам поддержку в интеграции мер диагностики, лечения и терапии деменции в общую систему охраны здоровья, а также в развитии услуг на уровне сообщества.

За последнее десятилетие ВОЗ был принят ряд документов, акцентирующих приоритетность действий в области реагирования на деменцию:

2008 г. – Программа действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья, в которой деменции уделялось приоритетное внимание;

2011 г. – Практическое руководство к Программе действий по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья<sup>6</sup>, содержащее рекомендации по профилактике и лечению деменции, включая основанные на фактических данных рекомендации по ведению деменции в специализированных медицинских учреждениях;

---

<sup>6</sup> MhGAP-IG Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [Electronic resource] / World Health Organization. – Режим доступа : [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/). – Дата доступа : 12.10.2018.

На русском языке: Руководство по гуманитарной помощи Программы действий ВОЗ по ликвидации пробелов в области охраны психического здоровья (mhGAP-HIG) [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – 2016. – Режим доступа : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162960/9789244548929\\_rus.pdf;jsessionid=B8A51B0BD2007D5B059E4483A22DC15D?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162960/9789244548929_rus.pdf;jsessionid=B8A51B0BD2007D5B059E4483A22DC15D?sequence=5). – Дата доступа : 21.12.2018.

2012 г. – Глобальный отчет о деменции как о приоритете общественного здравоохранения<sup>7</sup> (совместно с Международной организацией по болезни Альцгеймера), призванный повысить осведомленность и мотивировать к действиям на международном и национальном уровне в целях улучшения услуг, предоставляемых людям с деменцией и лицам, осуществляющим уход.

Среди других глобальных документов, касающихся скоординированного и комплексного реагирования на деменцию, следует отметить: Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.<sup>8</sup>; Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг.; Всемирный доклад о старении и здоровье<sup>9</sup> и Глобальную стратегию и план действий в области старения и здоровья<sup>10</sup>.

На саммите Группы восьми (Лондон, 11 декабря 2013 г.) было принято коммюнике по вопросам деменции, подписана декларация о намерениях и впоследствии учрежден Всемирный совет по деменции (World Dementia Council).

Все эти усилия способствовали повышению заметности проблемы деменции в международной стратегической повестке дня.

В 2015 г. ВОЗ организовала первую Министерскую конференцию по глобальным действиям против деменции с целью укрепить понимание того факта, что снижение глобального бремени деменции возможно только при условии объединенных усилий стран и заинтересованных сторон по проведению соответствующей политики и выделения ресурсов для оказания поддержки людям с деменцией, поиска решений для лечения данного синдрома, а также при условии повышения приоритетности этой проблемы в национальной и глобальной стратегической повестке дня.

Кроме того, группой глобальных неправительственных организаций был учрежден Глобальный альянс действий по борьбе с болезнью Альцгеймера и деменцией, призванный повышать информированность о проблеме деменции, углублять понимание этой болезни и потребностей людей с деменцией и бороться со стигматизацией в связи с ней.

---

<sup>7</sup> Деменция: приоритет общественного здравоохранения [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/ru/](https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/ru/). – Дата доступа: 29.01.2019.

<sup>8</sup> Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/151502>. – Дата доступа: 21.12.2018.

<sup>9</sup> Всемирный доклад о старении и здоровье [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2016. – Режим доступа: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru/>. – Дата доступа: 21.12.2018.

На английском языке: World Report on Ageing and Health [Electronic resource] / World Health Organization. – 2015. – Режим доступа: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf). – Дата доступа: 21.12.2018.

<sup>10</sup> Глобальная стратегия и план действий по проблеме старения и здоровья на 2016–2020 гг.: на пути к миру, в котором каждый человек имеет возможность прожить долгую и здоровую жизнь // Шестидесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2016. – Режим доступа: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69-REC1/A69\\_REC1-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_REC1-ru.pdf). – Дата доступа: 17.01.2019.

Значимым стал 2017 г., на протяжении которого ВОЗ был предпринят ряд мер системного характера в сфере реагирования на деменцию:

- одобрен Глобальный план действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию на 2017–2025 гг., в котором предложены конкретные действия для политиков, работников здравоохранения и социальных служб, организаций гражданского общества, людей, живущих с деменцией, и тех, кто осуществляет за ними уход. Принципиальным моментом является смещение фокуса с медицинского подхода к проблеме деменции к подходу, основанному на правах человека, включающему борьбу со стигматизацией и чрезмерным медикаментозным лечением, привлечение людей с деменцией к участию в планировании ухода за ними, а также развитие поддержки и помощи на базе местных сообществ;
- введена в действие веб-платформа «Глобальная обсерватория по деменции». Эта платформа предназначена для мониторинга прогресса по развитию услуг в области деменции (регистрации национальных планов мер и мероприятий по снижению риска деменции, наличия инфраструктуры для лечения и ухода), а также создания «банка знаний» по теме деменции, включая доступ к данным о деменции, глобальным докладам, рекомендациям и инструментарию для профилактики деменции и развития услуг в данной области;
- начато тестирование экспериментальной онлайн-программы iSupport для лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией. В программе представлена информация о деменции, о том, как справляться с особенностями поведения при деменции, а также о том, как лица, осуществляющие уход, могут (и должны) заботиться о себе;
- опубликован документ «Комплексный уход за пожилыми людьми: руководство по мероприятиям на уровне общин, связанным со снижением индивидуального потенциала», в котором содержатся рекомендации для органов общественного здравоохранения по решению проблемы деменции.

В целях поддержки стран по созданию национальных стратегических документов, определяющих приоритеты и направления действий в отношении деменции, ВОЗ в 2018 г. опубликовала рекомендации «На пути к созданию плана по реагированию на деменцию: руководство ВОЗ»<sup>11</sup>, в которых описаны основные этапы разработки национального плана и ключевые элементы оценки ситуации, мер и действий.

Понимая масштабность и важность проблемы деменции, ряд стран осуществляют инициативы, связанные с ее решением. Эти инициативы отличаются друг от друга, но, как правило, предусматривают сочетание стратегического планирования высокого уровня (зачастую на пять лет) с целью обеспечения качественного лечения деменции и улучшения ухода за людьми с деменцией с принятием конкретных мер в медицинской, социальной и исследовательской областях. Эти инициативы весьма масштабны и направлены на обеспечение политических рамок для развития услуг на мест-

---

<sup>11</sup> Towards a dementia plan: a WHO guide [Electronic resource] / World Health Organization. – 2018. – Режим доступа : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272642/9789241514132-eng.pdf?ua=1>. – Дата доступа: 29.01.2019.

ном уровне. Поэтому эти документы являются не только политическими заявлениями, но и руководством для разработки и внедрения медицинских и социальных услуг, которые отвечают потребностям людей с деменцией. Многие страны, среди которых Англия, Франция, Шотландия, Норвегия, Ирландия, Швейцария, Австралия, Япония, Канада и США, разработали национальные программы по борьбе с болезнью Альцгеймера и другими формами деменции. Международная организация по проблемам болезни Альцгеймера опубликовала обзор реализуемых в разных странах практик в документе «Национальные планы действий по деменции: вдохновляющие примеры»<sup>12</sup>.

Общим для всех национальных инициатив является включение людей с деменцией и лиц, ухаживающих за ними, в процесс разработки планов, программ и моделей обслуживания, а также в их реализацию, интегрированный междисциплинарный подход к оказанию услуг, обеспечение максимально возможной независимости и социальной включенности людей с деменцией, широкое информирование населения с целью преодоления стигмы и страха перед деменцией. *Многолетний опыт работы по проблеме деменции Англии и Германии представлен в приложениях 6 и 7.*

Международные политики и практики, рамочные документы являются серьезной основой для разработки стратегии реагирования на растущее число людей с деменцией в Беларуси. *Подробнее о распространенности деменции в Беларуси можно прочесть в главе 2 настоящего пособия.*

Рост распространенности деменции, связанный прежде всего с процессами демографического старения, имеет серьезные социальные последствия:

- увеличиваются расходы на выплату пособий по инвалидности или пособий (надбавок) на уход, на стационарное и амбулаторное лечение людей с деменцией и (или) оказание социальных услуг;
- уменьшаются трудовые ресурсы страны из-за утраты трудоспособности и социальной активности людей с деменцией, а также из-за необходимости ухаживающих за ними родственников сменить или оставить трудовую деятельность;
- в результате увеличения материальной, физической, эмоциональной нагрузки, обусловленной постоянным уходом и присмотром за членом семьи с деменцией, снижается уровень и качество жизни всех членов семьи. Это способствует не только росту малообеспеченности в семьях с людьми с деменцией, но и возникновению психосоматических заболеваний, следствием чего является снижение и неэффективное использование человеческого потенциала лиц, осуществляющих неформальный уход – в первую очередь, женщин.

В настоящее время в нашей стране проблема деменции не выделена в качестве приоритета социальной политики, соответствующие специализированные мероприятия не предусмотрены в государственных программах и планах, отсутствует стратегия действий в интересах людей с деменцией. Это приводит к недостаточной скоординированности действий систем медицинской помощи и социального обслуживания по данной проблеме.

---

<sup>12</sup> National Dementia Action Plans. Examples for Inspiration [Electronic resource] / Alzheimer Disease International. – 2017. – Режим доступа : <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/national-plans-examples-2017.pdf>. – Дата доступа: 17.01.2019.

Вместе с тем, масштабность проблемы деменции, в том числе в нашей стране свидетельствует о необходимости разработки и реализации слаженной системы действий в области деменции, разработки на уровне органов государственного управления Беларуси «рамочных условий», включая:

- определение реального размера целевой группы и ее дифференциацию в зависимости от потребностей в реабилитации и уходе;
- разработку стратегического документа национального уровня (Национального плана действий, Стратегии и др. как отдельного документа или как части стратегического документа в области старения), базирующегося на человеко-ориентированном подходе, в котором будут определены основные направления, задачи различных субъектов, механизм взаимодействия, индикаторы для оценки ситуации в области деменции;
- создание условий для независимого проживания людей с деменцией, включая создание системы консультационно-информационной и психологической поддержки для людей с деменцией и их близкого окружения в качестве одного из приоритетов социальной политики;
- разработку механизма взаимодействия между органами и организациями здравоохранения и социального обслуживания с целью оперативного обмена информацией и своевременного оказания поддержки людям с деменцией и их семьям;
- разработку единых стандартов работы в области деменции;
- создание координирующего органа, ответственного за формирование сети организаций, готовых оказать поддержку людям с деменцией, а также консультирование указанных организаций.
- рассмотрение вопроса о создании и финансировании системы долгосрочного ухода в Республике Беларусь, в том числе в отношении людей с деменцией.

Эти рамочные условия должны быть основаны на интегрированном и междисциплинарном подходе, базирующемся на сочетании медицинской помощи, социальных и иных услуг, а также позволяющем вовлекать в процесс планирования и оказания услуг как людей с деменцией, так и членов их семей, близкое окружение, «группы риска» и др.

Система поддержки людей с деменцией должна включать как минимум следующие элементы:

- информирование широкой общественности, профессионального сообщества, целевых групп;
- раннее выявление и своевременная диагностика;
- защита прав людей с деменцией и создание дружественной среды, уменьшение стигматизации;
- патронаж, сопровождение и консультирование семей с людьми с деменцией;
- создание адаптированной среды, помощь в организации повседневной деятельности;
- оказание помощи семье, предоставление услуг по разгрузке, дневному присмотру;
- проведение разнообразных занятий педагогической, психологической и реабилитационной направленности;
- оказание услуг по уходу на дому.

*Более подробную информацию о сложившейся в нашей стране системе помощи и поддержки людей с деменцией и перспективах ее развития можно найти в главе 2 настоящего пособия.*

Работа по апробации и внедрению новых форм и методов работы с людьми с деменцией и оказания поддержки их близкому окружению наиболее активно началась в Беларуси в 2016-2018 гг.: реализован пилотный проект в Витебской области (2016 г.), направленный на создание отделений профилактики деменции во всех территориальных центрах социального обслуживания населения (далее – ТЦСОН), домах-интернатах общего типа, а также на совершенствование условий проживания и обслуживания в домах-интернатах психоневрологического профиля. Похожие инициативы реализованы также отдельными учреждениями социального обслуживания г. Минска. В 2018 г. при содействии Программы поддержки Беларуси Федеративного Правительства Германии общественными объединениями ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» и Белорусским обществом Красного Креста на базе ТЦСОН гг. Минска, Бобруйска, Гродно и Ивье реализованы два проекта по работе с людьми с деменцией – на дому и в условиях Дневного центра.

Результаты реализованных пилотных проектов свидетельствуют о возможности и целесообразности создания специализированных отделений в домах-интернатах для престарелых и инвалидов (с учетом профиля учреждений); развитие услуг для граждан с деменцией отделениями дневного пребывания для граждан пожилого возраста ТЦСОН; включение занятий по профилактике деменции в «стандартную» работу ТЦСОН с пожилыми людьми.

*Подробное описание моделей работы, апробированных на территории нашей страны с учетом требований законодательства Беларуси, а также рекомендации по их внедрению, можно найти в главе 3 настоящего пособия.*

*В приложениях 1, 2, 3, 4, 5 также приведен конкретный материал, который можно использовать при оценке потребностей людей с деменцией, проведении разнообразных занятий, построении с людьми с деменцией эффективных моделей коммуникации.*

Масштабирование успешных отечественных и зарубежных практик имеет крайне важное значение, поскольку позволит:

- обеспечить максимально длительное проживание человека с деменцией в домашних условиях и его участие в жизни общества, что будет способствовать более полной реализации его прав и свобод;
- снизить расходы и нагрузку на стационарные учреждения социального обслуживания: исследования показывают, что даже круглосуточный уход на дому является менее затратным по сравнению с обеспечением проживания человека в стационарном учреждении;
- снизить нагрузку на систему здравоохранения, в том числе специализированного: результаты исследований свидетельствуют о возможности снижения прогрессирования синдрома при раннем выявлении и своевременном начале занятий и терапии;
- снизить нагрузку на родственников и членов семьи, осуществляющих уход за человеком с деменцией, и создать условия для их возвращения к трудовой деятельности и более полной реализации их потенциала.

# ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

## Глава 1. Что такое деменция?

### 1.1. Деменция и ее проявления

*Хвостова И.И., Колбасова О.В., Короткевич Т.В., Милькота Н.В.*

Как специальное понятие, используемое для фиксации группы психических нарушений, понятие «деменция» начало применяться уже в XVII–XVIII вв., став к концу XVIII в. общеупотребительным медицинским термином.

Еще в начале XX в. деменция отождествлялась только с открытой в 1906 г. болезнью Альцгеймера и не считалась сопутствующим заболеванием довольно большой группы различных инфекций и болезней. Также в начале XX в. была зафиксирована связь деменции с поздним возрастом, поэтому широко применялось понятие «сенильная (старческая) деменция». В то же время был выделен основной признак данного заболевания – нарушение когнитивной (познавательной) деятельности.

Согласно современным подходам, деменция – генерализованное поражение интеллекта, памяти и личности без нарушения сознания.

Симптомы деменции складываются из следующих:

- ухудшение памяти, проявляющееся как в нарушении усвоения нового материала, так и при воспроизведении давно усвоенного. Наиболее рано страдает память на события ближайшего прошлого, с прогрессированием состояния разрушается память на события более отдаленного прошлого;
- изменение других когнитивных функций, проявляющееся в ухудшении мышления и способности к установлению логических связей, нарушении в целом процессов обработки информации;
- снижение эмоционального контроля или мотивации, изменение социального поведения.

При деменции, как правило, сохранена ориентировка в окружающем мире, однако, в тяжелых случаях на фоне деменции могут наблюдаться кратковременные нарушения сознания, бредовые и галлюцинаторные симптомы.

Деменция в большинстве случаев развивается постепенно. Чаще всего окружающие начинают замечать признаки деменции в связи с резким ухудшением, спровоцированным либо телесным заболеванием, либо вызванным изменившейся социальной ситуацией.

В большинстве случаев первые проявления деменции – это нарушения памяти, к которым вскоре присоединяется афазия – расстройство речи, состоящее в утрате способности пользоваться фразами и словами как средством выражения мыслей. Люди с деменцией не могут вспомнить нужное слово, заменяют его другим, не подходящим по значению. Также начинает страдать зрительно-пространственная сфера: человек не ориентируется на местности, забывает дорогу домой, затрудняется определить время по часам, не узнает знакомых и даже родственников. При тяжелой

степени выраженности деменции утрачиваются навыки большинства повседневных действий и люди оказываются не в состоянии самостоятельно одеться, умыться, поесть и др., т. е. теряют способность к самообслуживанию и нуждаются в постоянном постороннем уходе. Возникают изменения личности, депрессия, психотические расстройства. В 10 % случаев развиваются эпилептические припадки. Средняя продолжительность жизни пожилых людей, которым диагностирована деменция – около 8 лет<sup>13</sup>.

В качестве факторов, провоцирующих развитие деменции, рассматриваются как генетическая предрасположенность, так и неблагоприятное воздействие условий внешней среды (хронический стресс, гиподинамия, употребление в пищу продуктов, богатых жирами, низкая умственная активность, курение, черепно-мозговые травмы в анамнезе).

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), деменция относится к классу № 5 «Психические расстройства и расстройства поведения», разделу «Органические, включая симптоматические психические расстройства» (F00-F09)<sup>14</sup>.

Современная классификация психических и поведенческих расстройств подразумевает использование термина для обозначения необратимых состояний, хотя при повышении эффективности лечения и реабилитационных мероприятий подходы к употреблению данного термина могут измениться.

Деменция и связанные с ней нарушения могут быть вызваны самыми разными причинами. В зависимости от причин, вызвавших деменцию, выделяют следующие виды деменции:

- деменции, вызванные дегенеративными заболеваниями: болезнью Альцгеймера, болезнью Пика, хореей Гентингтона, болезнью Паркинсона, болезнью Крейцфельда-Якоба, рассеянным склерозом, гидроцефалией с нормальным давлением;
- деменции, вызванные внутричерепными объемными образованиями (опухолями, субдуральными гематомами);
- деменции, вызванные травмами головы (тяжелыми однократными или многократными менее тяжелыми);
- деменции, вызванные инфекциями и связанными с ними состояниями (например, энцефалитом, нейросифилисом, церебральным саркоидозом);
- деменции сосудистого происхождения: мультиинфарктная деменция, сосудистая деменция с острым началом, подкорковая деменция и т. д.;
- деменции, вызванные нарушениями обмена веществ: хронической уремии, печеночной недостаточностью, гемодиализом;
- деменции, вызванные токсическим повреждением: алкогольной интоксикацией, отравлением тяжелыми металлами (свинцом, мышьяком, таллием);

---

<sup>13</sup> Блейхер В.М. Клиника приобретённого слабоумия. – СПб: Питер, 1998. – 107 с.

<sup>14</sup> Международная классификация болезней 10-го пересмотра. – Режим доступа : <http://mkb-10.com/index.php?pid=4001>. – Дата доступа : 28.09.2018.

- деменции, вызванные аноксией в связи с анемиями, посленаркозными нарушениями, отравлением окисью углерода, сердечной недостаточностью, хронической дыхательной недостаточностью;
- деменции, вызванные витаминной недостаточностью (длительным дефицитом витамина В12, фолиевой кислоты, тиамина).

Наиболее часто причинами деменции являются нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера и др.) и сосудистые внутримозговые изменения, а также их комбинации. Количественное соотношение между деменциями нейродегенеративного и сосудистого происхождения может существенно варьировать в разных странах. Это зависит от культурных и экологических особенностей жизни населения, а также от теоретической установки ученых. Например, в Северной Америке и Западной Европе ученые склонны считать доминирующей деменцию нейродегенеративного типа (болезнь Альцгеймера), а в некоторых странах Восточной Азии, Скандинавии, России – деменцию сосудистого генеза. Кроме того, распространены случаи деменции смешанного типа, которые могут быть приняты как за нейродегенеративные, так и сосудистые<sup>15</sup>.

В соответствии с критериями МКБ-10 для диагностики деменции снижение памяти и нарушения других когнитивных функций должны быть объективизированы (достоверные анамнестические данные и (или) нейропсихологическое исследование), а оценка этих нарушений не должна основываться лишь на жалобах самого человека.

Для постановки диагноза деменции необходимо обнаружить как расстройства памяти, так и других когнитивных функций до степени, нарушающей способность человека справляться с требованиями повседневной жизни.

Для разграничения деменции и обратимых состояний введен временной критерий – шесть месяцев, на протяжении которых наблюдаются перчисленные нарушения.

Обследование проводится чаще в стационарных, реже в полустационарных и амбулаторных условиях. При первичной постановке диагноза деменции, установлении ее природы и подборе лечения необходимо, как правило, стационарное обследование<sup>16</sup>.

Хотя деменция уже по своему определению – тяжелое когнитивное расстройство, специалисты выделяют различные степени выраженности деменции (таблица 1.1). Одним из критериев определения стадии (степени выраженности) деменции выступает степень зависимости человека от помощи окружающих и постороннего ухода.

При *легкой степени выраженности деменции* еще сохраняется эффективность профилактических мероприятий по отношению к самому человеку с деменцией с целью максимального продления его независимости и активности. Для родственников могут быть актуальны услуги по обуче-

<sup>15</sup> Деменция // Энциклопедия сайта по проблемам деменции «Мемини». – Режим доступа : <https://memini.ru/glossary/27886>. – Дата доступа : 21.12.2018.

<sup>16</sup> Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2010 № 1387 (в ред. от 26.05.2016) «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами».

нию навыкам коммуникации с пожилым человеком с деменцией, помощь в решении юридических вопросов и др.

При *деменции умеренной степени выраженности* увеличивается потребность членов семей, в которых проживают люди с деменцией, в услугах, направленных на обучение их оптимальным способам организации пространства, распорядка дня с целью снижения нуждаемости пожилого человека в их непосредственной помощи. Кроме того, как сам человек с деменцией, так и члены семей нуждаются в социально-психологических услугах для обеспечения более благоприятного психологического климата в семье, несмотря на эмоциональную нестабильность пожилого человека. Поскольку человек с умеренной деменцией фактически не может находиться без присмотра, то уже для этой категории необходимы услуги дневного пребывания или почасового ухода с целью сохранения трудовой и социальной активности членов семьи.

При *деменции тяжелой степени* выраженности человек, как правило, нуждается в постоянном постороннем уходе или посторонней помощи. Поэтому на этой стадии человеку может быть показано пребывание в стационаре. Члены семьи, которые продолжают уход за пожилым человеком на дому при тяжелой деменции, нуждаются уже не только в обучающих мероприятиях, но и в реальной помощи в форме услуг «передышки», почасового ухода и т. п., а также в возможности консультирования (в том числе в экстренных ситуациях) для обеспечения принятия взвешенных решений.

Подробную информацию о тяжести нарушений способности к самообслуживанию, ориентации, контролю поведения, общению и др., возникающих при деменции различной степени выраженности, можно найти в приложении 1.

Как уже было отмечено выше, деменция имеет прогрессирующий и, как правило, необратимый характер, следовательно, с течением времени человек нуждается в большем объеме помощи. Поэтому предпочтительным способом борьбы с деменцией выступает профилактика, а не преодоление последствий. Речь идет о применении универсальных пищевых рекомендаций, отказе от курения, поддержании физической активности даже в пожилом возрасте. Особое значение имеет разрешение существующих стрессовых ситуаций (если они есть). Полезна для когнитивной сферы стимулирующая кровообращение умеренная физическая активность. Виды деятельности, которые сокращают риск развития деменции: чтение книг, газет, журналов; любые виды письменной деятельности; изучение иностранных языков; игра на музыкальных инструментах; обучение на различных учебных курсах; игра в теннис, в гольф, шахматы; плавание; групповые виды спорта; разгадывание кроссвордов; пешие прогулки.

Не снижая значимости лекарственной терапии при деменции, следует подчеркнуть, что многого можно достичь с помощью нефармакологических вмешательств – таких, как изменение окружающей обстановки, особый характер коммуникации, специальная психологическая подготовка тех, кто оказывает услуги и осуществляет уход, индивидуальный подход при оказании социальных услуг. Иными словами, необходим комплексный подход, основанный на соединении медицинской помощи и социальных услуг.

Таблица 1.1 – Характер нарушений, возникающих при деменции различной степени выраженности

	<b>Сомнительная деменция</b> (когнитивные нарушения, не достигшие стадии деменции)	<b>Лёгкая деменция</b>	<b>Умеренная деменция</b>	<b>Тяжелая деменция</b>
<b>Память</b>	Постоянная незначительная забывчивость, неполное припоминание произошедших событий	Более значительная забывчивость на текущие события, которая мешает в повседневной жизни	Выраженная забывчивость, текущие события не остаются в памяти, сохранены лишь воспоминания о наиболее значимых событиях жизни	Фрагментарные воспоминания о жизни
<b>Ориентировка</b>	Полностью ориентирован, могут быть неточности с названием даты	Не полностью ориентирован во времени, но всегда правильно называет место; трудности самостоятельной ориентировки в малознакомой местности	Дезориентирован во времени, не полностью ориентирован в месте	Ориентирован только на собственную личность
<b>Мышление</b>	Незначительные трудности при решении задач, при анализе сходств и различий	Умеренные затруднения при решении задач, при анализе сходств и различий	Выраженные трудности при решении задач, при анализе сходств и различий, что оказывает негативное влияние на повседневную активность	Решение интеллектуальных задач невозможно
<b>Взаимодействие с окружающими</b>	Незначительные трудности	Утрачена независимость, однако возможно осуществление отдельных социальных функций. При поверхностном знакомстве нарушения могут быть неочевидны	Утрачена самостоятельность вне дома, может вступать в общение под контролем других лиц	Нарушения препятствуют социальному взаимодействию за пределами своего дома
<b>Поведение дома и увлечения</b>	Незначительные трудности	Лёгкие, но отчётливые бытовые трудности, потеря интереса к сложным видам активности	Крайнее ограничение интереса, способность к выполнению только наиболее простых видов деятельности	Не способен к выполнению бытовых обязанностей
<b>Самообслуживание</b>	Нет нарушений	Нуждается в напоминаниях	Нуждается в помощи при одевании, гигиенических процедурах, естественных отправлениях	Постоянно нуждается в уходе, часто бывает недержание

## 1.2. Психологические проблемы людей с деменцией и членов их семей<sup>17</sup>

Сергеева Е.А., Рудько И.М., Абрамова С.П.

### **Психологические проблемы людей с деменцией**

На психологические проблемы людей с деменцией мы обращаем внимание в последний момент. Не потому что мы бессердечные люди, а потому, что мы всеми силами ищем решение для сохранения их прежнего состояния. Человек с когнитивными нарушениями или деменцией обычно замечает у себя первые «симптомы» гораздо чаще, чем они становятся очевидны родственникам или специалистам.

Что происходит в это время внутри у людей с деменцией?

У них появляется тревога и паника. Эти состояния настигают неожиданно. Когда изменения происходят на биохимическом уровне, внешне многое не заметно, а внутренний процесс разрушения уже запущен. Эти внутренние изменения люди начинают замечать, но чаще связывают их с другими внешними факторами: плохо выспались, перемена погоды, кто-то что-то не вовремя сказал или не так ласково. Или то, что было запланировано, не получается. И эти состояния становятся регулярными спутниками.

Всё чаще люди начинают попадать в неловкое положение: забудут где что положили, перепутают даты или приедут на старое место работы, хотя давно уже на пенсии. На первый взгляд, с кем не бывает? Тут и скрыта сложность: они уже замечают такие ситуации все чаще, очень расстраиваются, но никому не хотят говорить, чтобы не выглядеть смешным, слабым, глупым или сумасшедшим.

Растерянность из-за трудностей с принятием решений. Это еще не влияет на быт, но значительно ухудшает состояние. Даже мелкие незначительные процессы становятся обременительными. Что надеть, когда такая переменчивая погода? Как отследить починку чего-либо в квартире или разобраться в новых названиях учреждений, изменениях алгоритмов действий. Раньше было все понятно: что-то произошло – звони в ЖЭС. А теперь ни один телефон не отвечает, бесконечная смена номеров, названий, единый номер 115 для города Минска. Туда нужно позвонить, не растеряться и рассказать о проблеме, а потом когда-нибудь кто-нибудь придет.

Уже есть сложности с запоминанием, которые усугубляются нервным напряжением. Молодым не понять, что означает непонимание алгоритма действия, когда нет четкой, неизменной информации, а количество новой только добавляется, хотя ещё не привыкли к старой.

---

<sup>17</sup> Печатается по: «Как быть рядом?». Пособие для родственников и лиц, ухаживающих за людьми с деменцией / ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» в рамках проекта «Мы вместе» гуманитарной программы «Место встречи: диалог», финансируемой фондом «Память, ответственность, будущее» и координируемой МОО «Взаимопонимание». – Минск, 2018. – 146 с.

Чувство беспомощности. Представьте мысли человека: «Я плохо слышу, плохо вижу, с трудом запоминаю. Складывается впечатление, что я ни на что не годен. У меня все хуже и хуже получается. А еще новые деньги, какие-то карточки, специальные будки, где выдают деньги, просто так не говорит радио, какое-то цифровое телевидение. В подъезд уже просто так не войдешь, надо помнить код. Столько появилось новых лиц в подъезде, маленькие дети повзростели, и я эти больших ребят не узнаю. Я не знаю, что это за форумы и саммиты, о которых все время говорят по телевизору. Так много новых названий в магазине, в банке, на почте. Я совершенно не могу ни с чем справиться, у меня не хватает сил. Моя голова стала совсем дырявая».

А следом появляется отчаяние и страх. «Что же будет дальше?». У человека все больше недовольства и страха одновременно. Он чувствует себя очень уязвимым, и ему совсем не хочется, чтобы его слабости были заметны. «Я уже с трудом узнаю знакомых, и все чаще попадаю в ситуации, когда не знаю ответа на вопрос. Или даже не понимаю, о чем меня спрашивают. И все чаще делают замечание, что я что-то не то говорю, делаю. Что-то снова забыл, перепутал, сделал невпопад». Часто, люди, живущие с деменцией, испытывают страхи:

- Перед взломщиками, нападением или силой (насилием).
- Перед изолированностью.
- Перед опекой.
- Перед беспомощностью.
- Перед всем новым и неизвестным.
- Быть обузой для других.

Изменения характера. То, что раньше было изюминкой характера, пикантной подробностью или неизменным стилем жизни, со временем приобретает карикатурные черты, все становится более заметным, значимым. Если женщина в молодости очень любила одеваться красиво, она и сейчас будет это продолжать делать. Только будут бросаться в глаза цвета, формы, яркая помада, нелепые шапочки или шубка в июне на прогулке. Если была склонность к накопительству, сейчас это может приобретать угрожающие масштабы: человек совсем мало покупает, даже продукты питания, или пересчитывает бесконечное количество раз имеющиеся купюры.

Как бы ни менялось состояние, как бы ни были заметны симптомы другим, ещё некоторое время у человека сохраняется понимание, что он может выглядеть нелепо. Он старается изо всех сил скрывать свои проблемы: в разговоре ускользает от прямых ответов, а большое количество лозунгов и устойчивых выражений в речи помогают, как будто отшучиваться и не акцентировать на себе внимание.

### **Психологические проблемы родственников**

Чувства страха, вины, отчаяния и горькой несправедливости – очень трудно описать все, что переживают те, чьи родители или кто-то из близких день за днем утрачивают себя. Неважно, что стало причиной демен-

ции, – необратимые нарушения кардинально меняют жизнь человека. Другая жизнь начинается и для того, кто берет на себя заботу о больном. Ради этого нередко приходится жертвовать работой, видеть, как отдаляются муж (жена), дети, друзья. Число людей с деменцией увеличивается, а рядом с ними стараются достойно справиться с ситуацией миллионы тех, кому предстоит ухаживать за ними до самого конца.

Стресс, возникающий при уходе за человеком с деменцией, громаден. Наиболее частые эмоции у людей, ухаживающих за родственником с деменцией, это – горе, стыд, гнев, смущение, одиночество и др.

**Горе** – естественная реакция человека, потерпевшего утрату. Может часто возникать желание горевать по человеку, такому, как он был раньше. Момент, когда близкий перестает узнавать родственников, является самым страшным.

**Стыд.** У ухаживающих за близкими с деменцией нередко возникает ощущение стыда, им стыдно за свое смущение, за поведение больного, за гнев против больного, за нежелание продолжать уход, за оформление своего близкого в дом-интернат.

**Гнев** может быть разного характера. Он может быть направлен против больного, против самих себя, врача или самой ситуации.

**Смущение.** Родственник может испытывать смущение, когда человек с деменцией неуместно ведет себя в присутствии других.

**Одиночество.** Многие люди, ухаживающие за близкими с деменцией, перестают поддерживать общественные контакты и ограничиваются лишь уходом. Но чувствуя себя одиноким, очень тяжело ухаживать за больными. Чрезвычайно важно не терять друзей и социальные связи.

**Чувство вины.** Заботиться о том, кто уже никогда не оценит эту заботу, настолько трудно, что усталость, кажется, не оставляет места для любви или даже симпатии к близкому человеку. И того, кто живет с ним рядом, охватывает чувство вины.

В период ухода родственникам и близкому окружению очень нужна поддержка и доброжелательные консультации. Ведь только справивших со своими эмоциями, незнанием и стереотипами и при условии хотя бы небольшой профессиональной поддержки они смогут длительное время обеспечивать качественный уход и достойное качество жизни своим родным.

### **История Алексея, 48 лет**

«Я звонил в дверь: мама не давала мне ключи от своей квартиры. «Если я дома, открою, если меня нет, то зачем заходить, что ты без меня собираешься тут делать?» Ей казалось, что в ее отсутствие кто-то перекладывает документы. И деньги. Но разве не все старики чудят?

Я начал стучать. Никто не открывал. А я знал, что она дома. «Плохо себя чувствую, приезжай». Потом из-под двери потянуло дымком. Мне стало страшно. Дверь я вышиб, благо старая, едва держалась. На плите стояла черная кастрюля с остатками макарон. Мама лежала на полу и спокойно смотрела на меня: «Где ты был?»

Я начал ее поднимать — она оказалась неожиданно тяжелой и перебирала ногами, мешая мне. Я поймал себя на диком желании отхлестать ее по щекам. От беспомощности вызвал «скорую», хотя понимал, что она нам не поможет. Моя жена наотрез отказалась ухаживать за свекровью, и я сам после работы стал приезжать к маме. Уговорил ее в конце концов дать мне ключи.

Нашел в интернете врача, он прописал таблетки, но от них у мамы все тело становилось как ватное, а больше ничего не менялось. «В туалет!» — говорила она. Потом звала: «Я все!» Иногда после этого приходилось мыть пол, маму и все стирать. Сначала я испытывал брезгливость и неловкость. Потом это прошло, остались только тревога и усталость.

Днем я звонил ей каждые два часа. Когда она не подходила, срывался проверять. Через месяц такой жизни я понял, что начинаю сходить с ума. Жена с самого начала настаивала, чтобы мы наняли сиделку. Мне казалось, это будет предательство. Да и мама, стоило заговорить об этом, начинала страшно ругаться, кричала, что я дрянь, а не сын. Она злилась, а я радовался: в эти моменты она напоминала себя прежнюю. И все-таки я сдался.

Приходил другой врач, его посоветовала подруга жены, у которой в семье была такая же беда. Он сказал: «Немного улучшить состояние я помогу, но это только на время, готовьтесь к худшему и не обольщайтесь». И мама сдалась. Я уже ни о чем ее не спрашивал, просто привел к ней женщину из агентства и сказал: вот Галя, теперь она будет тебе помогать. Мама только кивнула.

Сейчас к Гале присоединились еще две сиделки. Они дежурят посменно. Я приезжаю на пару часов в выходные. У меня больше нет надежды, что мама поправится.

Мама совсем перестала меня ругать. Однажды даже взяла меня за руку: «Ты хороший сын». Я отвернулся, чтобы она не увидела, что я плачу».

### **1.3. Потребности людей с деменцией и членов их семей: результаты социологического исследования**

*Капустин С.А., Милькота Н.В.*

Ни один больной с деменцией не похож на другого больного деменцией.

Дж. Пауэлл. Помощь в общении при деменции

С целью изучения потребностей людей с деменцией и членов их семей НИИ труда Минтруда и соцзащиты в 2016 г. было проведено социологическое исследование, в рамках которого были опрошены 300 членов семей, осуществляющих уход за родственниками с деменцией или когнитивными нарушениями (далее – ухаживающие члены семьи, респонденты). Таким образом, именно ухаживающие члены семей выступили непосредственными респондентами – участниками интервью.

Контингент респондентов был сформирован из членов семей пожилых граждан, которые находятся на учете и обслуживании в ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», УЗ «Городской клинический психиатрический диспансер г. Минска», ОБЕО «Хэсэд-Рахамим», а также семей с людьми с деменцией, о которых имеются сведения в ТЦСОН. Опрос проводился на территории всей страны, однако большинство составили респонденты из Витебской области, что связано с реализацией в указанный период на данной территории проекта по деменции и, соответственно, большей доступностью необходимых данных.

Семьи респондентов, принявшие участие в исследовании, имели в своем составе одного члена семьи с деменцией или когнитивными нарушениями. Таким образом, общее количество лиц с деменцией или когнитивными нарушениями (преддементное состояние), охваченных исследованием, также составило 300 человек (далее – люди с деменцией, респонденты с деменцией).

#### ***Социально-демографическая характеристика людей, живущих с деменцией***

Возрастной состав респондентов с деменцией представлен на рисунке 1.1. Основную группу людей с деменцией составили граждане в возрасте от 71 года и старше (251 человек). В совокупности это 86 % от всех граждан, участвовавших в исследовании. Наибольшее количество пожилых граждан с деменцией приходится на возраст от 80 до 85 лет (73 чел.). Хотя проблемы с деменцией имеются у граждан и более молодой возрастной категории – от 53 до 70 лет (40 чел. – 13,7 %). Встречаются случаи, когда деменция поражает людей, не являющихся пожилыми. В исследовании таких оказалось 4 (1,4 %) человека. Наличие в выборке столь незначительной численности граждан с деменцией в более ранних возрастных группах можно объяснить тем, что в данном случае целевой группой были определены, прежде всего, пожилые граждане. В связи с этим в данном разделе выражение «люди с деменцией» и «пожилые граждане с деменцией» употребляются в качестве взаимозаменяющих. Вместе с тем, исследования, проведенные как в отече-

ственной, так и зарубежной психиатрии, свидетельствуют о распространении деменции и в более раннем возрасте<sup>18</sup>.

Таким образом, полученные данные в ходе нашего исследования практически идентичны выводам российских исследователей: частота проявления деменции в России среди группы лиц от 65 до 69 лет составляет в среднем от 2,4–5,1 %, в возрасте от 75 до 79 лет – 10–12 %, а от 80 до 90 лет – до 24 %. Среди 90-летних более 30 % пожилых страдают старческой деменцией<sup>19</sup>. Поэтому можно предположить, что в связи с ростом продолжительности жизни и увеличением численности пожилых граждан в общей структуре населения Беларуси, численность граждан с признаками деменции будет возрастать, что актуализирует задачу развития эффективной системы поддержки людей с деменцией и членов их семей и выделения данного направления в качестве приоритета социальной политики страны.

Согласно научным исследованиям, среди пожилых граждан с деменцией абсолютное большинство составляют женщины, что прежде всего связано с большей продолжительностью жизни женщин и диспропорцией численности мужчин и женщин в общей структуре населения старших возрастных групп. В нашем исследовании эти данные также подтверждаются: удельный вес женщин среди людей с деменцией составил 72,7 %, мужчин – 27,3 % (рисунок 1.2).

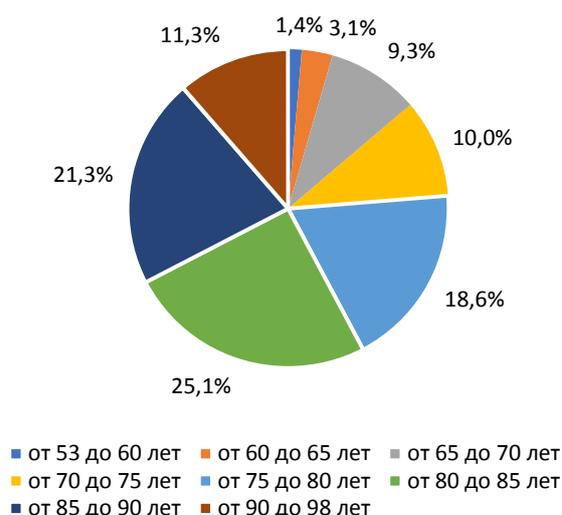


Рисунок 1.1 – Возрастной состав респондентов с деменцией, %



Рисунок 1.2 – Распределение людей с деменцией по полу, человек, %

Несмотря на то, что мужчины составляют меньшинство среди потенциальных получателей услуг, их интересы и образ жизни должны учитываться

<sup>18</sup> Согласно данным ВОЗ, на раннее наступление деменции (определяемое как появление симптомов в возрасте до 65 лет) приходится до 9 % всех случаев деменции.

Источник: Деменция. Информационный бюллетень [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – 2017. – Режим доступа : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. – Дата доступа: 19.12.2018.

<sup>19</sup> Кекелидзе З.И., Пищикова Ю.И., Полищук Л.Е. Стратеги в отношении психического здоровья граждан позднего возраста // Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №4. – С. 9–14.

при составлении реабилитационных программ (наличие социально-трудовой реабилитации по традиционно «мужским» видам деятельности (ремонт и т. п.), обсуждение тем, интересных мужчинам – например, автомобили, военная техника и т. п.).

Большинство респондентов (56,7 %, 166 человек) составили семьи, пожилому члену которых диагноз «деменция» установлен в учреждениях здравоохранения, из них почти треть (29,1 %) составили граждане с тяжелой и половину (50 %) – с умеренной степенью выраженности деменции.

Оставшимся пожилым гражданам (43,3 %, 127 человек) не выставлен медицинский диагноз «деменция». Однако они также имеют признаки деменции (33,8 %, 43 человека) либо когнитивных нарушений (преддементного состояния) (66,1 %, 84 человека), что определено непосредственно членами семьи в процессе межличностного взаимодействия, наблюдения за действиями, поступками пожилого человека, а также подтверждено другими лицами (например, работниками ТЦСОН с использованием специального инструментария в ходе проекта Витебской области).

Основными типами деменции у группы пожилых граждан с подтвержденным диагнозом являются: «сосудистая деменция» (63,2 %) и болезнь Альцгеймера (22,4 %). Более редко подтверждается наличие таких видов деменции как комбинированная (смешанная) деменция, деменция с тельцами Леви (рисунок 1.3).

Основную долю пожилых граждан с установленной деменцией составили люди с умеренной (50 %) степенью выраженности (тяжести) синдрома (рисунок 1.4).

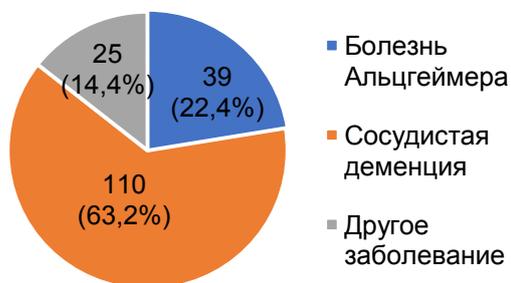


Рисунок 1.3 – Данные о видах деменции у пожилых граждан, человек, %

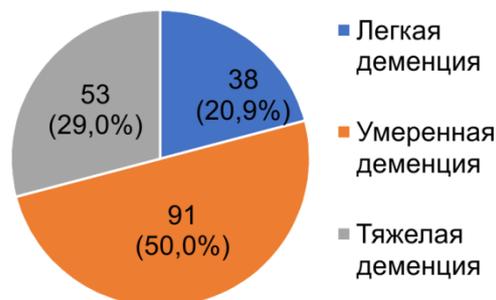


Рисунок 1.4 – Степень выраженности деменции у пожилых граждан, человек, %

Хотя среди всех респондентов с установленным диагнозом «деменция» граждане с легкой степенью составили только пятую часть (20,9 %), но вместе с тем среди тех, у кого диагноз деменция не подтвержден заключением организации здравоохранения, они составляют более половины. Данный факт необходимо учитывать в дальнейшем при интерпретации результатов исследования в отношении обремененности родственников уходом за такими пожилыми гражданами. Лица, имеющие легкую степень выраженности деменции, хотя и имеют определенные когнитивные нарушения, однако, как правило, сохраняют способность к самообслуживанию и ориентации (хотя бы в пределах своего дома). Соответственно, нагрузка на этом этапе нагрузка на близкое окружение является сравнительно не-

высокой и заключается в оказании помощи в планировании дня и дальнейшей жизни, а также проведении профилактических мероприятий.

Следует отметить, что подавляющему большинству (72,2 %) людей с подтвержденным диагнозом «деменция» также установлена группа инвалидности. При этом более, чем в половине случаев (55,6 %) речь идет о тяжелой инвалидности, т. е. наличии 1 (27,8 %) или 2 (23,6 %) группы.

Основанием для установления инвалидности (1 либо 2 группа) является резко выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 4, приводящее к стойкой выраженной социальной недостаточности, что требует постоянного постороннего ухода (специального, медицинского и (или) бытового) и помощи других лиц либо выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 3, приводящее к выраженной социальной недостаточности в системе самообслуживания, способности контролировать свое поведение, общение, ориентироваться в пространстве и т.д. Таким образом, одним из важнейших критериев в системе установления инвалидности по деменции выступает степень зависимости человека от помощи окружающих и постороннего ухода.

В проведенном исследовании период, прошедший с момента диагностирования деменции, варьируется в пределах от 1 месяца до 2 лет и более (рисунок 1.5).

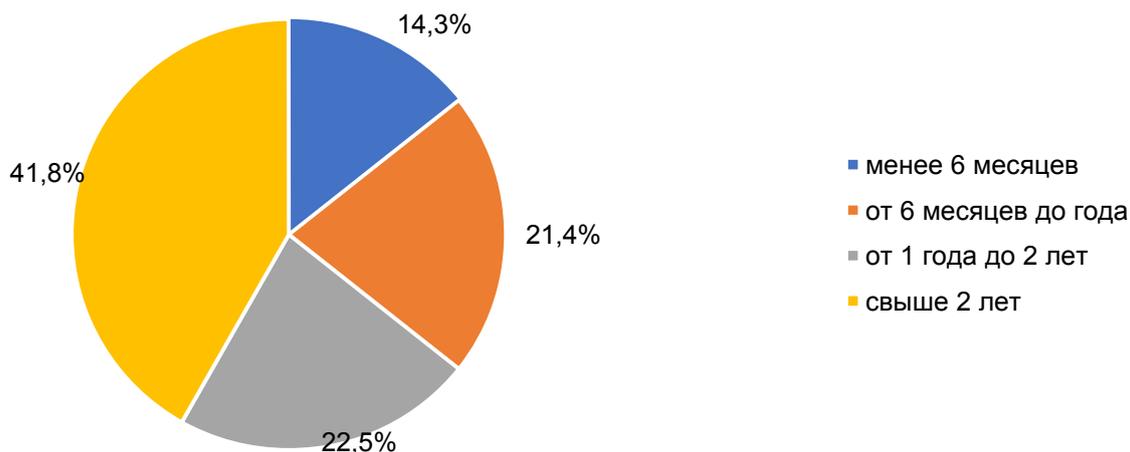


Рисунок 1.5 – Распределение респондентов по времени, прошедшему с момента диагностирования деменции, %

Таким образом, основную долю составляют лица, диагноз «деменция» которым установлен от года до двух лет и более назад (64,3 %). В этих семьях уже накоплен определенный опыт взаимодействия с человеком с деменцией и ухода за ним, а также есть основания для оценки существующей системы обслуживания людей с деменцией и определения перспективных направлений ее развития.

В исследовании также приняли участие и семьи, где члену семьи диагноз «деменция» был установлен недавно, т. е. в течение текущего года. Таких семей в исследовании оказалось 35,7 %. Эти семьи наиболее обеспокоены состоянием члена семьи, повышением информированности в отношении особенностей развития деменции, существующих методов помощи и поддержки. Поэтому они охотно делились своими пожеланиями и предложениями.

В целом, разнообразный состав респондентов является положительным моментом, поскольку позволяет акцентировать в исследовании потребности, проблемы и актуальные направления действий, значимые для людей с различной степенью выраженности деменции.

По мнению респондентов, состояние здоровья пожилых граждан с когнитивными нарушениями или деменцией, с момента установления диагноза, как правило, не улучшается. Этот факт в исследовании отметили практически 95 % респондентов. При этом 50 % из них считают, что состояние здоровья пожилого гражданина постепенно ухудшается. Только 8 семей (4,5 %) отметили улучшение в состоянии здоровья своих пожилых членов семьи. Эти данные также созвучны с результатами проведенных исследований в области геронтологии и геронтопсихиатрии и закономерны в следствие прогрессирующего характера деменции.

### ***Способность людей с деменцией к самообслуживанию и выполнению повседневных действий***

В исследовании особое внимание было уделено рассмотрению проблем, которые, по мнению родственников, ухаживающих за близкими с деменцией, на фоне ее прогрессирования ухудшают социальное функционирование таких граждан и увеличивают необходимость обслуживания пожилых граждан близким окружением.

В анкете были выделены виды повседневной деятельности, которые позволяют определить способность человека к самостоятельной и независимой жизни. Всего было выделено 22 вида деятельности в следующих областях: 1) самообслуживание; 2) осуществление домашней занятости; 3) взаимодействие в открытом социуме. Полученные результаты представлены на рисунке 1.6.

По мнению родственников, наиболее сложным для людей с деменцией является взаимодействие с окружающей средой (ориентация в пространстве, пользование общественным транспортом, посещение общественных заведений (поликлиника, магазин, почта и т.д.), осуществление покупок, платежей и т.д.). Все это свидетельствует о высоком риске социальной изоляции для людей с деменцией и указывает на необходимость подготовки персонала организаций, оказывающих услуги населению, к контакту с человеком с когнитивными нарушениями и деменцией.

На втором месте по сложности осуществления находятся задачи, связанные с ведением «быта» (приготовление пищи, поддержание порядка в жилом помещении) и самоорганизацией (прием лекарств, подбор одежды по сезону). Особую тревогу вызывают проблемы с использованием кухонного инвентаря, электрических и газовых приборов, поскольку данные проблемы напрямую касаются вопросов безопасности человека с деменцией и его окружения.

Менее обременительными для родственников оказались вопросы выполнения санитарно-гигиенических процедур (умывание, пользование душем, вытирание, уборка со стола посуды, прием пищи, пользование туалетом, заправка постели и т. п.). Это, по всей видимости, связано с преобладанием в опросе семей с людьми с легкой и умеренной степенью выраженности деменции (70 %), не испытывающих серьезных трудностей с выполнением несложных гигиенических процедур и повседневных дел.

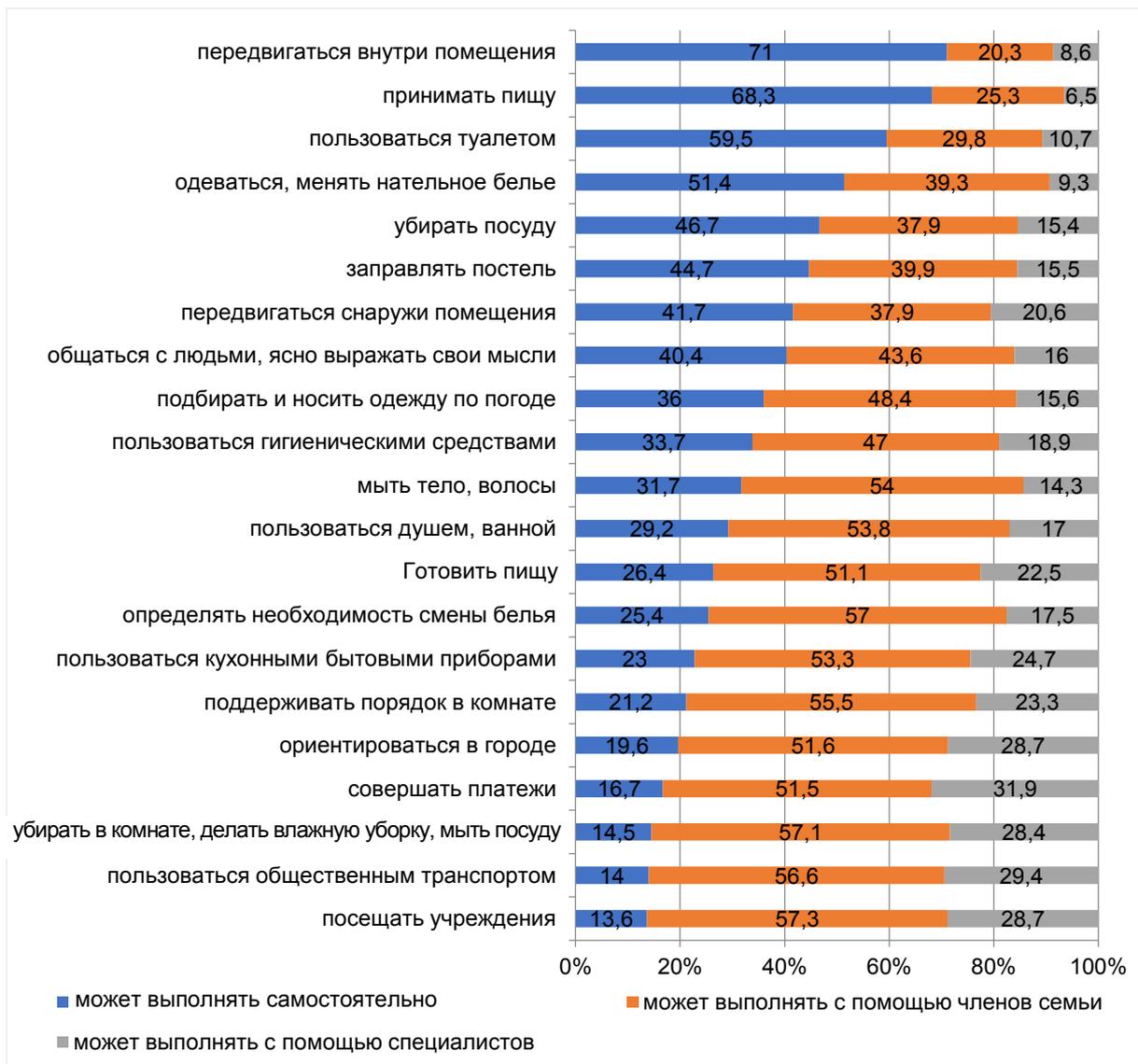


Рисунок 1.6 – Данные о возможности людей с деменцией самостоятельно осуществлять повседневные действия, %

В то же время нельзя не заметить, что осуществление практически всех повседневных видов деятельности пожилыми гражданами с деменцией требует целенаправленной помощи и поддержки со стороны близких родственников. Объем этой помощи по отдельным видам деятельности варьируется в пределах от 20 % до 57 %. Эти данные наглядно свидетельствуют о нуждаемости значительной части людей с деменцией в поддержке со стороны окружающих (родственников, соседей, волонтеров и др.). При этом во многих случаях нуждаемость в помощи специалистов по уходу является менее выраженной, что может являться следствием как неготовности членов семьи доверить заботу о пожилom человеке посторонним, так и недостаточного развития амбулаторных услуг для людей с деменцией.

Данные опроса подтверждают разную степень самостоятельности и, соответственно, нуждаемости в поддержке и уходе людей с разной степенью выраженности деменции (рисунок 1.7).

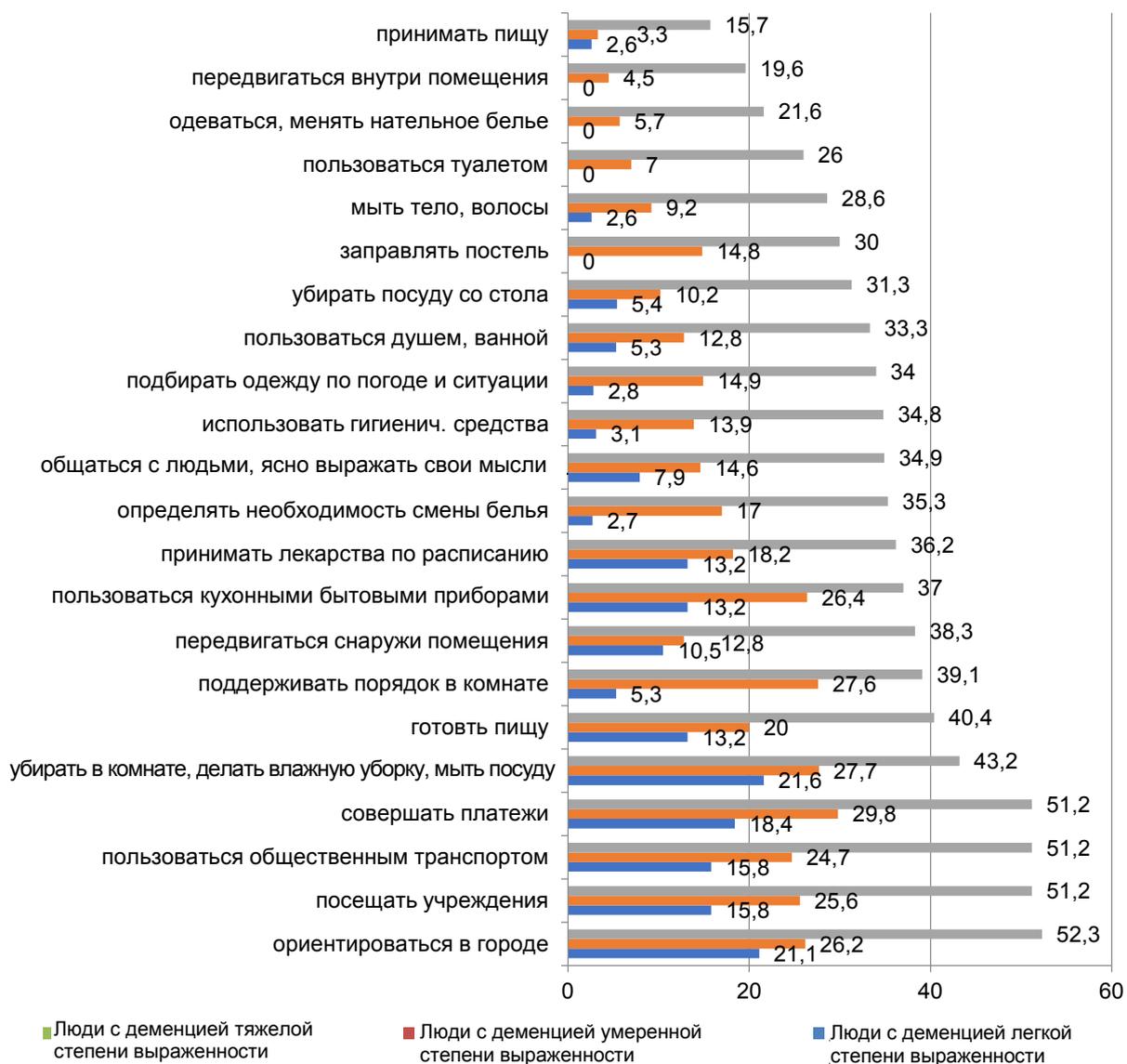


Рисунок 1.7 – Виды деятельности, которые граждане с деменцией различной степени выраженности могут выполнять только с помощью специалиста (социального или медицинского), %

*«В течение двух последних лет очень усугубилось. Она всё-таки первый год готовила, сама еще стирала, убирала, все делала, общалась. Сейчас она телефон не берет. Ей никто не звонит, она никому не звонит ни на сотовый, ни на домашний. Она раньше всегда мне звонила. А сейчас нет. Я два рубля плачу за телефон всего. Она раньше была такая эмоциональная, общительная. На протяжении двух лет усугубилось, но она не стала буйной. Память ухудшилась. Но она всё равно понимает, что что-то нельзя делать. Вот я на плите написала, что нельзя плиту включать. И она не включает.»<sup>20</sup> Из интервью Ирины.*

<sup>20</sup> Здесь и далее приведены цитаты из проведенных специалистами ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» интервью семей, в которых проживают люди с деменцией.

Соответственно, с увеличением тяжести деменции возрастает потребность людей с деменцией в помощи со стороны специалистов. При этом меняется содержание необходимой поддержки: от эпизодической помощи, сопровождения на прогулках, при посещении организаций и т. п. до оказания социально-бытовых услуг и помощи в осуществлении личной гигиены.

Увеличение потребности в помощи со стороны специалистов связано не только с ухудшением состояния человека по мере прогрессирования деменции, но также с постепенным исчерпанием ресурсов членов семьи и близкого окружения. Для того, чтобы это не привело к переселению члена семьи с деменцией в стационарное учреждение, необходимо развитие медицинских и социальных услуг, учитывающих реальные потребности как людей с деменцией, так членов их семей.

### ***Социально-демографическая характеристика семей, осуществляющих уход за людьми с деменцией***

Исследование показало, что в большинстве случаев за людьми с деменцией ухаживают близкие родственники (рисунок 1.8).

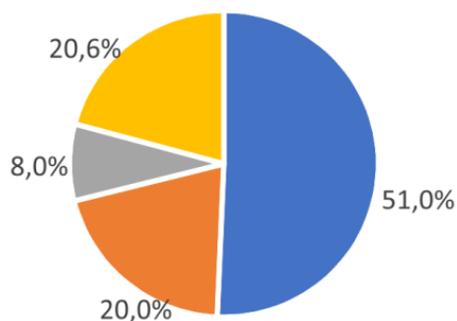
Уход за пожилыми гражданами с деменцией в семье в основном осуществляется их детьми (дочь, сын). Эта группа составляет свыше 70 %. На супружеский уход приходится всего 8 %, что можно объяснить, с одной стороны, возрастными особенностями пожилых граждан, когда супруги уже без посторонней помощи не могут заботиться друг о друге, либо естественным уходом из жизни одного из супругов.

Характерно и то, что весьма часто обязанность по уходу возлагается также на других членов семьи (20,6 %), среди которых сестры, внуки, племянники и др. Этот факт можно объяснить тем, что к уходу привлекаются те из родственников, кто имеет больше свободного времени и не обременен семейными заботами.

Следует подчеркнуть, что, в основном, семейный уход за пожилыми гражданами с деменцией осуществляют женщины (76 %). Данный факт является результатом двойного гендерного дисбаланса: с одной стороны, традиционно в белорусском обществе основное бремя нагрузки по уходу, т. е. неоплачиваемой домашней работы лежит на женщинах, с другой – именно женщины, в виду более низкого уровня оплаты труда и более раннего возраста выхода на пенсию в семьях, как правило, находятся в роли человека, который оставляет профессиональную деятельность ради заботы о близком человеке, в данном случае – с деменцией. Вовлечение в сферу ухода не только за детьми, но и за пожилыми людьми мужчин могло бы стать источником как выравнивания гендерных позиций в белорусском обществе, так и более эффективного использования человеческого и трудового потенциала как женщин, так и мужчин.

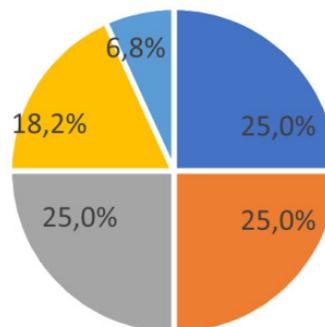
Возраст ухаживающих членов семьи варьируется в диапазоне от 22 лет до 91 года (рисунок 1.9). Средний возраст этих лиц – 53 года.

Лица трудоспособного возраста (до 60 лет), осуществляющие уход за пожилым членом семьи с деменцией, составили около 75 %.



■ дочь                      ■ сын  
■ муж, жена              ■ другие родственники

Рисунок 1.8 – Данные о членах семьи, ухаживающих за людьми с деменцией, %



■ от 22 до 44 лет              ■ от 44 до 53 лет  
■ от 53 до 60 лет              ■ от 60 до 70 лет  
■ от 70 до 91 года

Рисунок 1.9 – Возрастной состав членов семьи, ухаживающих за людьми с деменцией, %

Следует обратить внимание, что очень часто уход за людьми с деменцией осуществляют лица пенсионного либо предпенсионного возраста. При этом практически в каждой пятой семье ответственность за уход возложена на граждан пожилого возраста, а в 6,8 % семей – на граждан старше 70 лет, которые, вероятно, также имеют проблемы со здоровьем, а потому сами могут нуждаться в различных видах услуг и посторонней помощи.

В основном семьи, принявшие участие в исследовании, проживают в городской местности (81,9 %) (рисунок 1.10), Данная ситуация, вероятно, в значительной степени обусловлена, во-первых, большей активностью городских жителей (или их родственников), а также их большей информированностью в отношении симптомов деменции и необходимости ее лечения; во-вторых, значительная часть городских жителей в связи с заболеванием пожилых родственников, проживающих в сельской местности, забирает их на проживание и лечение к себе, в город. При этом обращаемость за медицинской и социальной помощью при деменции в сельской местности невысока из-за отсутствия необходимой информации о данной болезни, способах ее профилактики, путях лечения, либо вообще население пытается не замечать или скрывать изменения, которые наблюдаются в жизни пожилого человека. Этот момент имеет принципиальное значение и свидетельствует об актуальности информационно-образовательной работы среди широких слоев населения в сельском социуме в целом и среди целевых групп с тем, чтобы разрушить восприятие в обществе проявлений деменции как нормы старения.

В исследуемой выборке 139 ухаживающих членов семьи (47,1 %) указали на то, что проживают отдельно от пожилого родственника, за которым осуществляют уход (рисунок 1.11). Преимущественно речь идет о семьях, в которых у члена семьи имеются когнитивные нарушения, не достигшие стадии деменции, или деменция легкой степени выраженности.

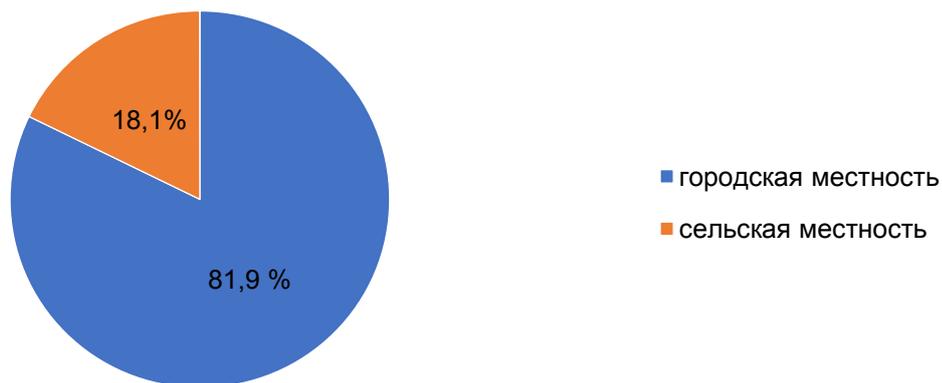


Рисунок 1.10 – Распределение семей, имеющих в составе человека с деменцией, по типу местности, в которой они проживают %

С одной стороны, данный факт является свидетельством возможности самостоятельного и независимого проживания людей с деменцией, в привычной домашней обстановке, с другой – необходимости развития нестационарного социального обслуживания для обеспечения достойного качества жизни людей с деменцией и их безопасности.

Количественный состав семей, проживающих совместно с членом семьи с деменцией, довольно неоднороден (рисунок 1.12). В большинстве случаев речь идет о семьях из 3-4-х человек, т. е. в этих семьях имеется группа лиц, которые в той или иной мере могут участвовать в обслуживании человека с деменцией. Основной вид услуг, который может быть востребован такими семьями – помощь консультанта по распределению обязанностей и поддержанию благоприятного психологического климата.

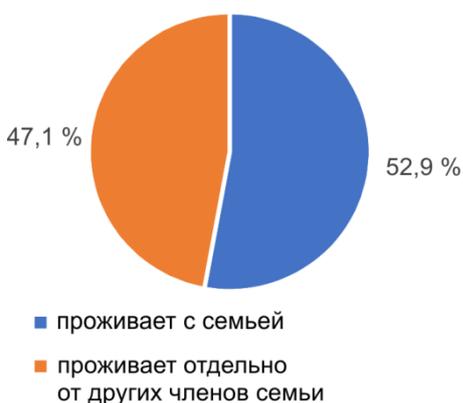


Рисунок 1.11 – Данные об условиях проживания людей с деменцией, %



Рисунок 1.12 – Распределение семей, проживающих совместно с человеком с деменцией, по численности членов семьи, %

Обращает на себя внимание число семей, состоящих из двух человек (пожилой гражданин с деменцией и ухаживающий за ним родственник). Их в исследовании насчитывается практически 36 %. Можно предполо-

жить, что данные семьи находятся в наиболее тяжелом положении из-за существующей нагрузки по уходу за человеком с деменцией и необходимости решения вопросов материального обеспечения жизни семьи. Для таких семей особое значение имеют услуги почасового надомного ухода или присмотра (сопровождения), а также развитие полустационарного обслуживания в форме центра дневного пребывания. Это позволит ухаживающему члену семьи совмещать трудовую деятельность и неформальный уход. Возможен и такой вариант, когда оба члена семьи являются пенсионерами по возрасту, в таком случае социальные услуги необходимы как одному, так и другому члену семьи.

Число несовершеннолетних лиц, проживающих в семьях с людьми с деменцией невелико – 15,8 % (24 семьи). Тем не менее, наличие практически в каждой 6 семье несовершеннолетнего указывает на целесообразность проведения информационных компаний по теме деменции для различных возрастных групп: проведенные исследования подтверждают, что, обладая знаниями и имея достаточно времени для контакта с пожилым человеком дети в большинстве случаев способны раньше других членов семьи увидеть изменение поведения пожилого человека и заподозрить наличие деменции.

#### ***Анализ материально-бытовых условий жизни семей и нагрузки по уходу за членами семьи с деменцией***

Вопросы качества жизни семей и проживающих в них лиц с деменцией во многом обусловлены их материально-бытовым положением. По данным исследования, из числа тех семей, которые проживают совместно с пожилыми гражданами с деменцией, 60,3 % (108 семей) имеют отдельное приватизированное жилье, 38 % (68 семей) – проживают в собственных домах и лишь 1,7 % (3 семьи) указали на проживание в съемном (арендном) жилье. Таким образом, практически все семьи обеспечены жильем.

В основном, люди с деменцией имеют для проживания отдельную комнату (85,7 %). Вместе с тем 25 семей (14,3 %) подтвердили совместное проживание в одной общей комнате с человеком с деменцией. Безусловно, в таких семьях психоэмоциональное напряжение является более высоким, что повышает риск поселения человека с деменцией в стационарное учреждение.

В ходе исследования изучались вопросы обеспеченности жилых помещений, где проживают люди с деменцией, специальным бытовым обустройством. На вопрос: «Необходимо ли для Вашего пожилого члена семьи специальное обустройство жилого помещения в связи с его заболеванием?», – ответили только 116 членов семей, т. е. 39 % респондентов от общего числа, участвовавших в исследовании. При этом 77 %, из числа этих ответивших, считают, что такое оборудование им не нужно вообще (рисунок 1.13).

При этом только 10 % респондентов (12 семей) подтвердили наличие необходимого обустройства. Еще у 41 семьи (37,1 %) жилые помещения частично оборудованы специальными приспособлениями для проживания человека с деменцией (рисунок 1.14).



Рисунок 1.13 – Мнение респондентов о необходимости специального обустройства жилья с учетом потребностей человека с деменцией, %

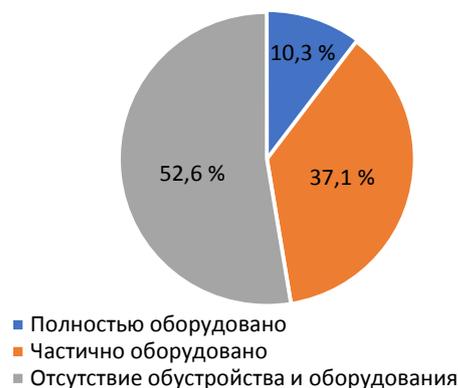


Рисунок 1.14 – Данные о наличии специального обустройства жилых помещений (при наличии такой необходимости), %

С одной стороны, ответы респондентов указывают на отсутствие выраженной потребности в специальном обустройстве жилья и возможности проживания человека в привычных домашних условиях (особенно при легкой выраженности деменции). С другой стороны, это косвенно указывает на отсутствие у родственников необходимых знаний об особенностях протекания деменции: деменция, как известно, связана с потерей пространственной и временной ориентации, памяти, поэтому для людей важно использование напоминаний и даже специальных приспособлений (датчиков, устройств безопасности), которые позволяют облегчить повседневную жизнедеятельность и снизить нагрузку на родственников. Этот вывод подтверждается рядом комментариев родственников, почему такое оборудование им не нужно: например, «человек является пенсионером», «не выходит на улицу» либо «такому пожилому человеку необходим только лифт». В этой связи в рамках проведения информационной работы следует особое внимание уделять вопросам формирования адаптивной, безбарьерной и безопасной среды для проживания граждан с деменцией, распространяя соответствующие тематические материалы для родственников и повышая доступность консультаций по данному вопросу (например, путем создания единой консультационной линии).

Общепризнано, что появление в семье человека с деменцией значительно увеличивает не только психологическую и физическую нагрузку, но и финансовую на остальных членов семьи. Удельный вес респондентов, чей доход в расчете на одного члена семьи отмечен ниже 170 рублей (т. е. ниже бюджета прожиточного минимума на момент проведения опроса, эквивалентно 85 у.е. по курсу Национального банка Республики Беларусь), составил 8,5 % (25 семей). Эти семьи согласно законодательству относятся к категории малообеспеченных. Следует отметить, что в целом согласно данным Национального статистического комитета Республики

Беларусь уровень малообеспеченности в среднем среди всех типов домохозяйств составил 5,7 %<sup>21</sup>. Полученные данные свидетельствуют о значительно более высоком риске малообеспеченности среди семей с людьми с деменцией.

Тем не менее, подавляющее большинство семей, имеющих члена семьи с деменцией, не относятся к категории малообеспеченных: основная доля указала, что размер их среднедушевого дохода составляет от 170 до 270 рублей (41,75 % или 123 семьи) либо от 280 до 400 рублей (34,9 % или 103 семьи). У оставшейся части семей (14,9 %) доход на одного члена семьи превышает 410 рублей (рисунок 1.15).

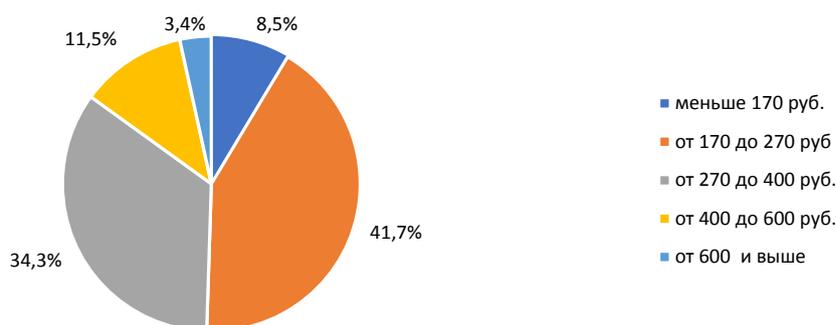


Рисунок 1.15 – Распределение семей с людьми с деменцией по уровню среднедушевых расходов, %

Можно предположить, что доходы семей в расчете на одного ее члена складываются в основном из пенсионного обеспечения самого человека с деменцией, а также того, кто совместно проживает с ним либо осуществляет родственный уход.

При этом размер среднедушевого дохода объясняется: во-первых, тем фактом, что в исследовании, в основном, участвовали городские жители, где пенсионные выплаты и заработная плата несколько выше; во-вторых, в составе большинства (84,2 %) семей отсутствуют несовершеннолетние дети (т. е. лица, находящиеся на иждивении); в-третьих, около трети (33,2 %) ухаживающих членов семьи также являются пенсионерами, т. е. получают ежемесячный доход, как правило, на уровне выше бюджета прожиточного минимума.

Вместе с тем, согласно оценкам семей, в среднем расходы в семье на пожилого гражданина с деменцией составляют не менее 30 % совокупного дохода (включая расходы на питание, покупку лекарств, оплату услуг и т. д.). Соответственно, семьи, ухаживающие за близким с деменцией, регулярно несут значительную материальную нагрузку, что, естественно, существенно снижает уровень их материального благополучия и уровень жизни в целом.

<sup>21</sup> Уровень малообеспеченности населения [Электронный ресурс] / Национальный статистического комитета Республики Беларусь. – Режим доступа : [http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/uroven-zhizni-naseleniya/graficheskii-material-grafiki-diagrammy\\_13/uroven-maloobespechennosti-naseleniya/](http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/uroven-zhizni-naseleniya/graficheskii-material-grafiki-diagrammy_13/uroven-maloobespechennosti-naseleniya/). – Дата доступа : 29.01.2019.

Повышение уровня материальной обеспеченности семей с людьми с деменцией возможно либо путем осуществления целевой поддержки таких семей (через систему льгот на лекарства и средства ухода, выплату материальной помощи, предоставление бесплатных услуг и т. д.), либо за счет создания условий для совмещения членами семьи неформального ухода за близким с деменцией и трудовой деятельности.

Согласно результатам опроса, более половины ухаживающих членов семей осуществляют трудовую деятельность (рисунок 1.16). Это говорит, с одной стороны, о наличии у родственника либо легкой степени деменции, что позволяет последнему осуществлять самостоятельное проживание и собственное обслуживание при периодическом наблюдении и предоставлении необходимой помощи. С другой стороны, о возможности совмещать уход и при более тяжелой выраженности деменции либо привлекать к уходу посторонних лиц. Выходом для семей здесь является смена рода и вида деятельности: например, переход на неполную занятость (7,4 %), работу на дому (2,0 %) или разовые подработки (1,7 %). Как правило, это влечет за собой ухудшение материального положения семьи, поскольку те, кто трудится неполный рабочий день либо выполняют разовую (надомную) работу, как правило, имеют невысокие заработки. В то же время почти половина (47,5 %) ухаживающих членов семьи работают полный рабочий день, что может обуславливать недостаток времени на качественное удовлетворение потребностей как человека с деменцией, так и своих собственных, а также приводить к ухудшению психологического микроклимата в семье.



Рисунок 1.16 – Данные о трудовой занятости членов семьи, ухаживающих за человеком с деменцией, %



Рисунок 1.17 – Данные о желании неработающих членов семьи, ухаживающих за близким с деменцией, вернуться к трудовой деятельности, %

Особое внимание следует обратить на то, что в семьях, имеющих в своем составе людей с деменцией, 41,5 % ухаживающих членов семьи не включены в полноценный трудовой процесс, что, естественно, ухудшает их материальное положение. При этом около 8,3 % не работают временно и не находятся на пенсии. При этом, как правило, речь идет о женщинах, вынужденных полностью или частично оставить трудовую деятельность ради ухода за пожилым родителем. Построение профессиональной системы поддержки людей с деменцией (например, за счет развития полустационарных форм обслуживания для пожилых) могло бы стать источником не только улучшения ситуации в области гендерного равенства, но и ситуации на рынке труда страны за счет: во-первых, возвращения к трудовой деятельности ухаживающих членов семьи, во-вторых, за счет создания новых рабочих мест в сфере оказания услуг по уходу. Востребованность последних не только среди женщин, но и среди мужчин зависит как от повышения престижа профессии социального работника, так и устранения гендерных стереотипов в сфере занятости.

Ответы ухаживающих членов семьи, которые в настоящее время не работают, на вопрос о желании у них возобновить трудовую деятельность, если пожилой член семьи будет обеспечен надлежащим уходом, разделились практически поровну (рисунок 1.17). Одни (45 %) считают возможным продолжать трудовую деятельность, другие (43 %) считают необходимым заниматься только уходом за пожилым гражданином, мотивируя последнее семейным долгом. Среди ответов в категории «другое» встречались: «если смогу найти работу», «возможность помещения пожилого гражданина в стационар», «если кто-то из родственников оформит пособие по уходу за пожилым гражданином».



Рисунок 1.18 – Условия, при которых неработающие родственники готовы возобновить трудовую деятельность, человек

Неготовность к возобновлению трудовой деятельности родственники объясняют, во-первых, наличием морального долга и родственной обязанности по уходу за пожилыми членами семьи, во-вторых, тем фактом, что возобновление трудовой деятельности потребует организации постороннего ухода. К такой форме обслуживания многие семьи не готовы из-за необходимости оплаты. Это потребует от семьи дополнительных финансовых затрат в отличие от родственного обслуживания на дому. В-третьих, в некоторых семьях, как было отмечено выше, уход осуществляется лицами пенсионного возраста.

С другой стороны, имеется группа семей, которая готова возобновить трудовую деятельность при условии обеспечения постороннего ухода за пожилыми гражданами (дневной стационар, почасовой уход). Указанные семьи пока не составляют большинство. Вероятной причиной является тот факт, что такие формы обслуживания (виды услуг) еще не получили массового распространения, и не выработаны подходы к порядку и условиям их предоставления.

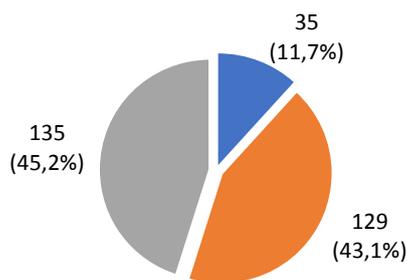
На прямой вопрос анкеты об условиях, при которых ухаживающие родственники готовы возобновить трудовую деятельность, ответы распределились следующим образом (рисунок 1.18).

Таким образом, большинство членов семьи заинтересованы в условиях, которые позволят совмещать уход за пожилым гражданином и трудовую деятельность (14 человек или 35 % из числа тех, кто готов возобновить трудовую деятельность). Также 20 % ухаживающих родственников готовы возобновить трудовую деятельность при обеспечении временного постороннего ухода на дому. Полученные данные свидетельствуют о желании семей максимально продлить период проживания родственника с деменцией в привычной домашней обстановке.

Следует отметить, что отдельные ухаживающие члены семьи обращали внимание на то, что возобновить трудовую деятельность им не позволяет собственное состояние здоровья и (или) наличие инвалидности (вариант ответа «другое»). Это еще раз говорит о необходимости организации комплексной поддержки семьи, а не только непосредственно человека с деменцией.

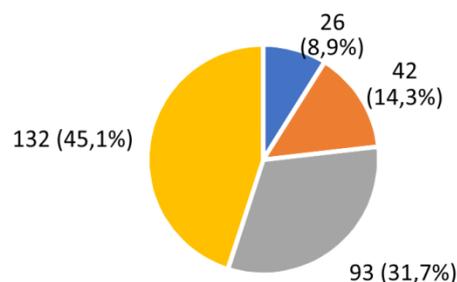
### ***Информированность семей о деменции***

Как показал опрос, до момента обнаружения данного синдрома у близкого человека респонденты имели довольно поверхностное представление о деменции: только 11,7 % семей довольно много знали о деменции до возникновения данного синдрома у близкого родственника (рисунок 1.19). При этом большинство (45,2 %) вообще не имели никакого представления о деменции. Данный факт имеет негативное значение поскольку снижает готовность членов семьи распознать синдром на ранней стадии, когда наиболее эффективны различные поддерживающие память виды деятельности, и подчеркивает актуальность просветительских кампаний для широких слоев населения, в том числе через СМИ, социальную рекламу, специальные каналы в интернет.



- Да, знал довольно много по данному вопросу
- Да, кое-что слышал
- Нет

Рисунок 1.19 – Распределение членов семей по уровню информированности до проявления деменции у близкого человека, человек (%)



- Могу подробно рассказать о деменции, особенностях ухода и др.
- Могу перечислить наиболее частые симптомы
- Могу рассказать о деменции в общих словах
- Знаю только конкретную информацию, которая нужна для ухода

Рисунок 1.20 – Распределение членов семей по уровню информированности о деменции в настоящее время, человек (%)

Следует подчеркнуть, что прогрессирование деменции у члена семьи в большинстве семей не сопровождается существенным повышением уровня информированности. Только 8,9 % респондентов, имеющих в семьях пожилых граждан с деменцией, имеют более глубокое представление о деменции как заболевании и способах поддержки и помощи людям с деменцией, а в большинстве (45,1 %) владеют лишь практически значимой информацией (рисунок 1.20).

*«Самая большая беда, с которой семья сталкивается на начальном этапе, – это абсолютное незнание, что такое деменция. И слово само не знакомое, и что с этим делать неясно, и как собой управлять, непонятно.» Из интервью Анжелики.*

*«Сначала я приняла ситуацию не разумно. Потому что мне казалось, что здесь идет лень у свекрови. Она привыкла, что приходит социальный работник и делает все за нее. Я хотела, чтобы она всё это сама делала. И я не понимала, что это болезнь. Мне казалось по процентам: 40 % болезни, 30 % хитрости, 30 % – лени. Вот так я воспринимала. А теперь я вижу, что это не так, что она реально забывает. Она не помнит, как только что говорила по телефону. Сейчас я начала убеждаться, что это болезнь. И я хочу понять, как проходит эта болезнь.» Из интервью Ирины.*

Несмотря на очевидный дефицит знаний о деменции, только чуть более половины (173 человека или 57,8 %) респондентов выразили желание повысить свою компетентность в отношении понимания специфики деменции, способов ее лечения, профилактики, а также развития умений по уходу и взаимодействию с гражданами, имеющими деменцию (рисунок 1.21).



Рисунок 1.21 – Распределение данных о потребности ухаживающих родственников в дополнительных знаниях о деменции, человек (%)

При этом 126 (42,2 %) респондентов считают, что не нуждаются в дополнительной информации. Такой факт может быть обусловлен, прежде всего, неверием в то, что новые знания и умения позволят изменить сложившуюся ситуацию в семье. Такие ответы указывают на значимость развития не только консультационной линии для родственников, где можно было бы получить квалифицированные рекомендации с учетом меняющейся ситуации и прогрессирования деменции, но также сервисов в области психологической поддержки и площадок взаимопомощи.

*«Пока у нас нет ярко выраженных процессов, я стараюсь не читать лишнего, чтобы не загружаться. Если я увижу, что мне надо почитать какую-то литературу, конечно же, я почитаю. Но так, чтобы сидеть в интернете и изучать заболевание... я не врач и думаю, это не принесет какой-то большой пользы.» Из интервью Натальи.*

*И я хочу понять, как проходит эта болезнь. Понять, чтобы правильно с ней общаться, работать. У нее передо мной страх за это время образовался. За то время, когда я не понимала, что это болезнь. И слишком много от нее требовала. На данный момент я должна войти в ее положение, в ее болезнь. Я хочу изучить эту болезнь, чтобы мне было легко, и ей было со мной легко.» Из интервью Ирины.*

Фактом, подтверждающим недостаточную осведомленность, например, о симптомах деменции, являются данные о первичном обращении за помощью к специалистам по поводу наличия у близкого человека симптомов деменции (когнитивных нарушений) (рисунок 1.22): практически 60 % родственников обратились за помощью к специалистам по поводу наличия симптомов деменции у родственника лишь в течение года или даже спустя год и более. Вместе с тем общепризнано, что и лечение, и психосоциальные тренинги являются наиболее эффективными на начальной стадии деменции, поэтому именно ранняя диагностика является ключом к продлению периода независимой жизни человека.

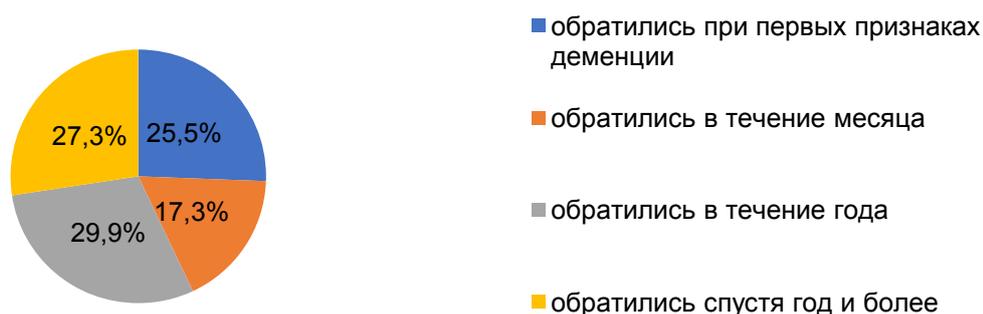


Рисунок 1.22 – Распределение семей по продолжительности периода, прошедшего с момента обнаружения симптомов деменции до обращения за специализированной помощью, %

*«Года 3 тому назад начало проявляться в том, что он стал забывать. Порой, вел себя (я замечала уже) как бы неадекватно, понимаете. Делал не то, скорее всего. Не отвечал, а делал. Допустим, он такой интеллигентный человек, а позволял себе хамство порой. Я тогда к неврологу срочно обратилась.» Из интервью Елены.*

*«Самое ужасное, что начальный этап происходит незаметно. Незаметно для окружающих у человека появляется забывчивость, какие-то моменты некорректного поведения по отношению к другим, но человек в это время еще вполне разумен, он понимает, что что-то сделал не так, что-то забыл, чувствует неловкость и старается это скрывать. И вот эта скрытая фаза – самая коварная, так как в этот период мы очень многое упускаем. В частности, у меня, как у заботливой дочери, было желание окружить вниманием свою мать. Я понимала, что многим ей обязана, и в свою очередь стремилась сделать ее жизнь легче и комфортнее, избавить от любых забот. И в этом состояла моя главная ошибка. Пытаясь облегчить ей жизнь, я на самом деле лишила ее возможности принимать самостоятельные решения, совершать самостоятельные действия, нести определенные нагрузки, в том числе и физические. Я окружила ее такой гиперзаботой, которая наоборот усугубила ее состояние.» Из интервью Анжелики.*

*Я заметила это лет 5 назад. Но я, не будучи специалистом, не могла понять, в чем дело. Я стала обращать внимание, что не могу ей дозвониться по мобильному телефону. Хотя до этого она с телефоном не расставалась. А тут однажды мне позвонили какие-то люди со словами: «Мы нашли телефон. Мы решили позвонить, потому что это был первый номер, который мы набрали». Еще момент самый важный, который перевесил все. У нее лекарств не много. Она принимает только от давления лекарства. Но, поскольку она забывает, что принимала, в один прекрасный момент напирималась до скорой помощи... Но к врачам мы пока не обращались. Именно по поводу этого заболевания не обращались» Из интервью Натальи.*

Исследование также показало, что, как правило, семьи при обнаружении симптомов деменции (когнитивных нарушений) у членов семьи обращаются в поликлиники по месту проживания (87,2 %) (рисунок 1.23).



Рисунок 1.23 – Распределение семей по месту первого обращения при обнаружении симптомов деменции, человек (%)

Гораздо реже (только в 8,9 % случаев) родственники обращались в специализированные организации здравоохранения (например, психиатрический диспансер). Третьим по значимости каналом обращения являются родственные контакты либо поиск знакомых специалистов (врачей, социальных работников) в целях получения консультации по решению возникшей проблемы (4,3 %). Первичное обращение в государственные и негосударственные организации в области социального обслуживания является крайне редким. Также в отдельных случаях родственники указали на поиск информации и консультаций в сети Интернет (категория «другое»).

Следовательно, подавляющее большинство семей (97,1 %) в ситуации возникновения признаков деменции обращаются в организации системы здравоохранения, что вполне оправдано, учитывая необходимость, в первую очередь, диагностирования деменции и назначения лечения. Однако данный факт свидетельствует об актуальности, во-первых, вопроса компетентности врачей, особенно первичного звена, их готовности рассматривать пожилых людей как субъектов помощи и выступать в роли консультантов, а, во-вторых, налаживания межведомственного взаимодействия, т. е. в обеспечении дальнейшего сопровождения, консультирования, поддержки семьи в ситуации деменции.

Соответственно, наблюдается слабая осведомленность семей о возможностях организаций, оказывающих социальные услуги. Возможно, это связано, с одной стороны, с отсутствием сложившейся целостной системы межведомственного сотрудничества по оказанию помощи и обслуживанию указанной категории граждан. С другой стороны, недостаточно развита система информирования населения о возможностях получения различных

услуг как в системе медицинских учреждений, так и учреждений социального обслуживания. Оказалось, что в этой связи семьи практически не используют возможности интернета, специальных сайтов в целях развития информированности о деменции, способах ее профилактики, налаживания общения с другими семьями для обмена и приобретения опыта ухода и обслуживания.

Таким образом, очевидна недостаточность информирования населения в части формирования необходимой геронтокультуры и вопросов психического здоровья. Система информированности должна развиваться таким образом, чтобы формировать у населения не только знания, но и практические умения по выявлению первых симптомов деменции, ее профилактики, организации и нормализации семейной жизни в создавшихся условиях.

Вместе с тем необходимо развивать и систему специальной информационно-образовательной среды для родственников и близких людей, ухаживающих за пожилыми гражданами, в целях формирования не только представлений о специфике деменции, но и способах медико-социальной профилактики, помощи и поддержки, которые будут расширять возможности пожилого человека, а не способствовать его возрастной дискриминации.

### ***Анализ сложившейся практики социального обслуживания людей с деменцией***

Согласно результатам исследования, основная тяжесть по уходу за пожилыми гражданами с деменцией ложится на членов семьи вне зависимости от того, проживает ли человек с деменцией совместно с семьей или самостоятельно: на это указали 63,2 % респондентов (рисунок 1.24).



Рисунок 1.24 – Данные о лицах, участвующих в обслуживании людей с деменцией, человек, %

Вместе с тем наряду с семьей к оказанию необходимой помощи довольно активно привлекаются социальные работники (32,4 %), соседи и друзья (11,5 %), медицинские работники (11,1 %). Ряд респондентов от-

метили, что они получают помощь из нескольких источников одновременно. К сожалению, никто не указал на предоставление помощи общественными организациями, хотя в исследовании были опрошены и семьи, которые находятся под патронажем ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» (8 семей).

Социальное обслуживание, в основном, осуществляется в виде оказания услуг социальным работником на дому или услуг сиделки.

Соседская помощь осуществляется, как правило, по просьбе родственников в ситуациях, когда человек с деменцией проживает отдельно от семьи, либо когда члены семьи временно отсутствуют (трудовая занятость, посещение магазина и т. д.). Однако такой вид помощи возможен лишь в том случае, если между соседями сложились дружеские отношения, и когда соседи выражают добровольное согласие осуществлять помощь и поддержку.

В случае ухудшения состояния человека с деменцией ухаживающие родственники обращаются преимущественно в медицинские учреждения (рисунок 1.25).



Рисунок 1.25 – Данные об обращении семей за посторонней помощью в случае ухудшения самочувствия человека с деменцией, человек, %

Вместе с тем вызывает опасения, что ряд семей, вероятно в силу недостаточной компетенции, предпочитают решать вопросы ухудшения состояния пожилого гражданина с деменцией посредством «обращения к родственникам» (4,1 %), «употребления известных медицинских препаратов» (17,6 %) или надеются, что «организм самостоятельно справится с возникшим рецидивом» (3,7 %). В совокупности на долю таких семей приходится практически 25 %. Наличие возможности получения компетентной консультации или предоставление услуг патронажа (патроната) снизило бы для семей риски наступления негативных последствий.

Довольно незначителен удельный вес обращения за помощью в такой ситуации в учреждения социального обслуживания и общественные организации (0,3 %). Вероятно, из-за отсутствия информации в семьях

о возможности осуществления такими структурами необходимых социальных услуг. При этом, хотя социальные работники, как было отмечено выше, в ряде случаев осуществляют надомное обслуживание таких граждан, они не подготовлены оказывать специализированную помощь.

В целом, как правило, семьи стараются обращаться за помощью в несколько различных учреждений одновременно, что подтверждается выбором нескольких позиций в ответе на данный вопрос.

В исследовании проанализированы также показатели частоты обращения семей за помощью в различные учреждения и организации в интересах пожилого человека с деменцией. К сожалению, не все семьи посчитали необходимым ответить на данный вопрос.

Чаще всего семьи обращаются в медицинские учреждения за предоставлением медицинских услуг. Причем речь идет как о поликлиниках, так и стационарных учреждениях (рисунок 1.26).

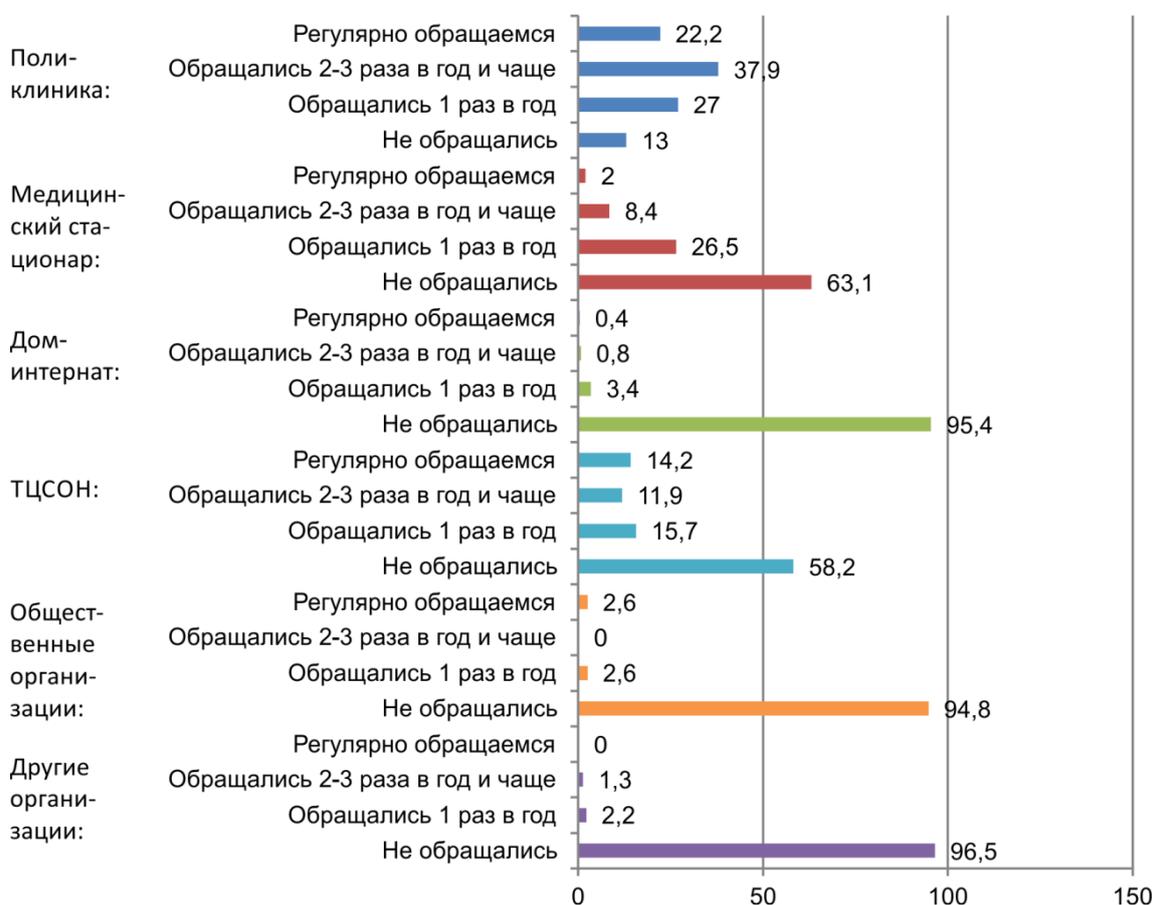


Рисунок 1.26 – Частота обращения родственников в организации за помощью для пожилого члена семьи с деменцией, %

На втором месте по частоте обращений – ТЦСОН. Сюда за помощью «регулярно» обращаются 14,2 % семей, «два-три раза в год» – практически 12 % семей. Эти данные говорят об определенной востребованности услуг, которые оказываются данными учреждениями для пожилых граждан с деменцией.

Столь незначительный процент обращений в стационарные учреждения социального обслуживания можно объяснить тем, что данный контингент граждан с деменцией проживает в домашней среде, т. е. преимущественно ориентирован на помощь специалистов нестационарных учреждений социального обслуживания, организаций здравоохранения и т. п.

Вместе с тем, некоторые стационарные учреждения в настоящее время начинают оказывать социальные услуги и в нестационарной форме, что в перспективе может быть востребовано как пожилыми гражданами, так и членами их семей. Например, в перспективе стационарные учреждения социального обслуживания могут рассматриваться как база для организации отделений дневного или временного пребывания, услуг по временной передышке для пожилых граждан с деменцией, проживающих на дому.

Данные об удовлетворенности услугами, оказываемыми перечисленными выше организациями и учреждениями пожилым гражданам с деменцией и их семьям, представлена на рисунке 1.27.

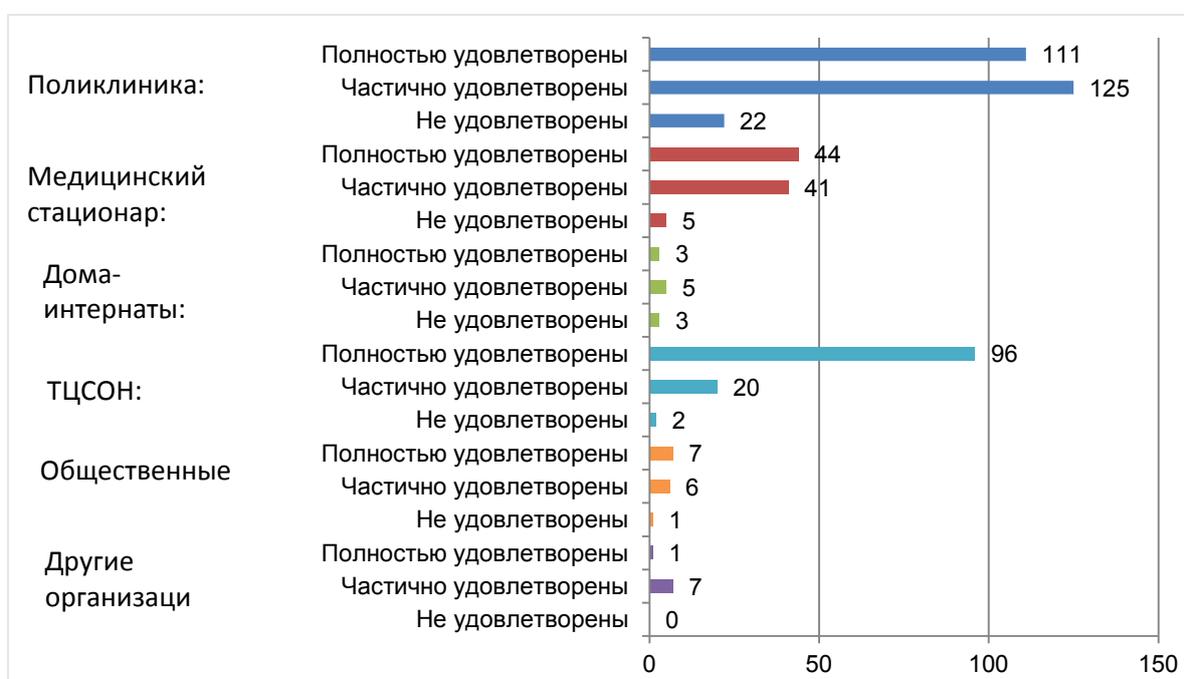


Рисунок 1.27 – Оценка удовлетворенности услугами организаций, в которые обращались родственники за помощью для пожилого члена семьи с деменцией, человек

Ответы на данный вопрос свидетельствуют о неполной удовлетворенности семей обслуживанием пожилых граждан с деменцией в поликлинических организациях, куда обращаемость довольно высока. В открытых вопросах респонденты объясняют это «очередями на прием к врачу», «нехваткой талонов к специалистам», «равнодушием и непрофессионализмом работников», «невозможностью получать медицинские услуги на дому» и др.

Что касается оценки оказания социальных услуг ТЦСОН, то следует отметить, что среди обратившихся членов семей большинство (96 чело-

век) положительно оценивают деятельность этих структур в отношении граждан с деменцией. При этом только 2 человека высказали неудовлетворенность.

Среди других организаций, в которые обращались семьи с людьми деменцией, органы по труду, занятости и социальной защите, психоневрологический диспансер. Их деятельностью респонденты удовлетворены частично.

Тем не менее, учитывая низкий удельный вес семей, регулярно обратившихся в указанные учреждения, представленные данные об удовлетворенности услугами не являются в полной мере репрезентативными.

*«С чем мы столкнулись? Не скажу, что это было хамство, но была, как минимум, грубость. Я услышала в свой адрес обвинения, что плохо обращаюсь со своей матерью, угнетаю ее, что так нельзя... От другого доктора мы увидели прямо противоположную реакцию. Он сразу безапелляционно заявил: «Это к психиатру, это в Новинки! А будет нужно, и психбригаду вызовете». Это было сказано громко, при ней, при человеке, который пока еще в состоянии понимать смысл сказанного. После этого визита у меня был такой шок, что мы еще, наверно, около двух лет не обращались к врачам, пытаюсь справляться самостоятельно.»*  
*Из интервью Анжелики.*

### ***Потребности людей с деменцией и членов их семей, а также перспективные направления социальной политики и системы поддержки***

С целью выявления их потребностей респондентам было предложено самостоятельно сформулировать одну наиболее значимую проблему, решение которой важно, с одной стороны, для улучшения качества жизни человека с деменцией, а с другой, – семьи, осуществляющей уход.

К сожалению, на вопрос о проблемах, решение которых важно для повышения качества жизни самого человека с деменцией, пожелали ответить только 92 респондента, т. е. третья часть выборочной совокупности.

В результате обобщения и структурирования первичных данных были выделены перечисленные ниже блоки проблем и соответствующих приоритетов. Следует иметь в виду, что представленные формулировки проблем и приоритетов базируются на ответах на открытый вопрос анкеты, поэтому, несмотря на систематизацию, варианты ответа даны в изложении, близком к оригиналу, с целью сохранения первичного смысла.

*Первый блок проблем обусловлен состоянием и качеством социального обслуживания, осуществляемого как в стационарных, так и в нестационарных учреждениях. Для повышения качества социального обслуживания людей с деменцией, по мнению респондентов прежде всего необходимо: 1) предоставить возможность получать социальные услуги в различных вариантах (услуги отделений дневного пребывания, почасовой, патронажный, круглосуточный уход); 2) сделать более доступными услуги*

сиделки (под которыми, как правило, подразумеваются услуги по уходу за людьми с деменцией, необязательно утратившими способность к передвижению); 3) развивать систему услуг по профилактике и организовать систему специализированного ухода в форме «детского сада для пожилых граждан с деменцией» либо специальных интернатов, либо отделений дневного, временного пребывания при стационарных (нестационарных) учреждениях социального обслуживания; 4) оказывать содействие в решении проблем одиночества пожилых граждан с деменцией посредством создания условий для их общения, занятости и т. д.; 5) развивать систему волонтерской помощи и поддержки, в том числе и на уровне соседского взаимодействия. Озабоченность этими проблемами выразили практически 40 % респондентов.

*«Какая помощь нужна? И знания, и другое тоже. Но, больше знания. Если я буду внутренне больше знать, то психологически буду больше готова. Буду знать, как себя вести. Психологически тоже. Это будет мое спокойствие, моя уравновешенность. Мы сейчас разговариваем, и у меня уже спокойней на душе. Физически... чтобы на выходные дни была помощь. И материально. Я тогда вообще была бы душевно спокойным человеком. А мое спокойствие отдается и ей. Хочу вывезти ее в санаторий, чтобы она была с людьми, проявила интерес. Там лес, озеро, люди, движения, танцы... Чтобы могла зайти в столовую, где много людей. Важно, чтобы ещё была такая поддержка. Ощущение, что не одна. Важна поддержка и принятие, чтобы не было безразличности в отношении». Из интервью Ирины.*

**Второй блок – проблемы медицинского характера.** Они довольно часто встречаются в ответах респондентов и рассматриваются как одно важнейших условий повышения качества жизни людей с деменцией. Среди основных проблем в области здоровья и здравоохранения выделены: 1) отсутствие необходимых медицинских препаратов либо их высокая стоимость, 2) необходимость расширения перечня лекарственных препаратов, подлежащих льготной оплате; 3) необходимость улучшения медицинского ухода и качества медицинского обслуживания; 4) необходимость повышения деонтологической культуры медицинского персонала; 5) необходимость организации постоянного (круглосуточного) медицинского ухода; 6) необходимость посещения на дому врачей узких специальностей; 7) необходимость оказания своевременной медицинской помощи; 8) необходимость установления правильного диагноза и назначение соответствующего лечения, 9) необходимость развития системы реабилитационных услуг в стационарных медицинских учреждениях для указанной категории граждан; 10) нуждаемость в услугах по диагностике заболевания на ранних стадиях и выявлению преддементного состояния.

*«Семье с человеком с деменцией крайне необходима помощь извне. К сожалению, этой помощи извне на сегодня»*

*ний день практически нет. Первое – необходимость в грамотной качественной консультации».*

*«Специалисты не должны делать прогнозы, но они должны рассказать членам семьи, что происходит, и как с этим справляться. По незнанию я наделала много ошибок, и удивительно, что моя семья вообще не распалась в сложившихся обстоятельствах». Из интервью Анжелики.*

**Третий блок – финансовая поддержка людей с деменцией и ухаживающих за ними близких людей.** В данном аспекте наиболее значимыми вопросами, решение которых важно для повышения качества жизни пожилых граждан с деменцией, являются: 1) повышение пенсионного обеспечения в целях улучшения материального положения пожилого гражданина с диагнозом «деменция»; 2) повышение размера пособия по уходу за пожилым гражданином с деменцией; 3) предоставление возможности назначения пособия по уходу одному из членов семьи, достигшему пенсионного возраста; 4) возможность приобретения реабилитационных средств на льготных условиях; 5) выделение денежных средств на оплату сиделки, 6) обеспечение льгот по оплате коммунальных услуг и др.

Таким образом, для повышения уровня и качества жизни людей с деменцией требуется решение целого комплекса медицинских, социальных, финансовых проблем, что невозможно без обеспечения тесного межведомственного взаимодействия.

Основные проблемы, решение которых наиболее значимо для улучшения качества жизни семьи, представлены на рисунке 1.28. На данный вопрос, к сожалению, ответили лишь 59 человек, что составило около 17 % общего числа респондентов, участвовавших в исследовании. Анализ ответов позволил их ранжировать по степени значимости.

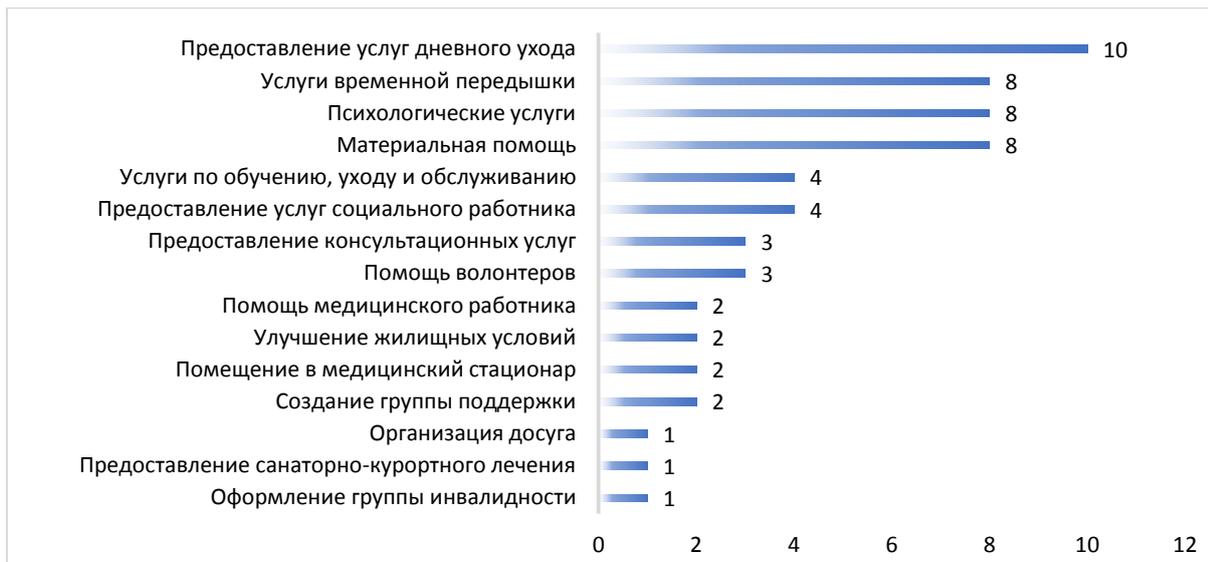


Рисунок 1.28 – Данные о проблемах и потребностях семей, осуществляющих уход за близкими с деменцией, человек

Как можно заметить, основной проблемой для ухаживающих членов семей является нуждаемость в *организации дневного ухода, а также услуг временной передышки*. Это обусловлено тем, что наличие родственника с деменцией является серьезным испытанием для семьи. В этой связи предоставление выше перечисленных услуг позволит членам семьи, с одной стороны, заниматься трудовой деятельностью, а с другой – иметь определенное время для эмоциональной, физической разгрузки, снятия чувства усталости и постоянного психического напряжения, уменьшит социальную изоляцию. Кроме того, так как уход за пожилыми гражданами часто осуществляется, как мы отмечали ранее, гражданами предпенсионного либо пенсионного возраста, то, по мнению многих исследователей, хронический стресс лично для них служит своеобразным катализатором, также обуславливая возникновение деменции или иных заболеваний.

*«До посещения (Дневного центра) мама была более грустная. Естественно, немножко депрессивная. А сейчас, когда у нее есть гарантированное общение хотя бы раз в неделю, у нее не так часто меняется настроение. Она настраивается на общение. Сегодня среда, она с завтрашнего дня начнет настраиваться на пятницу. Она продумывает, что ей надеть, продумывает прическу, с удовольствием приводит себя в порядок, чтобы выйти в люди». Из интервью Натальи.*

*«Вы знаете, он очень ждет занятий. Но я ему заранее не говорю, потому что он всю ночь не будет спать тогда. И я не буду спать из-за него. Поэтому я его ставлю перед фактом». Из интервью Елены.*

Актуальны для семьи и *психологические проблемы*, что обусловлено не только психическим напряжением, которое складывается в диаде «ухаживающий и человек с деменцией», но и системой межличностных и внутрисемейных отношений, приводящих к возникновению конфликтных ситуаций, депрессивного состояния внутри семьи. Более того, поведение и депрессивное состояние ухаживающих, по мнению многих исследователей, негативно сказываются на самочувствии непосредственно самих пожилых граждан. В этой связи предоставление социально-психологических услуг поможет решать перечисленные проблемы.

*«Мне до сих пор обидно. Я это не приняла до конца. Потому что я помню его другим человеком. Помню, понимаете. И мне очень обидно. Я принять это до конца не могу, когда он называет внука папой. «Папа мне купил красивые туфли. Я его очень люблю, и папа меня любит». Он сказал так про внука – и у меня внутри просто все задрожало». Из интервью Елены.*

К числу значимых отнесены и *материальные проблемы*, обусловленные финансовыми затратами на покупку лекарственных средств, средств гигиены, оплату услуг сиделки и т. д. Однако эти проблемы, среди ответивших на вопрос, не являются доминирующими.

Актуальны для семей *проблемы в сфере обучения и освоения навыков по уходу, обслуживанию и взаимодействию* с людьми с деменцией. Семьи в этой связи предлагают развивать систему информационно-консультационных услуг, организовывать группы поддержки, позволяющие общаться с другими семьями, имеющими подобные проблемы, развивать систему волонтерских услуг.

Рассчитывают семьи и на *развитие социальных услуг, направленных на стимулирование активности самих людей с деменцией*, включая организацию досуга, занятости, использование немедикаментозных методов в целях содействия адаптации к сложившейся жизненной ситуации, предоставление возможности получать санаторно-курортное лечение совместно с сопровождающим и др.

Для объективной оценки ситуации в семьях, имеющих в своем составе людей с деменцией, использовалась широко известная как в зарубежной, так и отечественной практике методика «Шкала обремененности родственников» (Caregiver Burden Scale). К сожалению, полностью (без единого пропуска) шкалу заполнили только 2/3 респондентов (198 человек). Интерпретация их ответов в соответствии со стандартной методикой свидетельствует, что, хотя в исследовании отмечается высокий удельный вес респондентов с деменцией легкой степени или неподтвержденной деменцией (когнитивные нарушения), только для 18,7 % семей характерна небольшая степень нагрузки или ее отсутствие. У 40,9 % респондентов нагрузка, связанная с уходом за членом семьи с деменцией, находится в диапазоне от умеренной до тяжелой и очень тяжелой (рисунок 1.29).

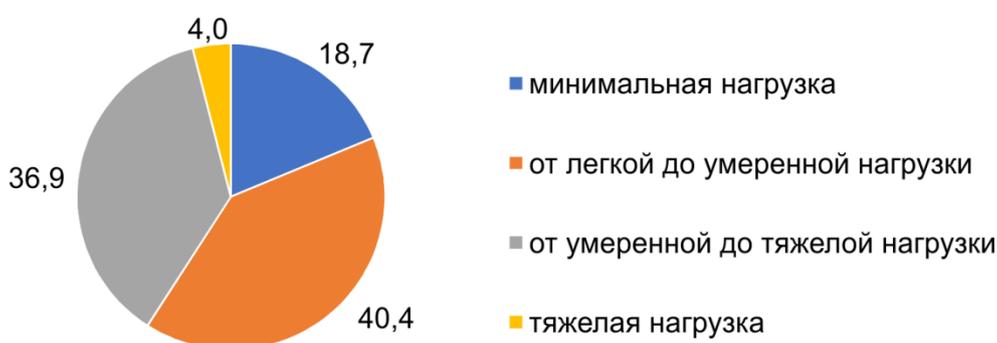


Рисунок 1.29 – Распределение семей в зависимости от степени нагрузки, связанной с уходом за близкими с деменцией, %

Вместе с тем, исходя из самооценки, 6,2 % семей считают нагрузку по уходу за пожилым членом семьи с деменцией слишком тяжелой. При этом в большинстве (53,8 %) таких семей пожилому гражданину установлена умеренная и в 38,5 % тяжелая степень деменции. Вероятно, для таких семей, где ухаживающие родственники чувствуют избыточную нагрузку,

имеют высокий уровень тревожности и стресса, характерны интенции по поселению пожилых граждан в стационарные учреждения социального обслуживания.

*«Вообще, человек с деменцией в семье – это страшная разрушительная сила. Все летит под откос». Из интервью Анжелики.*

*«Я, во-первых, привязана полностью. Представляете, мне 80 лет, и я в 80 лет нянчу маленького ребенка». Из интервью Елены.*

В целом, анализ результатов показал, что большинство ухаживающих членов семьи постоянно подвергаются повышенной физической и психологической нагрузке. Наличие у члена семьи деменции воспринимается, зачастую, как ситуация, из которой нет выхода. Для ухаживающих характерно постоянное чувство тревоги за будущее состояние своего родного человека. При этом ухаживающие родственники хорошо понимают его прямую зависимость от осуществляемого ими ухода.

Респондентов особенно волнуют такие поведенческие реакции члена семьи с деменцией, как напряжение, раздражительность, словесная агрессия, в том числе и в отношении других членов семьи, что приводит к конфликтным ситуациям. Многие родственники сомневаются в правильности осуществляемого ухода за пожилым человеком, эффективности осуществляемой помощи в домашних условиях, не всегда могут совладать с собственным эмоциональным состоянием. Иногда у родственников возникает желание переложить заботу о человеке с деменцией на кого-либо другого.

Большинство ухаживающих членов семьи чувствуют себя одинокими. Они испытывают трудности в организации личной жизни. Из-за болезни близкого человека не могут уделить должного времени себе, в том числе и своему здоровью, позволить встречаться с друзьями, знакомыми, приглашать к себе в гости. При этом основная масса опрошенных не испытывает неловкости за состояние пожилого человека. Однако пригласить в гости посторонних людей не могут из-за опасения поведенческих реакций, которые может вызвать у пожилого человека встреча с новыми людьми.

В ходе исследования респондентам было предложено определить перспективные направления и наиболее значимые меры по развитию социального обслуживания людей с деменцией в нашей стране (рисунок 1.30).

Как можно заметить, ответы респондентов сфокусированы, в основном, вокруг следующих блоков проблем.

На первом месте по значимости находятся *вопросы улучшения профилактики и ранней диагностики деменции*. Особое внимание в ответах обращается на необходимость развития услуг в сфере общей информированности населения о деменции (симптомы, поведенческие особенности, правила ухода и т. д.) (58,8 %), ее предупреждения и профилактики (62,6 %). Важным аспектом является развитие услуг в сфере ранней диагностики деменции, что обеспечивает в комплексе возможность более раннего выявления симп-

томов деменции (преддементного состояния) и осуществления более ранних мер превентивного характера. На эти проблемы как на особо значимые обратили внимание 52,7 % респондентов.

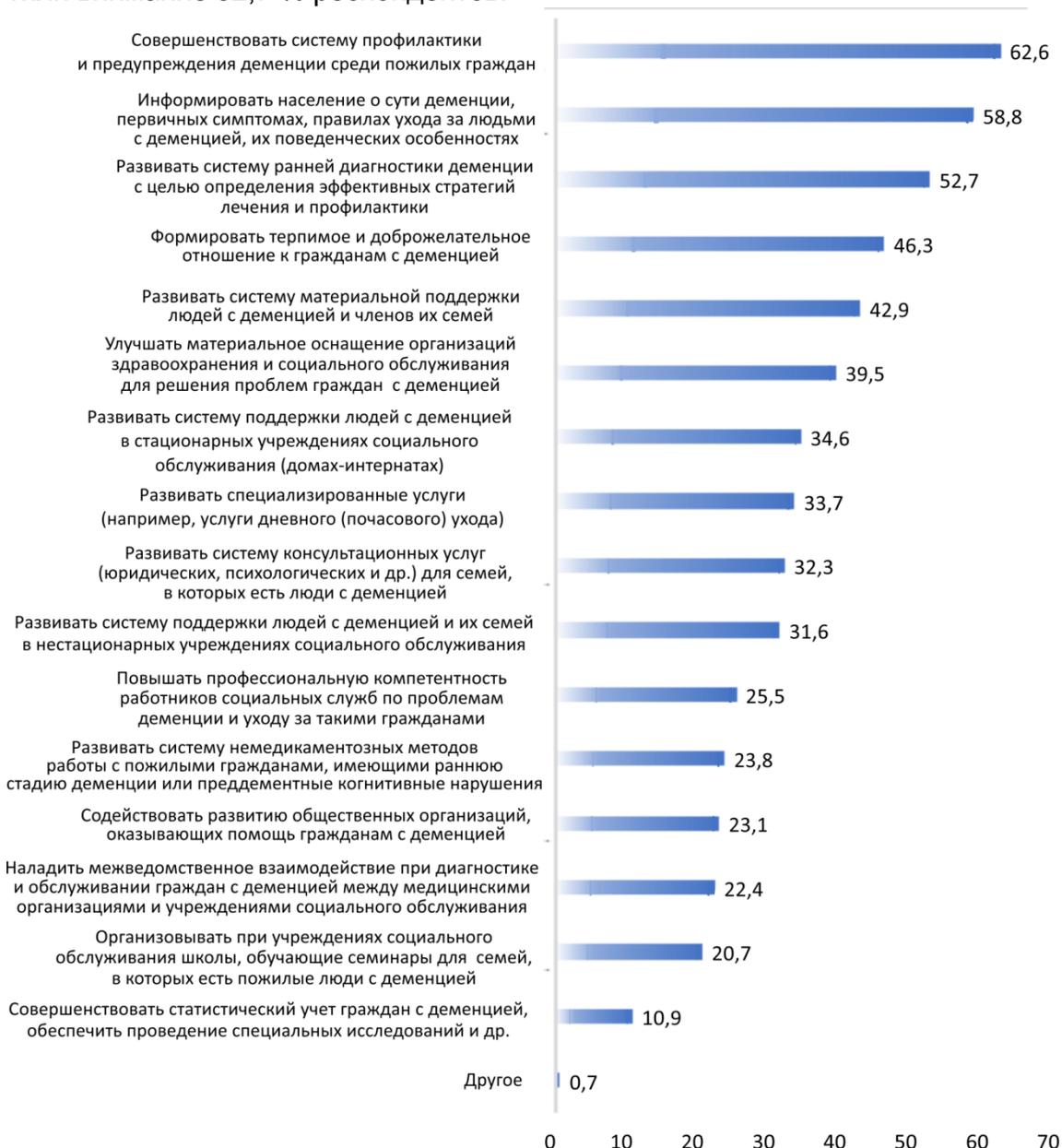


Рисунок 1.30 – Данные о перспективных направлениях (мерах) развития социальной политики с целью поддержки людей с деменцией и членов их семей, %

Вторая по значимости группа проблем, выявленная в ходе анкетного опроса, связана с вопросами *улучшения финансового положения и оказания материальной поддержки* людей с деменцией, членов их семей, а также *улучшения материального оснащения организаций здравоохранения и социального обслуживания*, осуществляющих помощь и поддержку пожилых граждан с деменцией, на что указали свыше 40 % респондентов.

Третья группа проблем акцентирует необходимость развития *специализированной помощи и услуг* для людей с деменцией, как в системе стационарных, так и нестационарных учреждений социального обслуживания. По мнению респондентов, внимание должно быть сосредоточено на развитии: отделений дневного пребывания (33,7 %), консультационных услуг по правовым, психологическим, реабилитационным вопросам (32,3 %), немедикаментозных методов работы, в том числе на ранней стадии деменции или преддементного когнитивного нарушения (23,8 %), обучение семей уходу за родственником с деменцией (школы, семинары) (20,7 %), развитие системы психологической поддержки семьи и др.

Респонденты также акцентировали также необходимость повышения профессиональной компетентности работников (25,5 %).

Целостная система помощи людям с деменцией, по мнению респондентов, должна базироваться на межведомственном сотрудничестве (медицинские и социальные учреждения) как при установлении диагноза, так и при организации социального обслуживания таких граждан, на что указали 22,4 % респондентов. В отдельных анкетах указано на необходимость установления сотрудничества с МВД, МЧС по вопросам безопасного проживания таких граждан, а также безопасного проживания членов семьи, где проживает человек с деменцией «агрессивной формы».

Респонденты также предлагают привлекать к оказанию услуг гражданам с деменцией и членам их семей негосударственные некоммерческие организации, обобщать и внедрять опыт других стран.

Особо важным направлением в системе социального обслуживания людей с деменцией выделена необходимость *развития деонтологической культуры* в отношении этих граждан со стороны обслуживающего персонала, окружающих людей с целью предотвращения случаев дискриминации, формирования уважительного отношения и этичного поведения. Эта проблема оказалась значимой практически для 46 % семей.

Таким образом, комплексный анализ изучения отдельных аспектов жизнедеятельности семей, имеющих в своем составе людей с деменцией, а также существующей практики социального обслуживания показал наличие целой группы довольно сложных проблем медицинского, социального, психологического, эмоционального, материального характера. При этом очевидно, что груз проблем, связанных с уходом и присмотром, возрастает при деменции умеренной или тяжелой степени выраженности.

В целом образ жизни семьи с человеком с деменцией характеризуется определенной социальной зависимостью, закрытостью от внешнего мира, дефицитом общения. Зачастую возникает необходимость прекращения одним из членов семьи трудовой деятельности либо переориентации на неполную трудовую занятость из-за ухода за родственником с деменцией, что снижает уровень материального благополучия семьи, а также ограничивает возможность ухаживающих лиц полноценно отдыхать.

Вместе с тем семья для человека с деменцией является наименее ограничивающим и наиболее комфортным социальным окружением, позволяющим сохранить и продлить деятельную активность, а также получить индивидуализированный уход.

В системе организации социального обслуживания важно не только оказание конкретных услуг социально-бытового, социально-медицинского, социально-реабилитационного и иного характера непосредственно людям с деменцией, но и создание условий для увеличения внутренних ресурсов семьи по адаптации к сложившейся ситуации, снятию физической нагрузки и психоэмоционального напряжения в целях сохранения и поддержания личного здоровья ухаживающих, благоприятной внутрисемейной обстановки, освоения навыков по уходу, обслуживанию и взаимодействию с членом семьи с деменцией.

Социальные услуги, предоставляемые семье, должны быть ориентированы на активные формы поддержки (содействие в развитии информированности о деменции, создание клубов общения для членов семей, организация консультативной помощи, обучение навыкам ухода и взаимодействия с человеком с деменцией и др.). Результаты исследования показали нуждаемость семей в организации отделений (центров) дневного пребывания, услуг временной передышки, что позволит удовлетворить потребности семей в получении временного ресурса для занятия трудовой деятельностью, восстановления психологического и физического самочувствия, а для людей с деменцией – в получении профессиональной помощи по адаптации к новой жизненной ситуации, сохранению и развитию имеющихся навыков.

Важнейшим направлением в системе социального обслуживания должно стать внедрение комплекса мероприятий по первичной профилактике деменции среди населения старших возрастных групп, что позволит в значительной мере сократить распространенность заболевания и уровень инвалидности по данной причине, повысить реабилитационный потенциал указанных граждан, продлить период их проживания в домашней обстановке.

## Глава 2. Ситуация в Беларуси

### 2.1. Распространенность деменции в Беларуси<sup>22</sup>

Милькота Н.В., Ануфриева М.Н., Короткевич Т.В.

Согласно официальной статистической информации для нашей страны в полной мере характерна общеевропейская тенденция ежегодного увеличения как численности граждан с деменцией, так и степени распространенности данного синдрома в расчете на 100 000 населения (рисунок 2.1).



Рисунок 2.1 – Динамика заболеваемости деменцией в Беларуси

За анализируемый период (2011–2017 гг.) численность лиц, живущих с деменцией, как и распространенность заболевания, увеличились на 37 %. При этом увеличение численности лиц трудоспособного возраста с деменцией произошло на 21 %, а лиц пожилого – на 39 %. Однако, распространенность заболевания среди населения трудоспособного возраста увеличивалась более быстрыми темпами, чем среди пожилого (29 % и 25 % соответственно).

По оценкам ВОЗ, среди населения в возрасте 60 лет и старше распространенность деменции в мире составляет около 5–8 %<sup>23</sup>. По результатам мета-анализа европейских популяционных исследований распространенность деменции в странах Восточной Европы составляет в 5,7 %<sup>24</sup>. Однако согласно расчетам на основе официальных статистических данных распространенность деменции в Беларуси составляет 0,7 %, т. е. наблю-

<sup>22</sup> Анализ распространенности деменции среди населения Республики Беларусь основывался на анализе официальной статистической информации о первичной и общей заболеваемости деменцией (форма 1 – психиатрия).

<sup>23</sup> Деменция. Информационный бюллетень [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – 2017. – Режим доступа : <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/dementia>. – Дата доступа: 19.12.2018.

<sup>24</sup> World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia [Electronic resource] / Alzheimer's Disease International. – 2015. – Режим доступа <http://www.worldalzreport2015.org/downloads/world-alzheimer-report-2015.pdf>. – Дата доступа : 17.01.2019.

дается уменьшение ожидаемого значения показателя в 8 раз. Данный факт, по мнению исследователей<sup>25</sup>, свидетельствует не столько о лучшем состоянии здоровья пожилых людей в нашей стране, сколько о неполноте имеющихся статистических данных.

### Ситуация заболеваемости в разрезе областей и г. Минска

Наибольший вклад в общую численность людей с деменцией устойчиво вносит Гомельская область, в которой к 2017 г. произошло заметное увеличение численности данной группы лиц (с 2,4 тыс. чел. в 2011 г. до 4,1 тыс. чел. в 2017 г.) (рисунок 2.2).

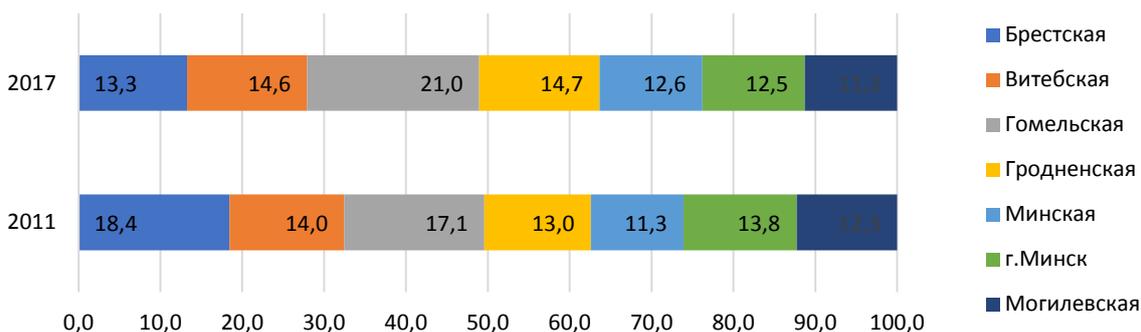


Рисунок 2.2 – Распределение численности людей с деменцией по областям Беларуси

Доля Брестской области в общей численности людей с деменцией заметно уменьшилась, однако абсолютный показатель практически не изменился.

Наиболее высокий уровень распространенности деменций отмечается в Гомельской, Гродненской, Витебской и Могилевской областях (рисунок 2.3).

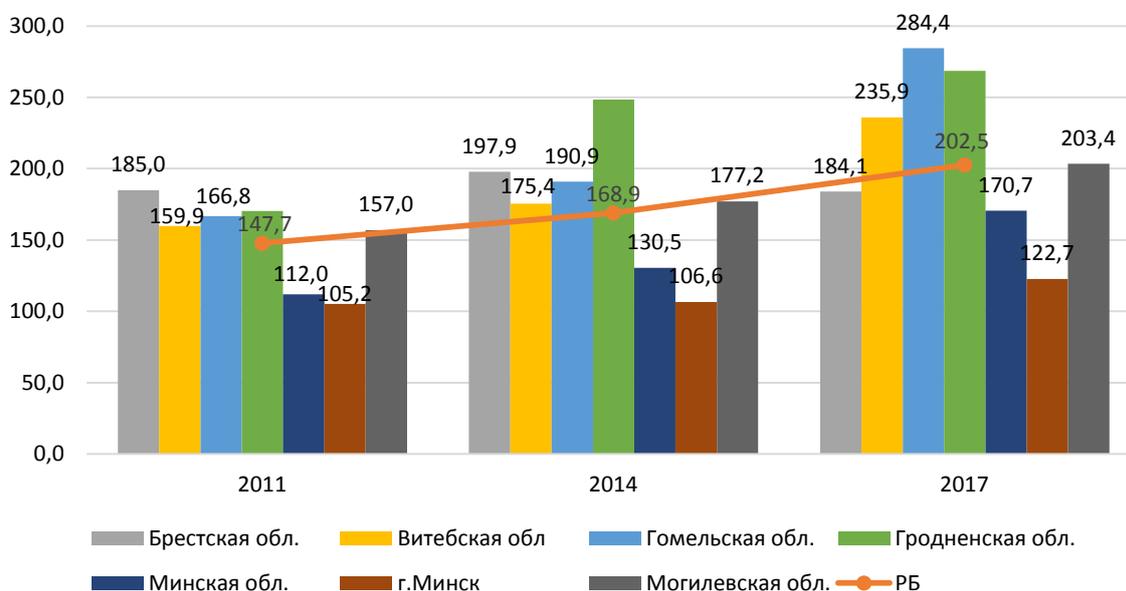


Рисунок 2.3 – Распространенность деменций по областям, на 100 000 населения соответствующей области, чел.

<sup>25</sup> Евсегнеев Р.А. Болезнь Альцгеймера – трудный путь познания // Медицинские новости. – 2008. – №5. – С. 7–10.

Учитывая, что официальная статистическая информация формируется на основании данных учреждений здравоохранения о выявленных при обращении случаях заболеваемости, данный факт в равной степени может рассматриваться как свидетельство, с одной стороны, большей выраженности проблемы деменции в указанных областях, с другой – успеха в диагностике деменции.

В целом, наиболее интенсивные темпы роста распространенности деменций в 2011–2017 гг. наблюдались в Гомельской, Гродненской, а также Минской областях.

### Различия в распространенности деменции в разрезе пола и возраста

До 2016 г. в статистической отчетности не указывались случаи деменции с ранним началом (особенно, в детском возрасте). Однако, 2016 г. зарегистрировано уже 62 случая деменции у детей до 18 лет. Конечно, деменция остается болезнью преимущественно пожилых людей. В Беларуси в 2017 г. на заболеваемость деменцией приходился практически каждый шестой случай психического расстройства, диагностированного у граждан всех возрастов, и каждый пятый такой случай у граждан пожилого возраста.

В целом среди контингента лиц с деменцией на долю граждан в возрасте старше трудоспособного приходится около 88 % случаев, тогда как на долю населения трудоспособного возраста – около 12 %, на долю детей – не более 0,5 %. При этом тенденции «омоложения» заболеваемости деменцией не наблюдается (рисунок 2.4).

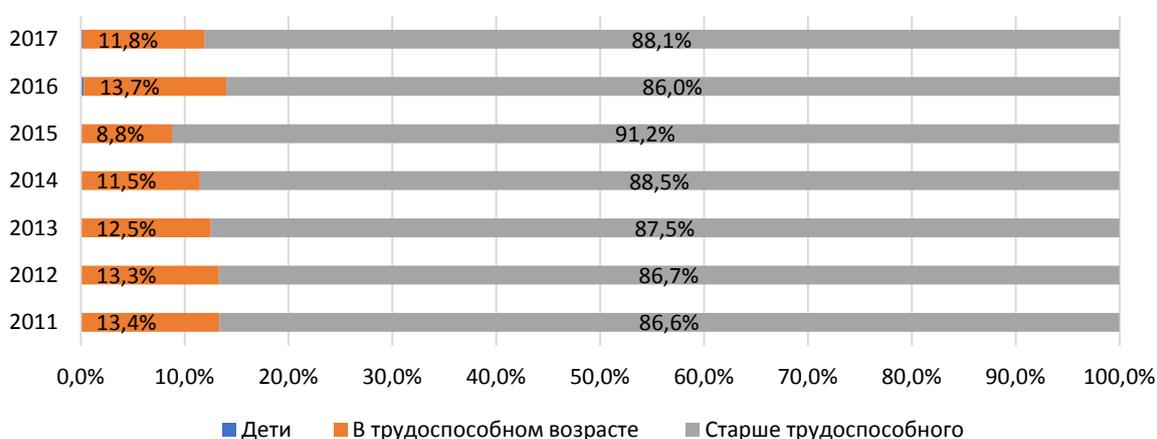


Рисунок 2.4 – Распределение общей численности граждан с деменцией по возрастным группам

Рост абсолютных значений заболеваемости деменцией за анализируемый период наблюдается применительно к лицам обоих полов: численность женщин, которым ежегодно впервые устанавливается диагноз деменция (первичная заболеваемость), за анализируемый период увеличилась на 36 %, в то время как применительно к мужчинам значение данного показателя выросло примерно на 29 % (рисунок 2.5).

Соответственно, наблюдается рост общей заболеваемости: на протяжении рассматриваемого периода у женщин он составил 43 %, у мужчин – 28 % (рисунок 2.6).

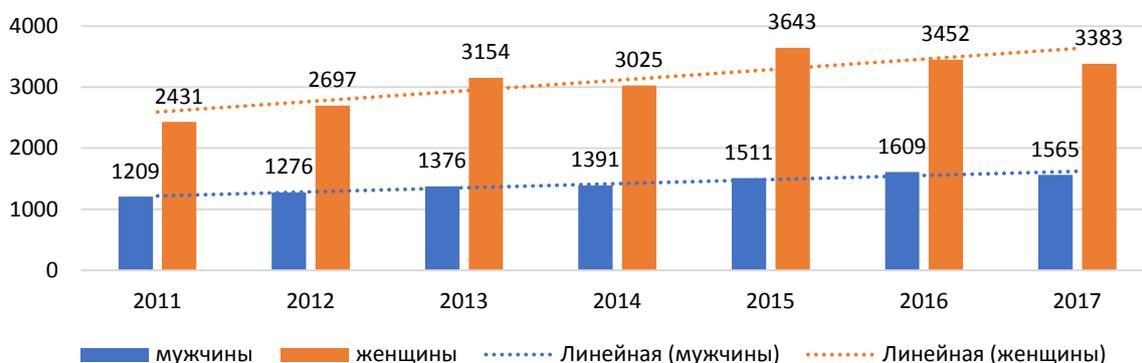


Рисунок 2.5 – Динамика первичной заболеваемости деменцией в разрезе пола, 2011–2017 гг., чел.

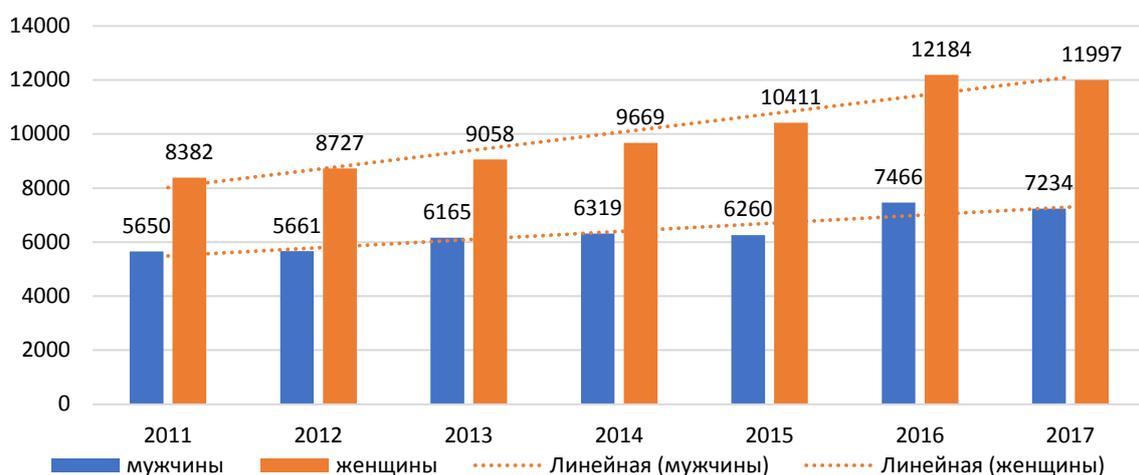


Рисунок 2.6 – Динамика общей заболеваемости деменцией в разрезе пола, 2011–2017 гг., чел.

В результате по данным 2017 г. удельный вес женщин в общей численности граждан с деменцией (общая заболеваемость) составляет около 60 % во всех областях страны (рисунок 2.7).

Тем не менее, учитывая имеющийся в стране дисбаланс (более высокий уровень преждевременной смертности мужчин и существенное превышение женщин в старших возрастных группах) распространенность деменций в расчете на 100 000 населения соответствующего пола и возраста выше в мужской популяции как 2011 г., так и 2017 г. (рисунок 2.8).

При этом, если среди женщин в трудоспособном и старше трудоспособного возраста распространенность деменций за период 2011–2017 гг. увеличилась на 34 и 32 % соответственно, то среди мужчин – на 26 и 14 % соответственно.

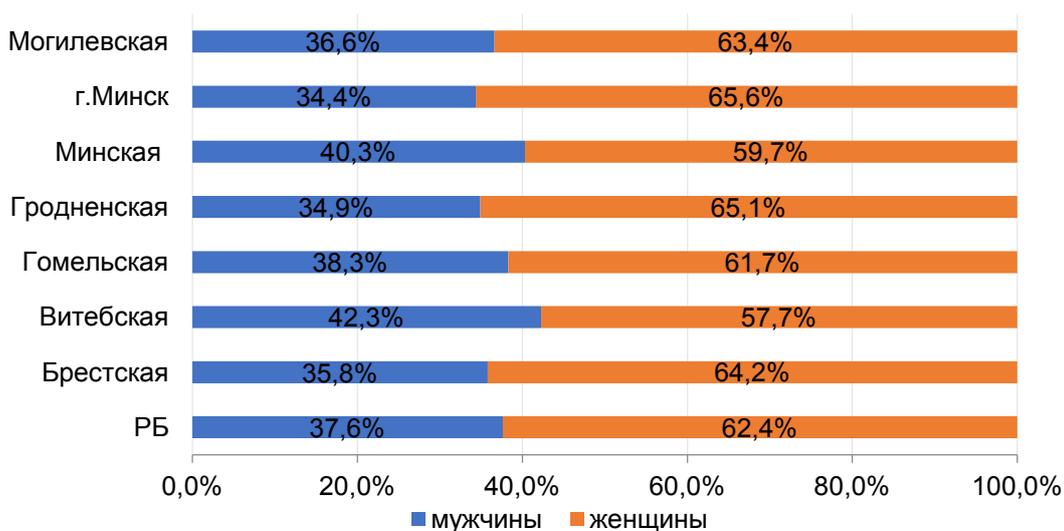


Рисунок 2.7 – Распределение общей численности граждан с деменцией по полу, в целом и в разрезе регионов, 2017 г.



Рисунок 2.8 – Распространенность деменций в разрезе пола и возрастной группы, на 100 000 человек, 2011 г. и 2017 г.

### Картина распространенности деменции в сельской и городской местности

Рост численности граждан с впервые диагностированной деменцией (первичная заболеваемость) наблюдается как в городской (на 41,7 % за период 2011–2017 гг.), так и в сельской местности (на 20,9 %).

Данный факт в значительной степени обусловлен, во-первых, большей информированностью городского населения о деменции и ее признаках и, соответственно, большей обращаемостью городских жителей в учреждения здравоохранения; во-вторых, преобладанием городских жителей в составе населения Беларуси.

В результате, по данным 2017 г. основную часть граждан с деменцией (общая заболеваемость) составляли городские жители. Больше всего удельный вес горожан с деменцией был в Гродненской, Гомельской и Могилевской областях (больше, чем в среднем по Беларуси) (рисунок 2.9).

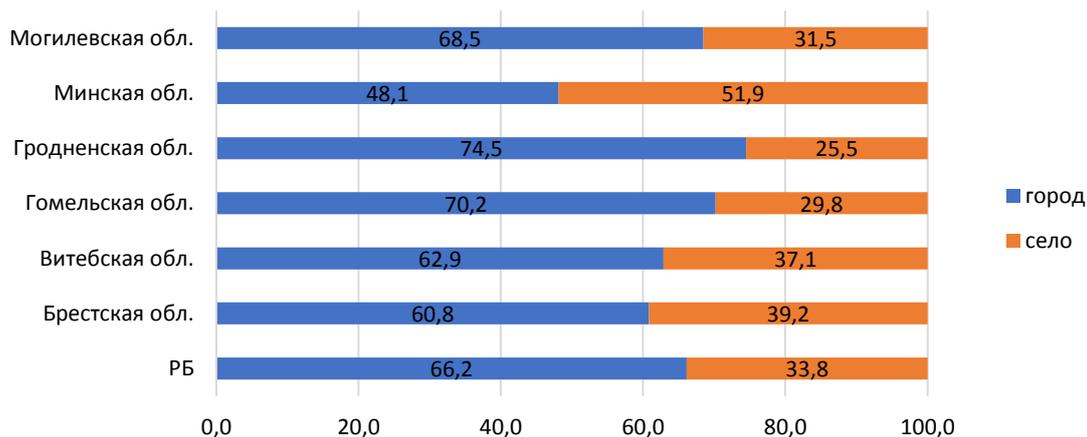


Рисунок 2.9 – Распределение общей численности граждан с деменцией в зависимости от типа местности в 2017 г., %

Анализ динамики интенсивных показателей общей заболеваемости деменцией (на 100 000 населения соответствующего типа местности) свидетельствует о том, что распространенность деменций в сельской местности является в настоящее время наиболее высокой (рисунок 2.10). Более того, за период 2011–2017 гг. распространенность деменции среди сельских жителей увеличилась на 71,8 % (в городе – на 25,6 %). Можно предположить, что данный факт обусловлен как интенсивным старением населения в сельской местности, увеличением удельного веса людей не только пожилого, но и старческого возраста, для которых характерен крайне высокий риск возникновения деменции, а также улучшением диагностики на селе.

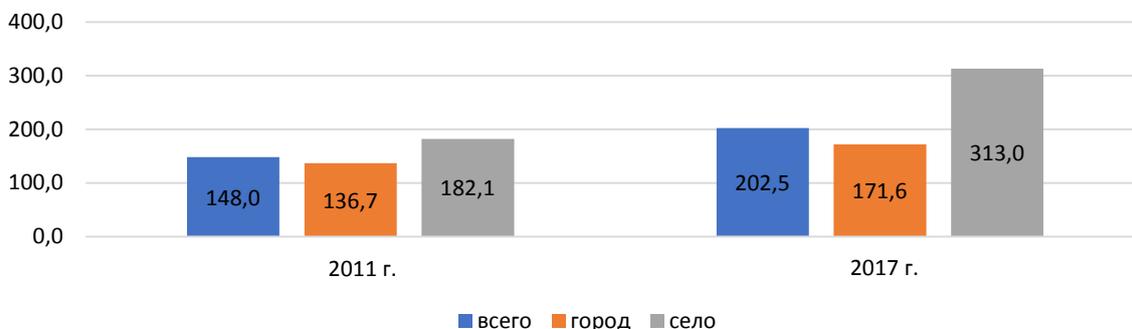


Рисунок 2.10 – Распространенность деменции в разрезе типа местности, на 100 тыс. чел.

### Нозологическая структура деменции

Отличительной особенностью Беларуси (равно как и Российской Федерации) является специфика нозологической структуры деменций. Согласно данным ВОЗ, наиболее распространенной причиной деменции является такое нейродегенеративное заболевание как болезнь Альцгеймера: на нее приходится 60–70 % всех случаев деменции у лиц в возрасте 60 лет и старше<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Деменция. Информационный бюллетень [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – 2017. – Режим доступа : <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. – Дата доступа: 19.12.2018.

В Беларуси только с 2016 г. налажен официальный статистический учет заболеваемости деменцией в разрезе ее типов (причин), ранее вся информация фиксировалась в одной строке «сосудистая деменция и другие формы старческого слабоумия». Согласно данным 2017 г. только 14 % случаев диагностированной деменции обусловлены болезнью Альцгеймера, 49 % – сосудистой деменцией, 37 % деменций вызваны другими заболеваниями (другие деменции<sup>27</sup>) (рисунок 2.11).

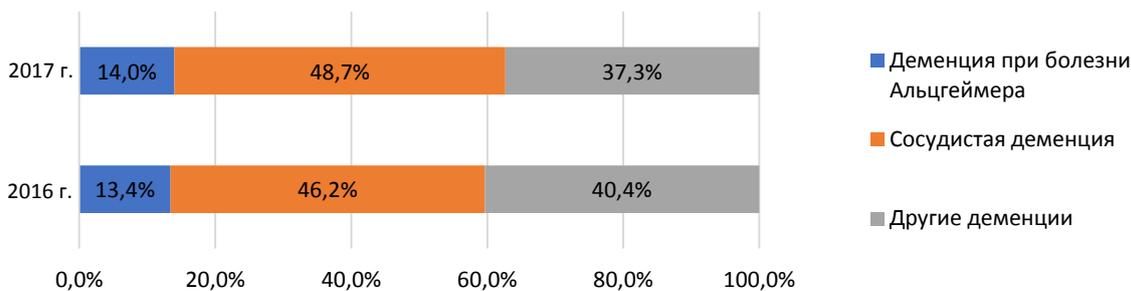


Рисунок 2.11 – Распределение общей численности граждан с деменцией по типу деменции

Это может объясняться, с одной стороны, большей возможностью диагностирования сосудистой деменции, являющейся результатом инфаркта мозга, инсульта и др. заболеваний, имеющих и иные (кроме деменции) последствия; с другой – недостатками системы профилактики деменции у лиц «группы риска», т. е. перенесших соответствующие заболевания, в том числе и с привлечением системы социального обслуживания.

В структуре тяжести первичной инвалидности по причине деменции удельный вес I и II групп инвалидности составил 98,6 % (в том числе при болезни Альцгеймера – 99,7 %, при сосудистой деменции – 99,2 %, при других деменциях – 97,5 %). На долю III группы инвалидности приходилось 1,4 % (в том числе при болезни Альцгеймера – 0,3 %, при сосудистой деменции – 0,8 %, при других деменциях – 2,5 %). Приведенные данные указывают на то, что в Беларуси в настоящее время деменция в большинстве случаев диагностируется при тяжелой степени выраженности, часто – в связи с необходимостью получения инвалидности.

В нозологической структуре инвалидности вследствие деменций по данным за 2017 г. основное место занимала сосудистая деменция, на долю которой приходилось 55 %, удельный вес болезни Альцгеймера составил около 16 %, других деменций – 29 %. Соотношение болезни Альцгеймера и сосудистой деменции в структуре первичной инвалидности составило 1:3,5, что существенно отличается от общеевропейских тенденций, для которых характерно, скорее, обратное соотношение, т. е. 1 случай сосудистой деменции на 2–3 случая болезни Альцгеймера.

Таким образом, анализ официальных статистических данных свидетельствует о росте распространенности деменций в Беларуси – как в абсолютном, так и в относительном выражении. Указанная негативная дина-

<sup>27</sup> Деменции при болезнях Пика, Крейтцфельдта-Якоба, Гентингтона, Паркинсона, ВИЧ, а также сенильная и пресенильная деменция неуточненная.

мика наблюдается во всех областях страны, применительно к лицам обоих полов и независимо от типа местности, в которой проживают граждане.

Основным источником прироста общей численности граждан с деменцией является ежегодное увеличение числа пожилых женщин, проживающих в городской местности, которым диагностирована деменция – как правило, вследствие сосудистого заболевания мозга (инфаркт мозга, инсульт и т. п.). Тем не менее, в отношении деменции сохраняет свою силу общий дисбаланс по показателям здоровья, характерный для нашей страны: как и в отношении заболеваемости в целом, применительно к данной причине уровень распространенности выше в мужской популяции и среди сельских жителей.

Следует отметить, что, поскольку в официальной статистике учитывается численность обратившихся в организации здравоохранения, то представленные данные нельзя рассматривать как в полной мере отражающие масштаб проблемы. В связи с этим актуальным вопросом для нашей страны является как совершенствование официального статистического учета (учет данных учреждений социального обслуживания и др.), развитие ранней диагностики (в том числе и в отношении деменции при болезни Альцгеймера), так и проведение специализированных исследований по оценке реальной распространенности деменции среди различных возрастных групп населения.

## 2.2. Система поддержки людей с когнитивными нарушениями и деменцией в Беларуси

Милькота Н.В.

Нормативную правовую основу оказания медицинской помощи, социальных услуг и иной поддержки людям с деменцией и членам их семей в нашей стране составляют:

Закон Республики Беларусь от 22 мая 2000 г. № 395-З «О социальном обслуживании» (далее – Закон о соцобслуживании);

Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении»;

Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи»;

подзаконные акты, определяющие перечень медицинских показаний и противопоказаний к оказанию социальных услуг в государственных учреждениях социального обслуживания; специфику и направления деятельности различных типов учреждений; минимальные социальные стандарты в области социального обслуживания, включая перечень социальных услуг и нормативы обеспеченности ими граждан<sup>28</sup>.

Анализ указанных нормативных правовых актов и практики их применения свидетельствует, что в настоящее время в нашей стране отсутствует единый алгоритм оказания помощи и поддержки людям с деменцией, четко определяющий функции каждого из субъектов (организаций здравоохранения, социального обслуживания, иных органов и организаций) и порядок межведомственного взаимодействия. Вместе с тем в законодательстве закреплены права и гарантии для людей, страдающих психическими заболеваниями, а также людей с инвалидностью, т. е. для категорий, к которым, как правило, относятся люди с когнитивными нарушениями и деменцией. Основные субъекты и их функции в части поддержки людей с деменцией и членов их семей представлены на рисунке 2.12.

1. Граждане с деменцией, равно как и все остальные граждане, имеют право на получение необходимой медицинской помощи в организации здравоохранения по месту проживания. Поэтому первым местом обращения в большинстве случаев становится государственная организация здравоохранения – поликлиника. После обращения участковый терапевт (врач общей практики) должен собрать анамнез, изучить ситуацию, провести первичную диагностику, назначить лечение (при необходимости) и, при наличии подозрения на когнитивные нарушения или деменцию, направить к врачу-специалисту, а также в ТЦСОН по месту жительства для получения социальных услуг.

<sup>28</sup> Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 27.12.2012 г. № 1218 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг»; постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 26.01.2013 г. «О некоторых вопросах оказания социальных услуг государственными организациями, оказывающими социальные услуги»; постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.01.2013 г. № 3/4 «Об утверждении перечня медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания»; постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 10.01.2013 г. № 5 «Об утверждении положений об учреждениях социального обслуживания» и др.

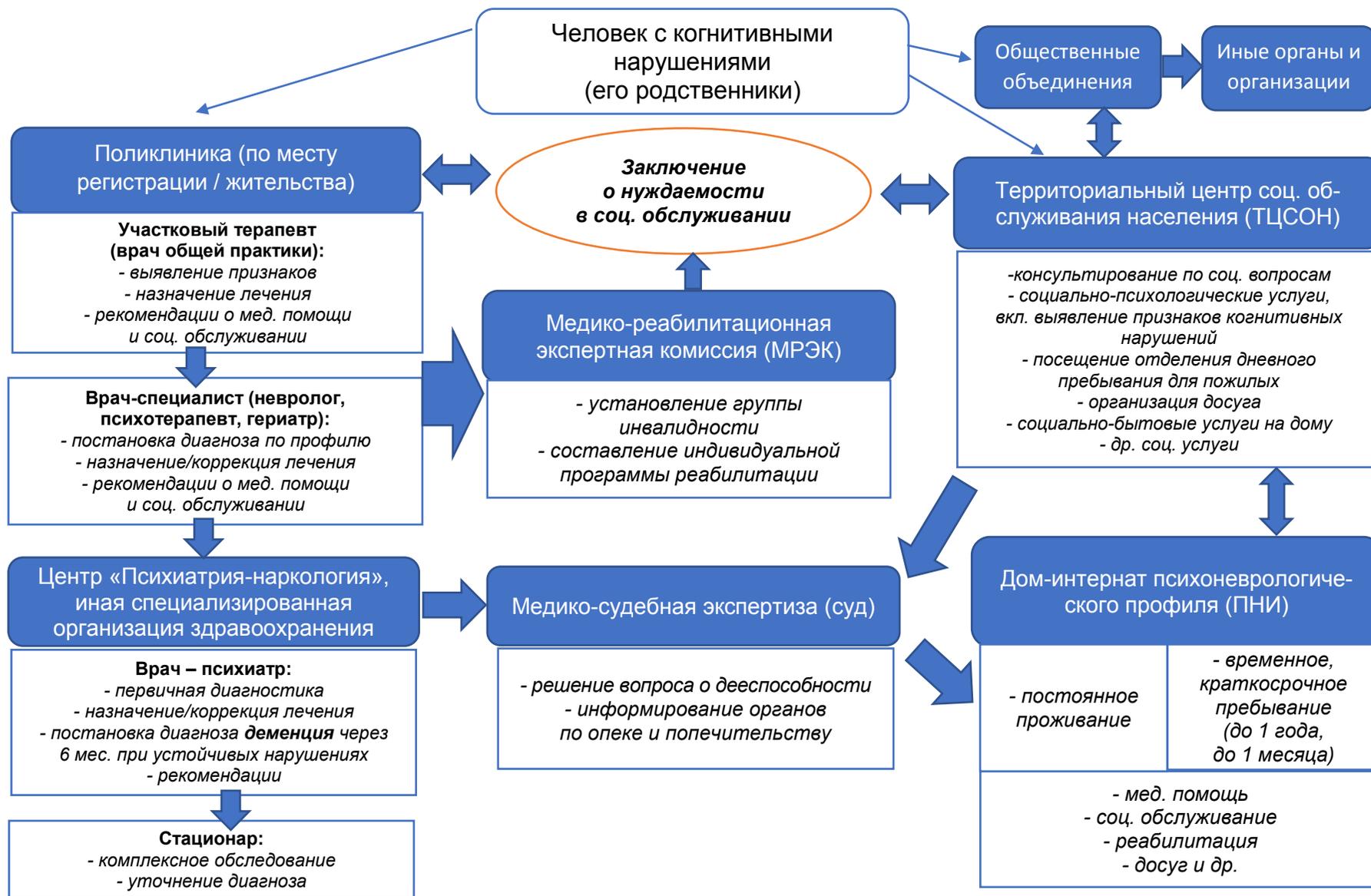


Рисунок 2.12 – Система медицинской помощи, социального обслуживания и поддержки людей с деменцией и членов их семей в Беларуси

2. По направлению участкового врача-терапевта (врача общей практики) человек обращается к врачу-специалисту в поликлинике (невролог, психотерапевт, гериатр), который может поставить диагноз в пределах своей компетенции, назначить лечение и дать рекомендации о дальнейших действиях, в том числе направить в специализированную организацию здравоохранения для получения консультации врача-психиатра.

При выявлении серьезных нарушений функций организма человек может быть направлен на медико-социальную экспертизу для определения группы инвалидности и получения статуса инвалида. Прохождение данной процедуры (освидетельствование в медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК)) осуществляется по желанию самого человека. При этом следует иметь в виду, что условием получения некоторых услуг в системе социального обслуживания является наличие 1 или 2 группы инвалидности.

3. Как правило, помощь в специализированной организации здравоохранения предоставляется или по направлению организации здравоохранения по месту жительства, или в случае возникновения экстренной нужды.

Деменция относится к классу психических расстройств и расстройств поведения. Соответственно, диагноз деменция может поставить только врач-психиатр по результатам обследования, для чего может понадобиться госпитализация в стационар на некоторый период времени. Согласно утвержденным клиническим протоколам, диагноз «деменция» может быть выставлен только по прошествии 6 месяцев после обращения в специализированную организацию здравоохранения, что обусловлено необходимостью подтверждения устойчивости нарушений когнитивных функций. Поэтому уже при обнаружении первых признаков деменции или когнитивных нарушений человеку рекомендуется обращаться к врачу-психиатру за получением адекватного лечения и рекомендаций по адаптации бытового пространства, проведения занятий, осуществления ухода и др.

4. При этом еще до получения диагноза «деменция» человек имеет право на получение социальных услуг в системе социального обслуживания (например, как одиноко проживающий нетрудоспособный гражданин).

В перечне оснований для оказания социальных услуг (статья 28 Закона о соцобслуживании) перечислены, в том числе:

- наличие инвалидности;
- неспособность к самообслуживанию и утрата двигательной активности;
- отсутствие трудоспособных родственников, обязанных содержать гражданина по закону.

Таким образом, с одной стороны, открытый характер указанного перечня оснований, т. е. возможность оказания социальных услуг при наличии «иных обстоятельств, последствия которых гражданин не в состоянии преодолеть самостоятельно», позволяет организовать активную работу с пожилыми лицами с деменцией и их семьями. С другой стороны, в отношении данной категории нет прямой нормы (как, например, в отно-

шении семей с детьми с особенностями психофизического развития). Как следствие, в ситуации деменции основной категорией получателей выступают непосредственно пожилые люди с диагностированной деменцией, а не в целом семьи или лица, осуществляющие уход за указанными гражданами.

Следует помнить, что в соответствии с минимальными социальными стандартами в области социального обслуживания общим подходом является определение перечня социальных услуг, периодичности и объема их оказания не в соответствии с заболеванием, а в зависимости от нуждаемости, определяемой на основании установленного медицинскими работниками функционального класса ограничений жизнедеятельности (далее ФК) – как правило, в отношении способности к самообслуживанию. Иными словами, для получения социальных услуг в государственном учреждении социального обслуживания решающее значение имеет наличие заключения организации здравоохранения (врача, ВКК, МРЭК) о нуждаемости в социальном обслуживании с указанием ФК по ограничению способности к самообслуживанию и др.

5. Длительное время деменция (как и иные психические расстройства) являлась противопоказанием для оказания услуг ТЦСОН. Однако с 2013 г. деменция легкой степени выраженности перестала быть противопоказанием для оказания социальных услуг в ТЦСОН в форме стационарного социального обслуживания, а также полустационарного социального обслуживания в отделениях дневного пребывания для граждан пожилого возраста. Для оказания услуг в форме социального обслуживания на дому противопоказанием являются только психические и поведенческие расстройства (заболевания) в стадии декомпенсации и (или) с резко выраженными нарушениями поведения.

Таким образом, согласно законодательству в рамках деятельности ТЦСОН пожилые люди с деменцией имеют право, во-первых, на получение социальных услуг на дому (при наличии заболеваний, приведших к нарушениям функций органов и систем организма и ограничению способности к самообслуживанию (ФК 2 – ФК 4), за исключением психических и поведенческих расстройств (заболеваний) в стадии декомпенсации и (или) с резко выраженными нарушениями поведения), во-вторых, на нахождение в ТЦСОН в течение дня – например, с целью участия в занятиях и мероприятиях, проводимых отделением дневного пребывания для пожилых граждан (при наличии заболеваний, приведших к нарушениям функций органов и систем организма и ограничению способности к самообслуживанию (ФК 2 – ФК 4), включая деменции легкой степени выраженности).

Следовательно, полустационарное обслуживание для пожилых людей с деменцией умеренной степени выраженности в настоящее время может быть организовано только на базе стационарных учреждений, но не ТЦСОН.

Кроме того, психолог ТЦСОН, а также иной персонал, прошедший специальное обучение, может осуществлять оценку потребностей при оказании социальных услуг – в том числе и путем проведения тестов на вы-

явление когнитивных нарушений и деменции (для формирования групп обслуживания, но не для постановки диагноза).

В последние годы активно развивается деятельность дневных отделений для социального обслуживания для граждан пожилого возраста в ТЦСОН. Однако в настоящее время указанные отделения в большей степени ориентированы на кружковую работу с более активными категориями пожилых людей, чем на осуществление ухода за гражданами, имеющими когнитивные нарушения и деменцию. Это связано как со сложившейся практикой работы учреждений, так и отсутствием специальных условий для пребывания людей с деменцией (безопасность, «дружественная» среда и т. п.), подготовленных кадров, опыта по организации такой работы. Развитие деятельности указанных отделений в интересах людей с деменцией является перспективным направлением работы.

Важной является проблема социального сопровождения семей, имеющих в своем составе людей с деменцией. Такое сопровождение должно включать, как информирование о возможности возникновения данного заболевания в престарелом возрасте, развитие знаний о способах профилактики, а также особенностях ухода за такими людьми. Однако в ТЦСОН такая практика не получила еще широкого распространения. Такая работа вполне может осуществляться в форме клубной работы для семей, имеющих родственников с деменцией, а также оказания услуг социального патронажа, консультационно-информационных и социально-посреднических услуг. Иными словами, в случае, если в самом ТЦСОН не оказываются какие-либо услуги, необходимые человеку с когнитивными нарушениями и деменцией или его семье, специалисты учреждения могут рекомендовать обратиться в иную организацию (например, общественное объединение, нотариальную контору и др.), которые предоставляют необходимую поддержку, обеспечив при необходимости сопровождение и организационную поддержку.

Вместе с тем следует признать, что негосударственный сектор социального обслуживания в настоящее время также недостаточно ориентирован на обслуживание пожилых людей с деменцией: наиболее продолжительный опыт практической работы с указанной категорией граждан имеют лишь ОБЕО «Хэсэд – Рахамим» и подразделения БОКК. Развитие в рамках негосударственного сектора не только направлений, связанных с образованием пожилых людей и их самореализацией (например, «институтов золотого возраста»), но и услуг в области реагирования на деменцию (от психологической поддержки, защиты прав до осуществления ухода) является крайне актуальным с учетом перспективных социально-демографических тенденций Беларуси. Данные услуги также могли бы стать приоритетным предметом государственного социального заказа в области социального обслуживания.

6. В дома-интернаты для престарелых и инвалидов общего типа могут направляться граждане с деменцией легкой (в крайнем случае – умеренной) степени выраженности, не имеющие выраженных нарушений контроля поведения. При этом с целью предупреждения переселения с тече-

нием времени указанных граждан в психоневрологические интернаты принципиальное значение имеет оказание в домах-интернатах общего типа услуг по профилактике деменции. Подобная практика активно внедряется в учреждениях Витебской области<sup>29</sup>.

Согласно Закону Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи» в числе государственных гарантий лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), предусматривается, в том числе, социальное обслуживание указанных граждан (статья 14). Тем не менее, во второй части указанной статьи уточняется, что обеспечение гарантий по оказанию социальных услуг осуществляется путем создания стационарных учреждений социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями). Иными словами, в качестве базового способа удовлетворения потребности людей с деменцией и членов их семей в социальных услугах рассматривается именно организация специализированного стационарно-го социального обслуживания.

В соответствии с Перечнем медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 10.01.2013 г. № 3/4, показанием для направления граждан в соответствующие стационарные учреждения – психоневрологические дома-интернаты для престарелых и инвалидов, являются заболевания, последствия травм или дефекты, приведшие к ограничению жизнедеятельности (способности контролировать свое поведение). При этом речь идет о гражданах с выраженными ограничениями (ФК 3 и ФК 4), то есть о людях с деменцией тяжелой или умеренной степени выраженности.

При направлении человека с деменцией в дом-интернат психоневрологического профиля следует иметь в виду, что постоянно проживать в указанных учреждениях могут только граждане, признанные в установленном порядке недееспособными. Для иных категорий доступно временное (до 1 года) и краткосрочное (до 1 месяца) проживание.

В интересах людей с деменцией в психоневрологических домах-интернатах осуществляются как диагностические мероприятия, так и медицинское и социальное обслуживание, проводятся реабилитационные занятия.

При этом во многих домах-интернатах предусмотрена адресная работа с людьми, имеющими когнитивные нарушения и деменцию. Хорошей практикой является создание специализированных отделений в целях сохранения человеческого потенциала людей с деменцией и создания комфортных условий проживания<sup>30</sup>. В ряде учреждений ведется работа с родственниками людей с деменцией. Оказываются информационно-консультационные, социально-психологические услуги, юридическая помощь, ак-

---

<sup>29</sup> См. раздел 3.3.

<sup>30</sup> См. раздел 3.4.

центрируется внимание на обучении родственников навыкам ухода за пожилым человеком с деменцией и взаимодействия с ним.

Таким образом, анализ нормативных правовых актов свидетельствует, с одной стороны, о наличии в нашей стране оснований и условий для получения социальных услуг, помощи и поддержки людьми с деменцией. С другой стороны, очевидны направления совершенствования системы социального обслуживания для обеспечения более полной реализации прав людей с деменцией и членов их семей, а также удовлетворения их потребностей, включая, прежде всего:

- смещение акцента с обслуживания людей с тяжелыми нарушениями на комплексную помощь семье, на работу с людьми «группы риска» без установленного диагноза или группы инвалидности;

- дальнейшее развитие нестационарного социального обслуживания как источника поддержки семей, имеющих в своем составе людей с деменцией, и содействия продлению периода проживания людей с когнитивными нарушениями и деменций в домашней обстановке.

### 2.3. Особенности стационарного социального обслуживания людей с деменцией и оценка возможности их проживания вне стационара: результаты опроса руководителей (специалистов) учреждений

Капустин С.А.

#### Анализ данных стационарных учреждений о наличии у проживающих когнитивных нарушений и деменции

Общая численность граждан с деменцией, проживающих в домах-интернатах различного профиля, а также специальных домах для ветеранов, пенсионеров и инвалидов по данным опроса, проведенного НИИ труда Минтруда и соцзащиты в 2016 г., составила 1 593 человека (20,5 % от общего числа граждан в возрасте 60 лет и старше, проживавших в домах-интернатах на момент обследования).

Из общего числа пожилых граждан с деменцией 1072 человека (67,3 %) проживают в психоневрологических домах-интернатах, 93 человека (5,8 %) в домах-интернатах общего типа. В отношении 409 пожилых граждан с деменцией невозможно установить тип учреждения, поскольку данные представлены не непосредственно учреждениями, а агрегировано по соответствующему региону.

Следует отметить, что в отдельных психоневрологических домах-интернатах пожилые граждане с деменцией составляют большинство пожилых граждан, проживающих в доме-интернате, в других – около или чуть более 10 %. Однако в большинстве психоневрологических домов-интернатов удельный вес граждан с деменцией среди всех проживающих в возрастной группе «60+» составляет около трети.

Четверть из указанных учреждениями пожилых граждан с деменцией проживает в домах-интернатах Витебской области (рисунок 2.13). Меньше всего (около 4 %) пожилых граждан с деменцией – в домах-интернатах Могилевской области.

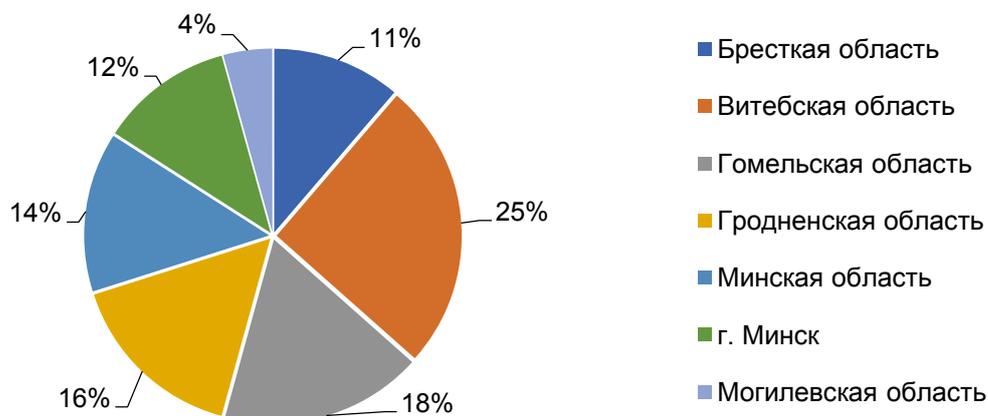


Рисунок 2.13 – Распределение указанной домами-интернатами численности пожилых граждан с деменцией по областям

Учреждениям было предложено (при наличии сведений) дифференцировать общую численность пожилых граждан с деменцией по степени выраженности данного синдрома, а также оценить численность граждан с преддементными состояниями (за исключением психоневрологических домов-интернатов). К сожалению, не все дома-интернаты располагают подобными сведениями.

Распределение общей численности пожилых граждан с деменцией, проживающих в домах-интернатах, указавших детальную информацию, в зависимости от ее степени выраженности представлено на рисунке 2.14.



Рисунок 2.14 – Распределение указанной домами-интернатами численности пожилых граждан с деменцией по степени выраженности деменции

Практически половину всех пожилых граждан с деменцией, проживающих в стационарных учреждениях, составляют граждане с тяжелой степенью выраженности. При этом подавляющее большинство граждан с деменцией тяжелой и умеренной степени выраженности проживает в психоневрологических домах-интернатах, однако 5 пожилых граждан с умеренной и 13 – с тяжелой степенью выраженности проживают в домах-интернатах общего типа и специальных домах.

Кроме того, в указанных учреждениях проживает, по оценкам, 1 559 человек, имеющих преддементные состояния или недиагностированную деменцию, т. е. это те, у кого наблюдаются умеренные, не мешающие их повседневной деятельности, но достаточно быстро прогрессирующие когнитивные нарушения. Это означает, что по оценкам специалистов, более трети (36,3 %) всех пожилых граждан, проживающих в домах-интернатах общего типа и специальных домах, страдают преддементными состояниями и, соответственно, нуждаются в услугах по профилактике деменции. В отдельных домах-интернатах (Шубино, Копаткевичский, Логойский, Рес-тянский) удельный вес указанной категории граждан среди лиц в возрасте «60+» составляет 80–90 %.

### **Практика стационарных учреждений социального обслуживания по оказанию услуг людям с когнитивными нарушениями и деменцией**

С целью изучения особенностей практики, а также выявления проблем в области стационарного социального обслуживания граждан пожи-

лого возраста с деменцией был проведен анкетный опрос руководителей (специалистов) стационарных учреждений социального обслуживания. Анкетный опрос проводился с использованием специально разработанного инструментария во всех типах стационарных учреждений социального обслуживания. В результате было получено 69 анкет с ответами руководителей (специалистов) стационарных учреждений социального обслуживания, в том числе 45 домов-интернатов психоневрологического профиля, 20 домов-интернатов общего типа, 2 специальных домов-интернатов и 2 специальных домов для ветеранов, престарелых и инвалидов.

Большинство домов-интернатов, представители которых приняли участие в опросе, находится в сельской местности (76,8 %) и только 23,2 % – в городской.

Респондентами анкетного опроса выступили либо непосредственно директор, либо старшая медицинская сестра или фельдшер, работающие с пожилыми гражданами с деменцией. Результаты анализа данных об опыте (стаже) работы респондентов в области социального обслуживания и непосредственно с людьми с деменцией свидетельствуют об их высокой квалификации: средний стаж работы персонала в области социального обслуживания составил 9,8 лет, а опыт работы с людьми с деменцией – 9,5 лет.

Для выявления особенностей стационарного социального обслуживания пожилых людей с деменцией, преддементными состояниями и помощи их семьям в Анкету для руководителей (специалистов) был включен ряд вопросов, отражающих:

- содержание специализированных социальных услуг, предоставляемых гражданам с деменцией, проживающим в доме-интернате;
- специфику работы домов-интернатов с гражданами с преддементными состояниями как с отдельной категорией граждан, проживающей в доме-интернате;
- характер работы домов-интернатов с семьями пожилых граждан с деменцией.

Анализ результатов опроса показал, что, в первую очередь, дома-интернаты применяют специфические услуги (методики, технологии работы) по отношению к гражданам, имеющим деменцию. Так, 36 представителей домов-интернатов отметили, что в практике их деятельности применяются отдельные методики для работы с пожилыми гражданами с деменцией, причем удельный вес домов-интернатов, как общего типа, так и психоневрологических, оказывающих специальные услуги указанной категории граждан, был практически одинаков и составил 55 % и 54,5 % соответственно. Данная ситуация видится вполне логичной, поскольку граждане, имеющие деменцию, с точки зрения обслуживания наиболее приоритетны и непосредственно нуждаются в получении специфических услуг.

Тем не менее следует отметить, что некоторые дома-интернаты не ограничились обслуживанием только граждан с деменцией, а указали на ведение работы также с другими категориями граждан – «группами риска» возникновения деменции и их семьями. Так, 19 домов-интернатов указало на ведение работы с пожилыми гражданами с преддементными состояниями как с отдельной категорией проживающих граждан. Причем

среди домов-интернатов общего типа целенаправленная работа ведется в половине учреждений.

В свою очередь 28 домов-интернатов отметили, что работают с семьями пожилых граждан с деменцией, проживающих в их учреждениях (рисунок 2.15), что в действительности является довольно высоким показателем, поскольку работа с населением не является главным приоритетом стационарного социального обслуживания. Большую активность во взаимодействии с семьями проявляют работники психоневрологических домов-интернатов, среди которых 45,5 % поддерживают практику оказания услуг членам семьи пожилого человека с деменцией, в то время как среди домов-интернатов общего типа – 35 %.

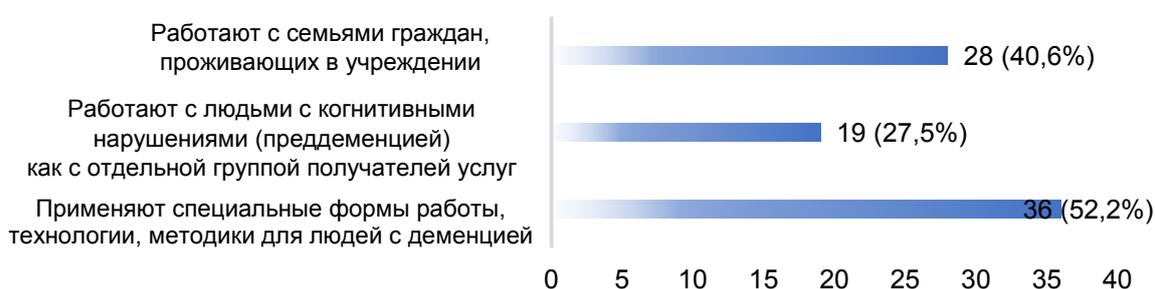


Рисунок 2.15 – Численность и удельный вес домов-интернатов, осуществляющих целевую работу с гражданами с деменцией, преддементным состоянием и их семьями, в единицах (%)

Более половины (52,2 %) анкет работников домов-интернатов содержали указание на специальные социальные услуги, оказываемые непосредственно пожилым гражданам с деменцией. Следует отметить, что более активно дополнительно оказываемые социальные услуги указывались работниками домов-интернатов психоневрологического профиля, что обусловлено тем, что граждане с деменцией различной степени выраженности являются одной из целевых групп указанных учреждений.

В результате обобщения различных формулировок, данных работниками домов-интернатов, можно перечислить социальные услуги, адресуемые пожилым людям с деменцией (таблица 2.1).

Таким образом, на основании данных таблицы 2.1, к услугам домов-интернатов, специфическим для обслуживаемых в них пожилых граждан с деменцией, можно отнести следующие:

- применение специальных методик определения деменции, дополнительная психодиагностика и мониторинг актуального состояния когнитивных процессов, коррекционные занятия;
- реализация социально-реабилитационных и социально-педагогических услуг по специальным методикам с целью сохранения и развития когнитивных навыков и коррекции психоэмоционального состояния;
- создание особой среды (специализированное отделение).

Как было отмечено выше, более четверти (27,5 %) всех домов-интернатов в настоящее время также предоставляют социальные услуги пожилым гражданам с преддементными состояниями (сомнительной деменцией), проживающим в доме-интернате. Данными респондентами были выделены следующие виды социальных услуг (таблица 2.2). Следует отметить, что, учитывая тяжесть состояния граждан, находящихся в психоневрологических домах-интернатах, очевидно, что работа с гражданами с преддементными состояниями (сомнительной деменцией) гораздо более актуальна для домов-интернатов общего типа.

Таблица 2.1 – Социальные услуги, оказываемые проживающим в домах-интернатах пожилым гражданам, страдающим деменцией (максимально сохранены оригинальные формулировки)

Социальные услуги, предоставляемые в домах-интернатах общего типа	Социальные услуги, предоставляемые в психоневрологических домах-интернатах
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Определение деменции с помощью методики Фольштейна</li> <li>2. Проведение индивидуальных и групповых занятий с проживающими, страдающими деменцией (занятия с элементами арт-терапии, когнитивной стимуляции и т. д.)</li> <li>3. Обучение навыкам ориентации во времени, месте нахождения, оценки отношения к себе, окружающим</li> <li>4. Трудотерапия</li> <li>5. Поддержка в сохранении социальных навыков</li> <li>6. Общение</li> <li>7. Индивидуальная психотерапия</li> <li>8. Эмоциональная поддержка</li> <li>9. Вовлечение в бытовую и трудовую деятельность, занятия и упражнения с проживающими в соответствии с ИПР</li> <li>10. Тренировка вестибулярного аппарата с помощью sling-системы по шведской технологии (в зависимости от степени выраженности когнитивных нарушений)</li> <li>11. Лечебная физическая культура (в зависимости от степени выраженности когнитивных нарушений)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дополнительная психодиагностика и мониторинг актуального состояния когнитивных процессов, коррекционные занятия, арт-терапевтические занятия</li> <li>2. Организована работа кабинета «Здорового старения».</li> <li>3. Разработаны индивидуальные программы реабилитации.</li> <li>4. Создана безбарьерная среда.</li> <li>5. Реабилитационная помощь (выработка и поддержание навыков самообслуживания).</li> <li>6. Оказание помощи в выполнении санитарно-гигиенических процедур.</li> <li>7. Оказание помощи в смене нательного (постельного) белья.</li> <li>8. Оказание помощи в приеме пищи</li> <li>9. Коррекция поведения, формирование навыков самообслуживания</li> <li>10. Предоставляется необходимая информация по вопросам социального обслуживания и социальной помощи.</li> <li>11. Вовлечение в активно-жизненную позицию</li> <li>12. Обучение по проекту «Голос сердца»</li> <li>13. Представление индивидуальных и общих средств реабилитации, электромассажеров, беговых дорожек, велотренажеров, скандинавская ходьба</li> <li>14. Услуги фитобара, прослушивание музыки, пэт-терапия, ролевая игра, кабинет релаксации, спортплощадки, тренажерные залы, кабинеты трудотерапии, кружки по интересам.</li> <li>15. Индивидуальные занятия для тренировки мелкой моторики рук. Групповые занятия для восстановления двигательных функций.</li> <li>16. Создано отделение для дементных больных</li> </ol>

Таблица 2.2 – Социальные услуги, оказываемые пожилым гражданам с преддементными состояниями, проживающим в доме-интернате (максимально сохранены оригинальные формулировки)

Социальные услуги, предоставляемые в домах-интернатах общего типа	Социальные услуги, предоставляемые в психоневрологических домах-интернатах
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поддержка в сохранении социальных навыков. Обучение навыкам активного участия в индивидуальной и групповой работе. Общение, социальная адаптация. Вовлечение в бытовую и трудовую деятельность</li> <li>2. Трудотерапия, развитие моторики. Оказание помощи в выполнении ЛФК</li> <li>3. Индивидуальная психотерапия, занятия и упражнения с проживающими в соответствии с ИПР</li> <li>4. Эмоциональная поддержка</li> <li>5. Контроль динамики уровня когнитивных нарушений (MMSE, батарея лобной дисфункции)</li> <li>6. Тренировка вестибулярного аппарата с помощью sling-системы по шведской технологии</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диагностика (тестирование), определение групп в зависимости от стадии деменции</li> <li>2. Профилактическая работа по предупреждению деменции</li> <li>3. Услуга почасового ухода</li> <li>4. Реабилитационные мероприятия. Предоставление средств реабилитации</li> <li>5. Когнитивная стимуляция</li> <li>6. Тренинги памяти, двигательных навыков</li> <li>7. Тренировка последовательности действий</li> <li>8. Занятия на спортплощадках, тропах здоровья, в художественных, швейных, ремонтных мастерских. Музыка и пение.</li> <li>9. Проводится пропаганда здорового образа жизни</li> </ol>

Среди работников домов-интернатов, указавших на ведение работы с семьями пожилых граждан с деменцией, проживающих в доме-интернате, были выделены следующие предоставляемые виды социальных услуг:

1. Оказание психологической помощи.
2. Юридическая консультация.
3. Обучение навыкам ухода за людьми с деменцией, в том числе в случае предоставления им домашнего отпуска.
4. Информационная работа.

Респондентам также было предложено определить, *какие услуги необходимо предоставлять домам-интернатам в зависимости от степени выраженности деменции у проживающих граждан*. В таблице 2.3 указанные услуги систематизированы в соответствии с перечнем законодательно установленных видов социальных услуг.

Таблица 2.3 – Услуги, которые, по мнению опрошенных работников домов-интернатов, должны оказываться гражданам с различной степенью выраженности деменции и членам их семей в стационарных учреждениях социального обслуживания

Категория граждан	Виды социальных услуг
Граждане с преддементным состоянием	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Социально-реабилитационные услуги.</i> Индивидуальные занятия по повышению памяти, внимания и мышления. Физическая реабилитация, трудотерапия, ежедневные тренинги двигательных и гигиенических навыков. Вовлечение в бытовую и трудовую деятельность. Разработка немедикаментозных методов профилактики и коррекции.</li> <li>2. <i>Социально-медицинские услуги.</i> Длительное медикаментозное сопровождение.</li> <li>3. <i>Социально-психологические услуги.</i> Проведение тестов с каждым вновь поступившим в дом-интернат. Диагностика, ранее выявление заболеваний, предрасполагающих к деменции.</li> </ol>

	<p>4. <i>Социально-педагогические услуги.</i> Память прошлого (наличие у людей фотографий, писем, открыток из их жизни). Поддержка в сохранении социальных навыков.</p> <p>5. <i>Социально-посреднические услуги.</i> Содействие деятельности общественных организаций, оказывающих помощь данным гражданам. Направление таких граждан в специализированные реабилитационные центры.</p>
Граждане с деменцией легкой степени выраженности	<p>1. <i>Социально-бытовые услуги.</i> Создание среды, соответствующей степени утраты когнитивных функций и навыков самообслуживания. Обеспечение необременительного ограничительного режима с круглосуточным наблюдением.</p> <p>2. <i>Социально-медицинские услуги.</i> Немедикаментозные и медикаментозные методы лечения. Совершенствование подходов к ранней диагностике с целью правильного подбора медицинского лечения.</p> <p>3. <i>Социально-реабилитационные услуги.</i> Поддержка в сохранении социальных навыков, общение, индивидуальная психотерапия, эмоциональная поддержка, вовлечение в бытовую и трудовую деятельность, физическая реабилитация.</p> <p>4. <i>Социально-психологические услуги.</i> Тренинги с психологом, основанные на событиях из их жизни, развитие памяти. Коррекция когнитивных нарушений. Коррекция самообслуживания, поведения, по возможности помощь в адаптации к самостоятельной жизнедеятельности даже в условиях дома-интерната.</p> <p>5. <i>Социально-педагогические услуги.</i> Привлечение данных граждан к творческой самодеятельности и кружковой работе. Обучающие и развивающие комплексы, работа, направленная на профилактику ухудшения (увеличения степени тяжести) деменции. Индивидуальные занятия и тренинги.</p>
Граждане с деменцией умеренной степени выраженности	<p>1. <i>Социально-бытовые услуги.</i> Безопасные условия проживания. Предупреждение травматизма. Создание адаптивной среды. Уход.</p> <p>2. <i>Социально-медицинские услуги.</i> Медикаментозная помощь и реабилитация. Диспансерное наблюдение.</p> <p>3. <i>Социально-реабилитационные услуги.</i> Физическая реабилитация.</p> <p>4. <i>Социально-психологические услуги.</i> Когнитивные тренинги, индивидуальная психотерапия, эмоциональная поддержка. Коррекционные занятия, реорганизация жилой среды с использованием эрго-принципов и элементов, поддерживающие коммуникации. По возможности адаптировать к самостоятельной жизнедеятельности даже в условиях дома-интерната.</p> <p>5. <i>Социально-педагогические услуги.</i> Работа по восстановлению утраченных навыков в быту. Чтение и пересказ литературы и периодических изданий.</p>
Граждане с деменцией тяжелой степени выраженности	<p>1. <i>Социально-бытовые услуги.</i> Обеспечение достойных условий проживания. Выявление и удовлетворение потребностей. Обеспечение круглосуточного наблюдения, постоянного постороннего ухода. Индивидуальный подход. Создание адаптивной среды. Обеспечение окружающего пространства знаками-указателями (душ, сан. узел, столовая и т. д.).</p> <p>2. <i>Социально-медицинские услуги.</i> Системное лечение и консультация специалистов. Устранение боли, дыхательных расстройств, профилактика пролежней. Немедикаментозные методы лечения.</p> <p>3. <i>Социально-реабилитационные услуги.</i> Физическая реабилитация.</p>

Члены семей, ухаживающие за гражданами с деменцией	<p>1. <i>Услуги временной передышки.</i> Предоставление отдыха.</p> <p>2. <i>Консультационно-информационные услуги.</i> Целевое медицинское и юридическое консультирование. Консультирование при посещении больных. Развитие системы и информирования со стороны юридических, психологических, медицинских, социальных и др. консультаций для семей, у которых есть люди с деменцией. Помощь в решении юридических вопросов.</p> <p>3. <i>Социально-психологические услуги.</i> Эмоциональная поддержка, устранение страха, моральная поддержка, связь с больным. Организация психологической помощи. Психотерапия.</p> <p>4. <i>Социально-педагогические.</i> Обучение правилам и методам ухода за людьми с данным диагнозом. Организация краткосрочных обучающих курсов. Организация групп самоподдержки членов семей, ухаживающих за гражданами с деменцией.</p> <p>5. <i>Социально-посреднические услуги.</i> Содействие деятельности общественных организаций, оказывающих помощь данным гражданам и семьям.</p> <p>6. <i>Социальный патронаж.</i> Система контроля за качеством оказываемой помощи в семье, сопровождение семьи.</p>
--	--

Результаты опроса свидетельствуют о том, что оказание услуг гражданам с деменцией, преддементным состоянием и семьям пожилых граждан с деменцией связано с определенными трудностями для стационарных учреждений социального обслуживания (рисунок 2.16).

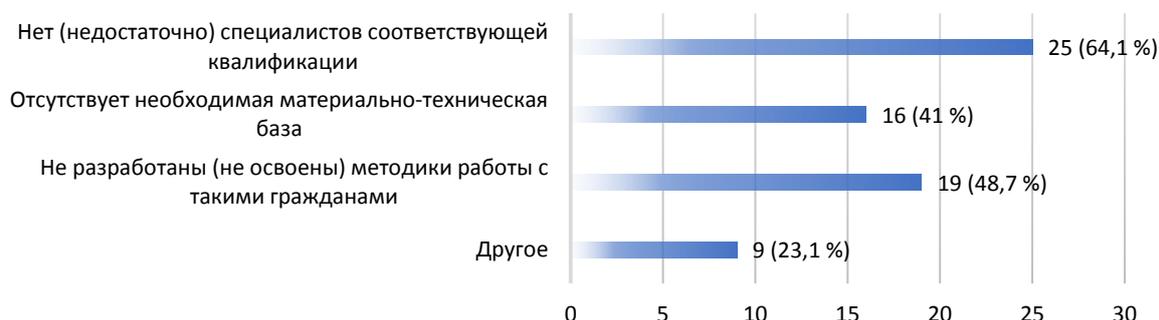


Рисунок 2.16 – Частота распространения причин, по которым услуги, необходимые для граждан с деменцией, с преддементным состоянием и членов их семей, не могут быть в настоящее время оказаны в стационарных учреждениях, в единицах (%)

Основную причину возникновения трудностей при оказании услуг, необходимых гражданам с деменцией, с преддементным состоянием или для членов их семей, руководители (специалисты) домов-интернатов видят в отсутствии специалистов соответствующей квалификации (64,1 %). Многие респонденты связывают возникающие затруднения также с двумя другими причинами: отсутствием методик работы с гражданами с деменцией (48,7 %) и отсутствием необходимой материально-технической базы (41 %). Значительное количество специалистов при ответе на данный вопрос отметило вариант «Другое». Среди специалистов, расшифровавших данный вариант ответа, были следующие причины: незаинтересованность родственников; недостаточное финансирование обеспечения медикамен-

тами проживающих и низкий уровень доходов их родственников, не позволяющий проводить адекватную и длительную медикаментозную терапию; переполненность стационарных учреждений социального обслуживания; незащищенность социальных работников перед действиями граждан с деменцией.

В ходе исследования было проанализировано также *взаимодействие домов-интернатов с другими организациями при оказании услуг гражданам с деменцией и их семьям*. Согласно ответам респондентов, практически равное количество домов-интернатов как взаимодействуют, так и не взаимодействуют с другими организациями при решении каких-либо вопросов, связанных с деменцией. Тем не менее большая часть (38) домов-интернатов сотрудничают с другими организациями (рисунок 2.17).



Рисунок 2.17 – Наличие взаимодействия с другими учреждениями и организациями по вопросам деменции, в единицах (%)

Среди организаций и учреждений, с которыми в основном сотрудничают дома-интернаты, были указаны: другие дома-интернаты, ТЦСОН и учреждения здравоохранения (поликлиники, центральные районные больницы, клинические психиатрические больницы, психоневрологические диспансеры, ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Республиканский центр «Здоровье»).

Также некоторые дома-интернаты взаимодействуют с такими учреждениями, как кафедра психиатрии и наркологии Гомельского государственного медицинского университета; Белорусское общество Красного Креста и его региональные подразделения – по вопросам обучения младшего медицинского персонала стационарных социальных учреждений правилам ухода за лежачими больными и сохранению собственного здоровья работников; ООО БелОИ; МОО «Голос сердца»; РОО «Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение»; Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» г. Москва; кафедра теории и методики физической культуры и спорта УО «ВГУ им. П.М. Машерова»; кафедра медицинской реабилитации Витебского государственного медицинского университета.

Как показал опрос, большинство руководителей (специалистов) домов-интернатов считают, что для устранения имеющихся *проблем в области оказания услуг гражданам с деменцией в стационарных учреждениях социального обслуживания* необходимо, в первую очередь, расширить штат работников-специалистов (психологов, реабилитологов и др.) (рису-

нок 2.18). При этом около половины респондентов (46 %) считают, что для пожилых граждан с деменцией необходимо создавать специализированные дома-интернаты. Это свидетельствует о достаточно ясном восприятии многими руководителями (специалистами) домов-интернатов пожилых граждан с деменцией как отдельной, важной категории получателей услуг в системе стационарного социального обслуживания.

Довольно высокое место по значимости занимает такое направление совершенствования, как разработка перечня социальных услуг с нормами обеспеченности ими граждан в зависимости от степени выраженности деменции, на что указали 27,5 % респондентов.



Рисунок 2.18 – Распределение по значимости отмеченных респондентами направлений решения проблем, возникающих при оказании услуг гражданам с деменцией в стационарных учреждениях социального обслуживания, в %

### Оценка возможности проживания людей с деменцией вне стационарных учреждений социального обслуживания

Большинство представителей домов-интернатов считают, что пожилые граждане с деменцией, проживающие в стационарных учреждениях, смогли бы проживать в собственной семье при развитии нестационарного и надомного социального обслуживания. Такой точки зрения придерживаются практически 60 % респондентов (рисунок 2.19). И только пятая часть (18,8 %) руководителей (специалистов) убеждена, что указанные граждане нуждаются в стационарном социальном обслуживании.

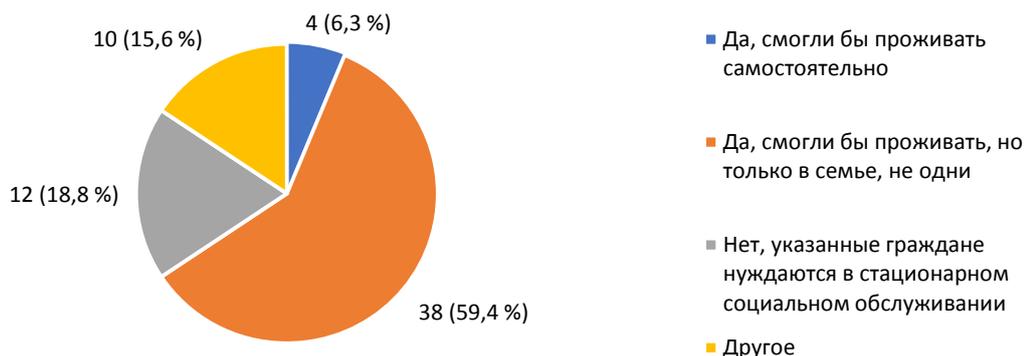


Рисунок 2.19 – Распределение мнений респондентов о возможности проживания пожилых граждан с деменцией вне стационарных учреждений, в единицах (%)

Безусловно возможность пожилых граждан с деменцией проживать вне стационарных учреждений зависит от состояния их здоровья, т. е. от степени выраженности деменции. Поэтому респондентам было предложено оценить, какая часть граждан с деменцией различной степени выраженности (в процентном выражении) смогла бы проживать самостоятельно или в семье при развитии нестационарного и надомного социального обслуживания. Для большей наглядности удельный вес граждан с деменцией, которые могут проживать самостоятельно, разбит на четыре группы и представлен на рисунке 2.20.

По мнению большинства (30 из 69) респондентов, от 75 до 100 % граждан с деменцией легкой степени выраженности могут проживать самостоятельно или в семье при развитии нестационарного и надомного социального обслуживания. Наиболее существенно мнения специалистов разделились в отношении группы пожилых граждан с деменцией умеренной степени выраженности. Однако практически треть (22 из 69) руководителей (специалистов) считает, что самостоятельно или даже в семье смогут проживать только от 0 до 25 % таких граждан. Относительно граждан с деменцией тяжелой степени выраженности, подавляющее большинство респондентов (44 человека или 84,6 %) указали, что менее четверти таких граждан смогут проживать самостоятельно или в семье. При этом из них 25 человек (48 % респондентов) указали, что никто из граждан с тяжелой степенью выраженности деменции не способен проживать самостоятельно (вариант ответа 0 %).

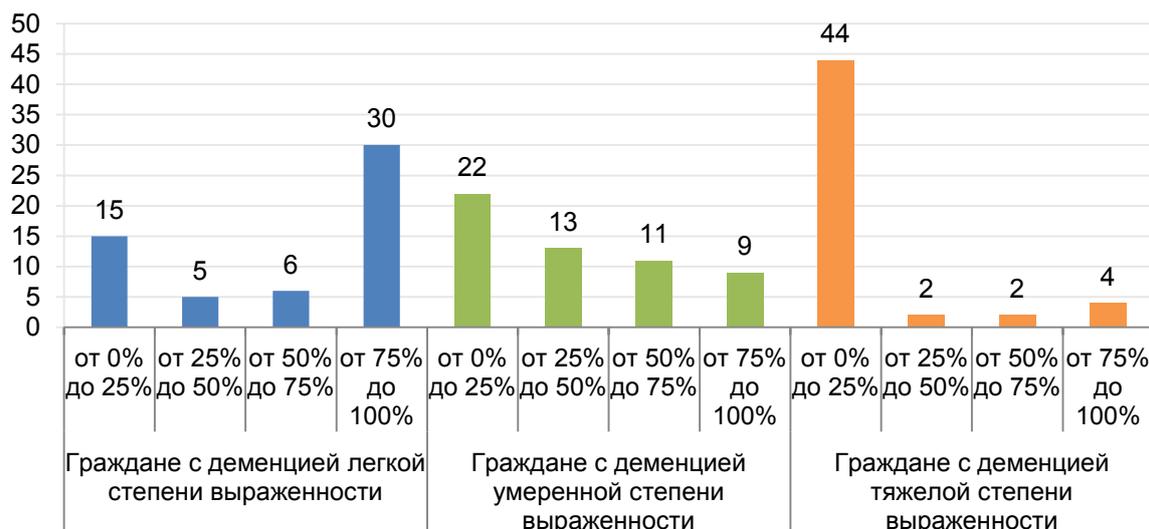


Рисунок 2.20 – Удельный вес граждан с деменцией различной степени выраженности, которые, по мнению респондентов, могли бы проживать самостоятельно или в семье при развитии нестационарного и надомного социального обслуживания, в единицах

Средние значения удельного веса граждан с деменцией различной степени выраженности, которые, по мнению руководителей (специалистов) стационарных учреждений, могли бы жить в домашней обстановке при поддержке семьи или даже независимо, представлены на рисунке 2.21.

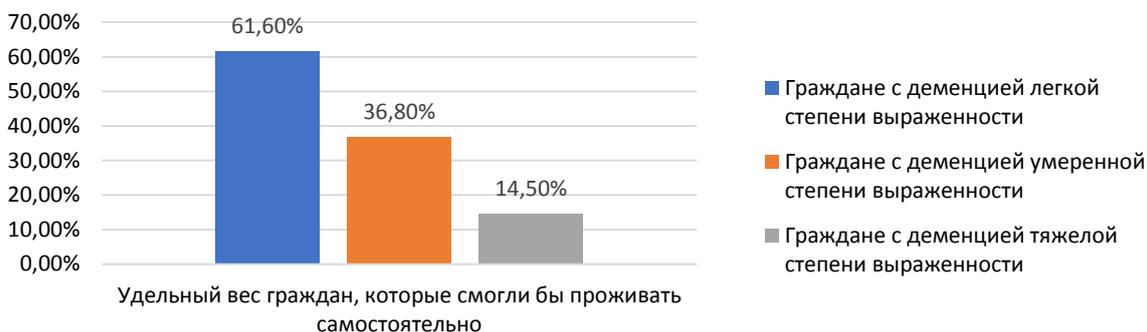


Рисунок 2.21 – Удельный вес граждан с деменцией различной степени выраженности, которые, в среднем, могли бы проживать самостоятельно или в семье при развитии нестационарного и надомного социального обслуживания, %

Таким образом, данные опроса подтверждают существенное снижение способности к самостоятельному проживанию по мере прогрессирования деменции: если среди граждан с легкой степенью выраженности деменции, по мнению респондентов, более половины (61,6 %) могут жить вне стационарных учреждений, то среди граждан с тяжелой степенью выраженности деменции – только 14,5 %.

Как известно, условием направления пожилого гражданина в психоневрологический дом-интернат является признание его в установленном порядке недееспособным. Учитывая, что в настоящее время большинство граждан с деменцией находятся именно в психоневрологических домах-интернатах, респондентам был задан вопрос о том, насколько, по их мнению, указанные граждане действительно являются недееспособными. Большинство респондентов (38 человек или 57 %) считают, что лишение дееспособности оправ-

дано только в отношении граждан с тяжелой степенью выраженности деменции. И только чуть более четверти респондентов (19 человек или 28 % опрошенных) указали, что все граждане, страдающие деменцией, вне зависимости от степени ее выраженности, должны в установленном порядке лишаться дееспособности. При этом никто из опрошенных специалистов не считает, что граждане с деменцией являются дееспособными и лишение их дееспособности нецелесообразно (рисунок 2.22).

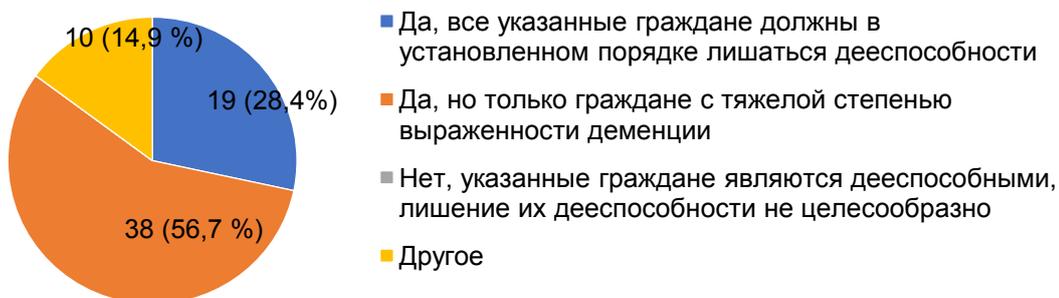


Рисунок 2.22 – Распределение ответов на вопрос о том, является ли оправданным признание граждан с деменцией недееспособными, в единицах (%)

Следует отметить, что ответы респондентов существенно отличаются в зависимости от того, в доме-интернате какого профиля они работают, т. е. граждан с какой степенью психической патологии они ежедневно наблюдают. Так, среди представителей домов-интернатов общего типа абсолютное большинство (85 %) поддерживают лишение дееспособности только в отношении граждан с тяжелой степенью выраженности деменции (рисунок 2.23). При этом среди указанной группы респондентов только 5 % (1 человек) считает, что все граждане с деменцией являются недееспособными, в то время как среди представителей психоневрологических домов-интернатов сторонников указанной радикальной точки зрения более трети (38,1 %, 17 человек).

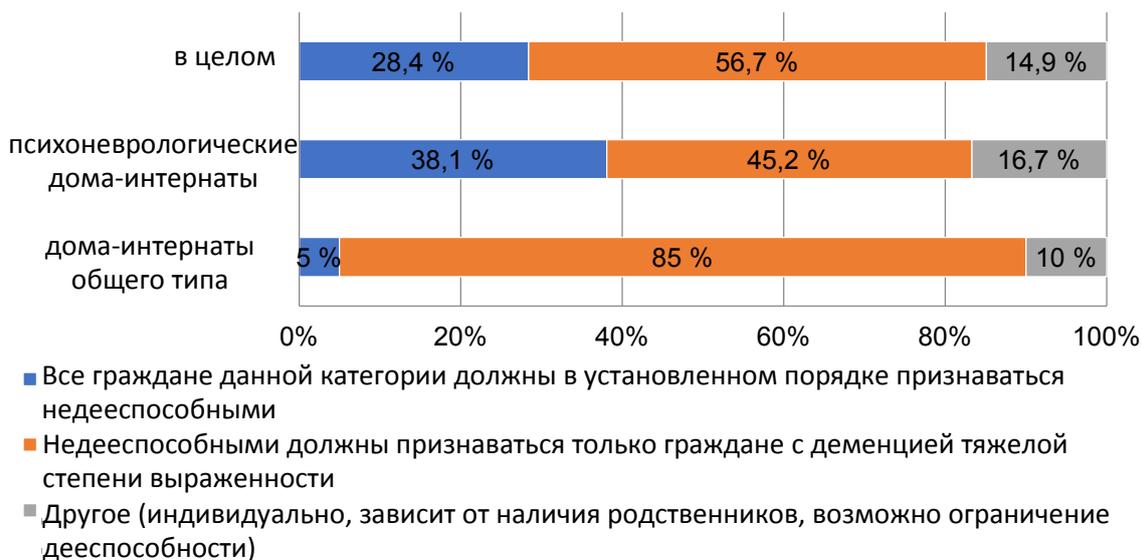


Рисунок 2.23 – Распределение ответов на вопрос о том, является ли оправданным признание граждан с деменцией недееспособными, в разрезе типов домов-интернатов, %

### **Перспективные направления действий в интересах людей с деменцией**

По мнению представителей домов-интернатов, для решения проблем в области деменции в Беларуси необходимо, в первую очередь, принимать меры по следующим направлениям:

- широкое информирование населения о сути деменции, первичных симптомах, правилах ухода за людьми с деменцией, особенностях их поведения;
- совершенствование подходов к ранней диагностике деменции с целью правильного определения лечебной тактики;
- увеличение мер по предупреждению, профилактике деменции среди пожилых граждан;
- улучшение материального оснащения организаций здравоохранения и социального обслуживания;
- развитие системы помощи и поддержки пожилым гражданам с деменцией и их семьям в нестационарных учреждениях социального обслуживания;
- повышение профессиональной подготовки медицинских и социальных работников в части работы с людьми с деменцией и членами их семей;
- разработка соответствующих услуг для людей с легкой степенью выраженности деменции, а также применения нелекарственных методов коррекции.

На каждое из указанных направлений указали более половины опрошенных руководителей (специалистов) домов-интернатов (рисунок 2.24). Также следует отметить, что около 30 % респондентов не хотели бы исключать практически ни одно из предложенных направлений действий (мер). Это свидетельствует о том, что стратегия по решению проблем деменции должна быть комплексной и включать в себя различные меры как в области развития социального обслуживания, так и в более широком контексте.

Таким образом, анализ практики стационарного социального обслуживания пожилых людей с деменцией позволяет сделать следующие выводы.

В настоящее время в домах-интернатах происходит развитие специальных социальных услуг для пожилых граждан с деменцией, но их предоставление достаточно ограничено. Подавляющее большинство оказываемых социальных услуг для данных граждан являются общими для домов-интернатов, а их специфика обусловлена лишь различием профиля учреждения. Тем не менее, во многих учреждениях организована работа как с гражданами, имеющими деменцию различной степени выраженности, так и с членами их семей и гражданами «группы риска». Дальнейшее развитие данной работы является важным условием развития системы обслуживания и поддержки граждан с деменцией и членов их семей.

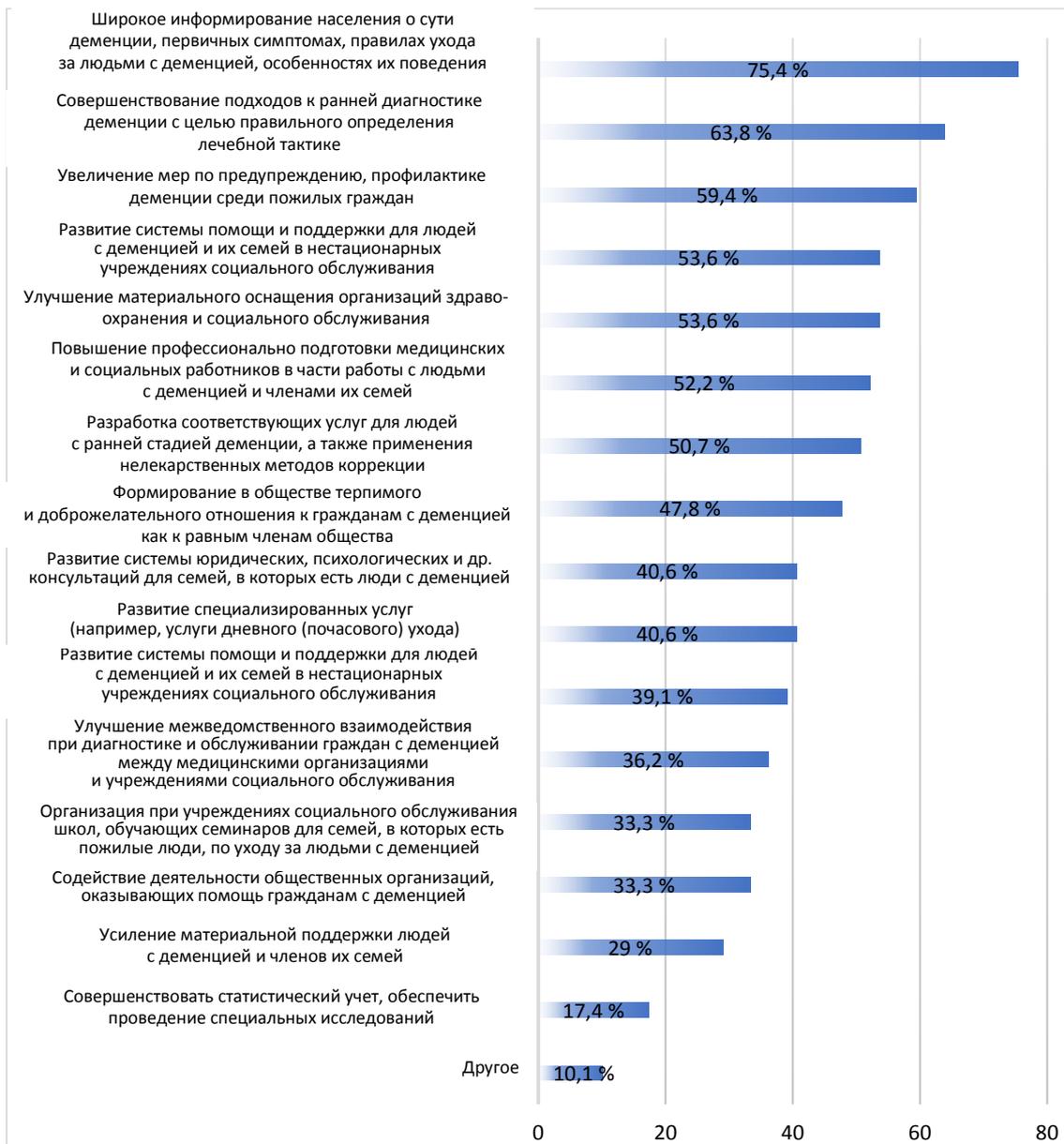


Рисунок 2.24 – Анализ мнений сотрудников домов-интернатов о мерах (направлениях), необходимых для решения проблем деменции в Беларуси, %

Внедрение новых видов социальных услуг в отношении пожилых граждан с деменцией осуществляется в домах-интернатах довольно низкими темпами, что связано, прежде всего, с неудовлетворенной в полном объеме потребностью в специалистах (реабилитологах, психологах). Вместе с тем довольно высокие объемы бюджетного финансирования данных учреждений позволяют им предоставлять широкий спектр социальных услуг, создавать более комфортные условия проживания в доме-интернате, включая питание, обеспечение лекарственными средствами, развивать

материально-техническую базу, в том числе создавать специализированные кабинеты, приобретать технические средства социальной реабилитации и др. Однако отсутствие обновления услуг может свидетельствовать о назревшей в настоящее время необходимости расширения перечня социальных услуг, предоставляемых гражданам с деменцией, с преддементными состояниями или членам их семей, внедрения новых методик и технологий работы.

По оценке большинства руководителей (специалистов), пожилые граждане, находящиеся в настоящее время на стационарном социальном обслуживании, смогли бы проживать в собственной семье или даже самостоятельно при развитии нестационарного и надомного социального обслуживания. В первую очередь речь идет о пожилых гражданах с деменцией легкой степени выраженности: более половины респондентов убеждены, что от 75 до 100 % указанных граждан могут проживать вне стационарных учреждений. Кроме того, по мнению большинства специалистов домов-интернатов (особенно общего типа), лишение дееспособности в полной мере оправдано только в отношении граждан с тяжелой степенью выраженности деменции.

Одним из наиболее принципиальных вопросов, решение которого необходимо для развития стационарного социального обслуживания пожилых граждан с деменцией, по мнению респондентов, является расширение штата работников-специалистов (психологов, реабилитологов и др.). В этой связи основную причину возникновения трудностей при оказании услуг, необходимых для граждан с деменцией, руководители (специалисты) домов-интернатов видят в отсутствии специалистов соответствующей квалификации (64,1 %). При этом более половины респондентов (52,2 %) считают необходимым в целях совершенствования системы обслуживания граждан с деменцией в Республике Беларусь обеспечить повышение профессиональной подготовки медицинских и социальных работников в части работы с людьми, страдающими деменцией, и членами их семей.

Наиболее важными мерами необходимыми для решения проблем деменции в Республике Беларусь, с точки зрения специалистов домов-интернатов, являются меры информационно-пропагандистского характера (информирование населения о сути деменции, первичных симптомах, правилах ухода за людьми с деменцией, особенностях поведения и др.), а также развитие системы ранней диагностики и профилактики деменции среди пожилых граждан.

## **2.4. Реалии и перспективы развития социального обслуживания людей с деменцией и членов их семей: результаты опроса экспертов**

*Милькота Н.В.*

С целью комплексной оценки существующей в стране системы поддержки людей с деменцией и членов их семей НИИ труда Минтруда и соцзащиты в 2016 г. было проведено социологическое исследование с использованием качественного метода – интервью экспертов. В качестве экспертов выступили руководители и специалисты государственных и негосударственных организаций, оказывающих услуги гражданам с деменцией и их семьям в области здравоохранения и социального обслуживания. Всего было проведено 7 интервью, из которых 5 – индивидуальные глубинные интервью, 2 – групповые интервью. В результате в опросе приняли участие 11 человек.

### **Краткая характеристика респондентов (экспертов)**

В число экспертов вошли 6 представителей негосударственного сектора, 5 представителей государственных организаций здравоохранения. Большинство экспертов имели медицинское образование, что объясняется тем, что значительная часть помощи, предоставляемой людям с деменцией, в настоящее время сосредоточена в системе здравоохранения (психиатрическая помощь). Кроме того, опрос руководителей (специалистов) стационарных учреждений социального обслуживания также проводился отдельно.

Большинство экспертов имеют значительный (более 10 лет) опыт работы в области изучения проблемы деменции или оказания услуг пожилым гражданам указанной категории. Ряд респондентов имеют личный опыт взаимодействия гражданами с деменцией. Только у 3 из 11 экспертов опыт непосредственной работы с указанной категорией составил менее 5 лет.

Все эксперты подтвердили полную готовность обсуждать вопросы развития социального обслуживания пожилых граждан с деменцией.

### **Оценка степени информированности общества и целевых групп о проблеме деменции**

Всеми экспертами отмечен низкий уровень информированности как общества в целом, так и семей, имеющих в своем составе пожилых граждан, в отношении признаков деменции и особенностей указанной категории граждан. При этом два эксперта назвали уровень информированности «нулевым».

По мнению экспертов, низкая степень информированности населения обусловлена как «общей культурной неграмотностью», так и низкой степенью приоритетности данной проблемы в рамках государственной политики.

Обращает на себя внимание, что 4 из 7 экспертов<sup>31</sup> указали, что специалисты здравоохранения («врачи», «медики»), с которыми, как правило,

---

<sup>31</sup> Поскольку на групповых интервью фиксировались согласованные позиции, в дальнейшем во избежание диспропорций в ранжировании ответов результаты группового интервью будут рассматриваться как одно экспертное мнение.

в первую очередь, сталкиваются семьи с дементными пожилыми гражданами, не помогают преодолеть информационный дефицит («кокон»). С одной стороны, врачи первичного звена, как правило, «прописывают лекарства, ничего не объясняя», или «говорят, что будет хуже», или «не обращают внимания». С другой, они сами не всегда готовы видеть в отдельных симптомах проявление деменции, а не «обычное старение».

Низкая степень информированности общества и специалистов, по мнению большинства экспертов, является серьезной проблемой, поскольку отрицательно сказывается на выявляемости деменций пожилого возраста, особенно на начальной стадии. Объясняя деменцию естественным угасанием когнитивных функций в старости или особенностями характера, сами люди и их родственники длительное время игнорируют проявления деменции и обращаются в психиатрическую службу только на стадии умеренной или даже тяжелой деменции, сопровождающейся агрессивным или неадекватным поведением («когда начинают жарить гвозди»), нуждаемостью в постоянном постороннем уходе. При этом часто обращения связаны с необходимостью установления инвалидности или решения вопроса о дееспособности пожилого гражданина.

Вместе с тем, как подтвердили экспертные интервью, именно на стадии деменции легкой степени выраженности как медицинская помощь, так и социальное обслуживание наиболее эффективны. Своевременное начало приема медицинских препаратов позволяет продлить период легкой выраженности деменции и увеличить общую продолжительность жизни пожилых граждан с деменцией до 10–12 лет, а его дополнение немедикаментозными методами работы позволяет добиться частичной реабилитации таких людей.

Отдельные эксперты указали, что недокументирование легкой степени деменции в настоящее время обусловлено тем, что гражданам и их семьям «нечего предложить», а риск стигматизации является высоким.

### ***Особенности целевой группы получателей услуг и проблема дееспособности***

По мнению большинства экспертов, основной отличительной особенностью данной целевой группы является влияние заболеваемости на способность к самообслуживанию («к самостоятельной жизни», к «осуществлению повседневной деятельности»). При этом одни эксперты отмечали, что прогрессирующий характер заболевания ведет к «деградации», утрате двигательной активности, способности к самостоятельной реализации первичных потребностей (туалет, прием пищи), и этот период составляет от месяца до нескольких лет. Другие же указывали в целом на ежегодный рост распространенности деменций в Беларуси как на вызов, стоящий перед системами медицинской помощи и социального обслуживания.

Около половины экспертов (3 из 7) неоднократно подчеркивали риск стигматизации, характерный для данной категории получателей услуг; еще 2 отмечали необходимость работы с обществом для формирования «дружественного» отношения к указанной категории граждан.

Большинство экспертов отметили неадекватность поведения людей с деменцией, обусловленную возникновением ментальных проблем, утратой контроля над своей жизнью и «постоянной обеспокоенностью». Осо-

бым источником риска отмечено наличие у людей с деменцией, как и у многих лиц с психическими заболеваниями, сохранности физической силы. По словам психиатров, случаи проявления агрессии у таких пациентов не являются частыми.

Указанные особенности целевой группы влияют на процесс оказания социальных услуг. В первую очередь, значение имеет характер коммуникации, взаимодействия лица, оказывающего услуги, с пожилым человеком, поскольку «неправильное оказание социальных услуг провоцирует неадекватность» людей с деменцией.

Также постепенная утрата контролирующих функций людьми с деменцией объясняет то, что, по мнению многих экспертов (5 из 7), они нуждаются в «контролере» или «патронаже».

По мнению многих экспертов, недооценен вопрос влияния возникновения деменции на жизнь не только самого пожилого человека, но и всех членов семьи. Для последних характерен «шок» и «кардинальное изменение» образа жизни, постепенное «выгорание», стремление «защитить себя», поместив пожилого человека в дом-интернат. В этой связи при развитии системы социального обслуживания важно ориентироваться не только на эффект от оказания услуг непосредственно пожилым гражданам, но и членам их семьи.

Вопрос о степени дееспособности пожилых граждан с деменцией различной степени выраженности вызвал у экспертов серьезные затруднения и был расценен, в целом, как неоднозначный, хотя и важный.

Наиболее активные эксперты отмечали, что «чем раньше человек лишается дееспособности, тем быстрее он деградирует» и что «неправильно рассматривать вопрос лишения дееспособности как условие для направления в дом-интернат».

По мнению двух представителей системы здравоохранения, данный вопрос не является принципиальным для медиков, но связан с юридическими критериями.

Вопрос дееспособности связан не только с вопросом безопасности пожилого человека с деменцией, но с тем, что он «является потенциальной жертвой злоупотребления (мошенничества)» и его благополучие часто зависит от «порядочности тех, кто рядом». Поэтому, по мнению трех экспертов, назначение опекуна (особенно на тяжелой стадии) является хорошей практикой. Ведь наиболее существенные проблемы возникают у одиноких пожилых граждан с деменцией.

Поскольку, по мнению большинства экспертов, пожилые люди с деменцией длительное время сохраняют способность к выполнению различных действий, ими были предложены следующие альтернативы полному лишению дееспособности:

- практика оформления доверенностей, обеспечивающая участие человека в планировании своего будущего. При этом доверенности могут быть разнообразными и действовать на протяжении ограниченного периода времени. Безусловно, данный способ имеет смысл преимущественно на ранней стадии, в связи с чем возрастает значимость ранней диагностики;
- ограничение дееспособности. Однако здесь высок риск формирования «мертвых норм». Поэтому так важна разработка системы критериев;
- определение дееспособности «по отраслям» или в отношении определенных видов деятельности. Например, в Швейцарии за пожилым с де-

менцией сохраняется право на принятие решения о приеме пищи, о реализации лечения, но ограничивается право на принятие решений по имущественным вопросам. Соответственно, градация по отраслям может быть выстроена в зависимости от функционального класса фиксируемых ограничений жизнедеятельности;

– развитие патронатного права (установления патронажа над дееспособными гражданами без ограничения их прав).

### ***Возможности и нуждаемость в социальных услугах пожилых граждан с деменцией различной степени выраженности и членов их семей***

По мнению большинства экспертов, для граждан с легкой степенью выраженности деменции доступно выполнение основных операций, связанных с передвижением и самообслуживанием. Однако могут возникать проблемы с освоением нового (именно поэтому переезд часто служит катализатором деменции), с выполнением функций контроля (подбор одежды), с оплатой услуг и обращением с деньгами, ориентацией во времени.

Поэтому, как правило, если в систему здравоохранения и обращаются граждане с легкой степенью деменции, то по поводу сопутствующих заболеваний (например, депрессии).

На стадии умеренной деменции, как правило, человек может осуществлять самообслуживание, но с посторонней помощью, постепенно доходя до уровня развития «ясельного ребенка».

При деменции тяжелой степени выраженности у человека возникают проблемы с контролем физиологических отпавлений, снижается двигательная активность и постепенно достигает максимума зависимость от посторонней помощи и ухода.

Характеризуя сохраненные возможности и способность к самостоятельному проживанию, эксперты нередко акцентировали, что «все очень индивидуально» и «зависит от окружения». Тем не менее, по общему мнению, граждане с легкой степенью выраженности деменции могут проживать самостоятельно и независимо в домашней обстановке. По мнению других, обеспечить проживание в домашней обстановке можно для пожилых граждан с деменцией любой степени выраженности. Но при этом должны быть решены вопросы безопасности (с кем оставить в дневное (рабочее) время, как организовать жизненное пространство и т. п.) и обеспечено регулярное медицинское вмешательство (контроль приема лекарств, динамическое наблюдение, патронаж). Так, была отмечена необходимость постоянного присмотра уже для граждан с умеренной степенью выраженности деменции. Следовательно, такие граждане могут проживать дома только совместно с семьей или при привлечении к уходу родственников, соседей, социальных работников, волонтеров.

Таким образом, по мнению большинства экспертов, возможность проживания в домашней обстановке зависит не столько от степени заболевания, сколько от созданных условий. В качестве условий, которые способны продлить период проживания пожилых граждан с деменцией в домашней обстановке, выделены следующие:

– постоянная тренировка сохраненных навыков, памяти, развитие (через занятия по мелкой моторике, творчеству) (5 экспертов из 7);

- адаптация окружающей среды (формирование системы указателей, избегание незнакомых предметов; фиксаторы на окнах/дверях, заклеивание дверей обоями, цветовое оформление и т.п.) (4 эксперта);
- содействие коммуникации, вовлечение в социальные процессы (4 эксперта);
- подготовка окружения / работа с родственниками (4 эксперта);
- использование опознавательных знаков (беджей, нашивок на одежде, браслетов, на ношение которых может быть получено согласие на ранней стадии и которые могут трактоваться позитивно – как принадлежность к группе, и специальных паспортов, содержащих основную информацию о человеке) (4 эксперта);
- соблюдение режима дня (индивидуально структурированного) (3 эксперта);
- патронаж (регулярное посещение) (3 эксперта);
- поддержание активности, в том числе физической (3 эксперта);
- обеспечение контроля приема медицинских препаратов (2 эксперта);
- внедрение систем слежения / реагирования («горячие кнопки» на телефоне, GPS в телефоне) (2 эксперта).

При этом большинство экспертов солидарны, что в отношении одиноких пожилых граждан, начиная со стадии умеренной деменции, задача обеспечения полной безопасности является практически невыполнимой.

#### ***Оценка системы социального обслуживания и помощи пожилым людям с деменцией и их семьям***

Экспертами не было высказано откровенных критических оценок в отношении систем медицинской помощи и социального обслуживания граждан с деменцией. Вместе с тем, большинство экспертов активно говорили о необходимости совершенствования работы, как психиатрической службы, так и особенно о необходимости формирования развернутой сети организаций, которые оказывали бы социальные услуги и осуществляли необходимую поддержку людей с деменцией и их семей.

Показательно, что 3 из 7 экспертов отметили, что им не известны государственные или негосударственные организации, оказывающие социальные услуги гражданам с деменцией. При этом представители общественных организаций подчеркнули, что они работают с данной категорией нецеленаправленно, часто интуитивно и не имея четких алгоритмов работы, а также, что многие из получателей услуг не имеют подтвержденного диагноза деменция. Мнения остальных экспертов разделились: кто-то считал, что социальные услуги гражданам с деменцией оказывают только ТЦСОН, другой – исключительно организации здравоохранения, по мнению третьего «у человека с деменцией один путь – в дом-интернат».

Среди организаций, с которыми экспертам приходилось взаимодействовать по вопросам социального обслуживания людей с деменцией, также были указаны дома-интернаты и ТЦСОН, но даже такой опыт имели не все эксперты.

#### ***Перспективы развития: актуальные направления и конкретные идеи***

Все эксперты в своих интервью подтверждали необходимость развития (формирования) системы социального обслуживания как пожилых граждан

с деменцией, так и членов их семей. Основным аргументом для этого выступала убежденность в ежегодном росте заболеваемости деменциями пожилого возраста, что может привести к увеличению нагрузки как на систему психиатрической помощи (если граждане с деменцией будут длительно содержаться в психиатрических стационарах), так и на государственный бюджет в целом (за счет роста расходов на содержание психоневрологических домов-интернатов, выплаты пенсий по инвалидности и т. п.). В результате система может «не выдержать». Поэтому, особенно в условиях роста ожидаемой продолжительности жизни, важно сместить риск наступления деменции на более поздний возраст путем профилактики и раннего выявления (в амбулаторных условиях) и продлить период независимого проживания указанных граждан. Это позволит использовать как потенциал самих пожилых людей, сохранивших ментальные способности, так и их родственников.

Мнения экспертов о том, какие меры являются первоочередными для улучшения ситуации в области деменции, разделились. При этом высказывались как конкретные предложения, так и задачи общего характера.

Так, в качестве наиболее общих первоочередных задач были высказаны необходимость изменения отношения общества и государства к проблеме деменции, повышения степени ее приоритетности, а также повышение престижа профессии социального работника и статуса волонтера.

Среди актуальных мер (направлений), имеющих первоочередное значение, наиболее часто указывались:

1. Подготовка специалистов (в том числе из числа работников учреждений социального обслуживания и врачей общей практики), готовых оказывать консультационные услуги семьям и непосредственно работать с пожилыми людьми с деменцией с применением немедикаментозных методов. При этом могут быть задействованы как система вузовского образования, так и система повышения квалификации.

2. Широкое информирование общественности путем проведения «регулярных и массовых» республиканских акций, привлечения СМИ, размещения соответствующих материалов, в том числе социальной рекламы, на телевидении, в интернете, в общественных местах, организации «публичных лекций». Тем не менее, по мнению некоторых экспертов, организация просветительской кампании важна не на первом этапе, а лишь после создания организационных и материально-технических условий для оказания социальных услуг пожилым людям и членам их семей.

3. Образование родственников, имеющих пожилых людей с деменцией, с целью формирования у них понимания сути деменции как психического заболевания, ее признаков, способов помощи, а также усиления ответственности взрослых детей за своих нетрудоспособных родителей.

4. Создание необходимой инфраструктуры: специализированных организаций (отделений) для граждан с деменцией – как стационарных, так и нестационарных, адаптированных для посещения (проживания) людьми с деменцией, а также специальной «горячей линии».

5. Поддержка деятельности общественных организаций, с одной стороны, оказывающих услуги пожилым гражданам с деменцией и их семьям, с другой – вовлекающих пожилых с деменцией в волонтерскую деятельность с целью обеспечения их социальной интеграции.

Для целей сопоставления результатов экспертного интервью с данными анкетного опроса ответы экспертов о перспективных направлениях (мерах) социальной политики, в том числе и в области социального обслуживания, были систематизированы с использованием перечня направлений, представленного в анкете для семей (рисунок 2.25).

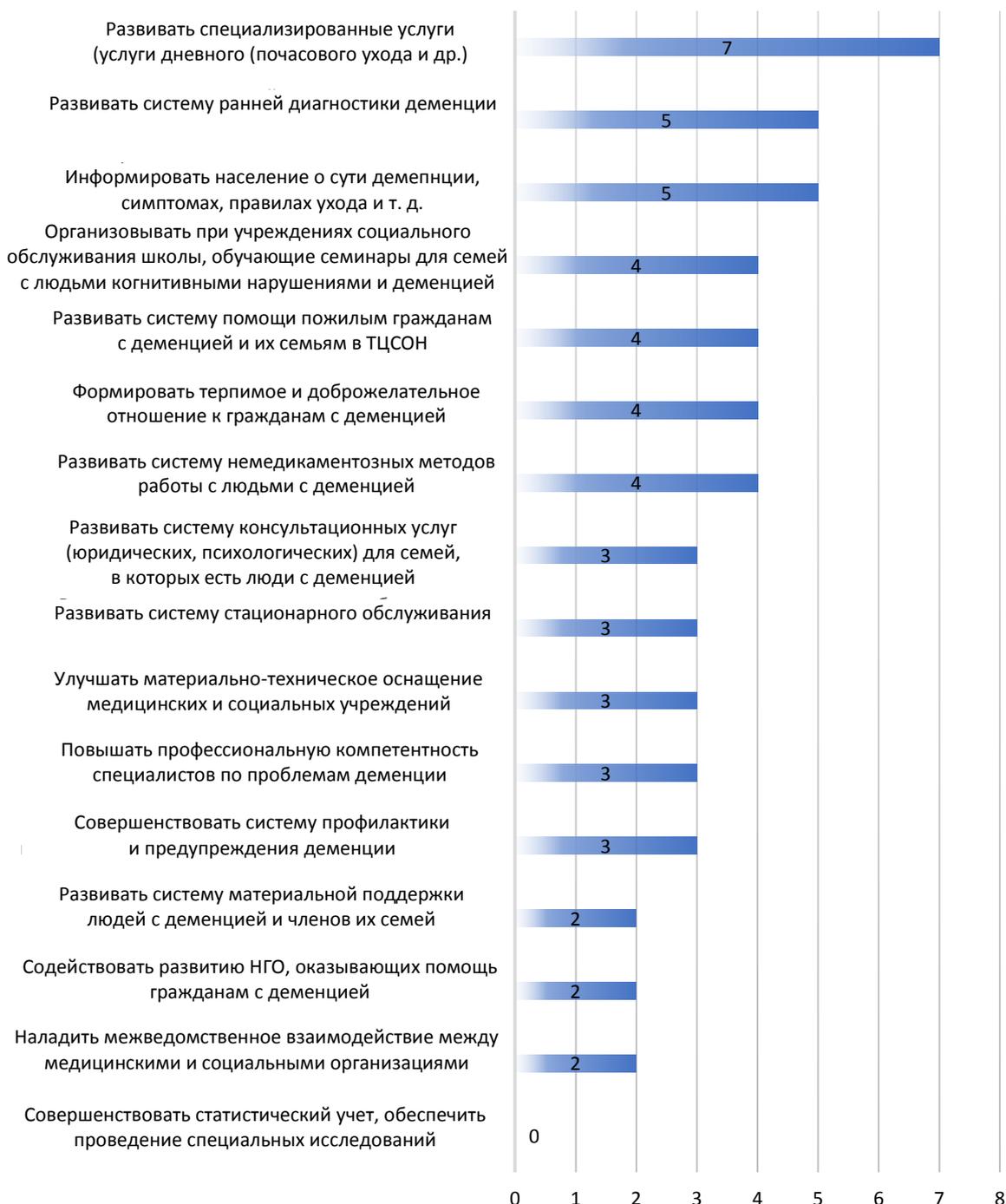


Рисунок 2.25 – Распределения ответов экспертов о перспективных направлениях (мерах) социальной политики в интересах пожилых граждан с деменцией и членов их семей, человек

Таким образом, по мнению экспертов, приоритетные направления связаны с развитием специальных услуг (прежде всего, дневных центров/отделений и услуг передышки), развитием системы ранней диагностики в целях профилактики и реализацией пропагандистских и образовательных программ для широкого информирования населения о сути деменции и способах взаимодействия с указанными гражданами.

Следует подчеркнуть, что оказание помощи и поддержки пожилым гражданам с деменцией и членам их семей требует реализации целого комплекса различных мер, в том числе и выходящих за рамки собственно системы социального обслуживания. Именно поэтому особую актуальность приобретает вопрос обеспечения тесного межведомственного взаимодействия и, возможно, разработки комплексной концепции (стратегии) по предотвращению роста распространенности деменции и осуществлению поддержки указанной целевой группы.

В качестве конкретных примеров (проектов) для практической реализации на начальном этапе экспертами были предложены следующие.

1. Создание 1 или 2 отделений небольшой мощности для социальной реабилитации пожилых людей с деменцией в условиях дневного пребывания. Функционирование отделения может быть организовано как на бесплатной, так и на платной основе. Деятельность отделения должна включать в том числе проведение тренингов, оказание поддержки семьям. В таком случае задачей психиатра (приезжающего по заявке учреждения социального обслуживания) будет являться оценка состояния и разработка рекомендаций. В дальнейшем такие центры могут функционировать как центры шаговой доступности. Доставка в них должна осуществляться с привлечением социального такси. Группы в таких отделениях должны быть укомплектованы в зависимости от уровня (степени выраженности деменции).

2. Создание системы социальных, а не медицинских учреждений – «диагностические центры – центры дневного пребывания – дома ухода», функционирующей на принципах преемственности и обеспечивающей раннюю диагностику деменции в амбулаторных условиях. В указанных учреждениях основной персонал должен формироваться из числа психологов, так же нужны трудотерапевты и парамедики, физиотерапевты.

3. Создание специальных отделений (специализированных палат) при стационарных учреждениях социального обслуживания преимущественно общего типа, не психоневрологических. Адаптация условий проживания в указанных учреждениях к возможностям людей с деменцией различной степени выраженности. Важно использование системы указателей (в том числе цветовых), проведение реабилитационной работы с целью возвращения пожилых людей к самостоятельной жизни, соблюдение принципов ухода, стимулирующего сохранение собственной активности и способствующего социальной вовлеченности пожилых граждан с деменцией. Размещение людей с деменцией при этом может основываться как на оценке степени выраженности деменции, так и на учете интеллектуального, культурного уровня и интересов. Увеличению реабилитационного потенциала указанных отделений будет способствовать учет стадии

деменции при организации пространства (на ранней – повышенная подвижность – двор закольцован; хорошо помнят прошлое – использование предметов интерьера из прошлого; необходимость психологической разрядки – использование аниматерапии; на тяжелой – потребность в защите – кровать-кабинка).

4. Создание «горячей линии», предоставляющей консультационные услуги пожилым гражданам с деменцией и членам их семей по поиску организаций, оказывающих помощь и иные необходимые услуги.

5. Обучение специалистов, способных работать по методу «кейс-менеджмента» и выступать в роли «социального аниматора», т. е. специалистов, способных изучить все имеющиеся ресурсы и организовать пожилому человеку с деменцией необходимую поддержку путем привлечения различных участников (родственников, специалистов, волонтеров, соседей и др.).

6. Создание на базе одного из районов города отделения дневного пребывания, специализирующегося на реабилитации, психологическом восстановлении пожилых с деменцией. В штат отделения должны войти психологи, специалисты по социальной работе, реабилитологи, эрготерапевты, трудотерапевты. В функции отделения должна входить работа с семьей пожилого человека с деменцией. При этом с другими структурами должна быть достигнута договоренность о доставке пожилых граждан в отделение и обратно. Через три года проверить результат проекта.

Отделение дневного пребывания должно быть соответствующе оборудовано: цвет стен, пол, знаки-указатели, без лифта (бояться), по возможности с приусадебной территорией (полезна работа в саду). Тишина (нужен отдых от людей). Важна организация дня: пожилые граждане все должны делать сами. Это их место. Они не объекты. Специалист – их помощник. Больше права выбора. Чем позже человек превратится в получателя услуг, тем ниже риск прогресса заболевания. Пусть медленно, но делает сам, но нужны подсказки–картинки.

7. Создание дневных центров для пожилых людей с когнитивными нарушениями и деменцией (легкой степени выраженности). При этом группы формируются по степени выраженности деменции на основе применения общепризнанных тестов. Цель занятий – профилактика и содействие продлению периода легкой степени выраженности деменции. Возможные занятия: развитие мелкой моторики, кроссворды, фотографии, творчество, «пение для мозга», игра с ритмикой, вовлекающая эмоциональную память, кружки для беседы (которые могут вести и волонтеры, и те, кто проходит альтернативную службу, используя перечень вопросов и артефакты). В целом, занятия организуются по запросам пожилых граждан. Помещения для их проведения может быть оформлено как квартира в стиле 50–60-х гг. (времени молодости получателей услуг). Важно переоборудование помещения («шлюзы» на входе/выходе, большая туалетная комната, указатели). Обязательный элемент – доставка «от порога до порога» с сопровождением волонтеров, а также обеспечение патронажа группы не медицинским работником, а специалистом в области социального обслуживания<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Подробное описание данной модели работы см. в разделе 3.2.

### ***Социальные услуги, необходимые пожилым гражданам с деменцией различной степени выраженности и членам их семей***

Практически все эксперты подтвердили целесообразность, во-первых, дифференциации социальных услуг в зависимости от степени выраженности деменции, поскольку заболевание имеет выраженный прогрессирующий характер и сопровождается возрастающей зависимостью человека от постороннего ухода, а во-вторых – предоставления услуг членам семьи, ухаживающим за пожилым с деменцией, с целью сокращения численности случаев отказа родственников от ухода за такими гражданами.

Так, по мнению некоторых экспертов при оказании услуг важна комплектация групп в зависимости от уровня (степени выраженности деменции). При этом работа должна осуществляться по индивидуальному плану («маршруту»), включающему: 1) оценку сохранных способностей (возможностей); 2) постановку целей работы; 3) промежуточную оценку; 4) пересмотр целей.

Вместе с тем другие эксперты акцентировали, что согласно законодательным нормам и сложившейся практике в Беларуси у пациентов выставляется диагноз деменция, а степень выраженности выявляется клинически (в отличие от американской классификации, предполагающей более развернутую градацию).

Поскольку деменция, как правило, в настоящее время рассматривается как необратимое (неизлечимое) заболевание, подавляющее большинство экспертов во время интервью неоднократно подчеркивали значимость раннего выявления деменции и профилактики, состоящей как в соблюдении общих норм здорового образа жизни и базовых рекомендаций (контроль артериального давления, прием аспирина), сохранении физической активности, тренировке мыслительных функций и т. п. Поэтому все эксперты подтвердили целесообразность оказания социальных услуг тем, у кого отсутствует диагноз деменция, но фиксируются преддементные состояния.

По мнению экспертов, у граждан с преддементными состояниями, как правило, полностью сохранена способность к самообслуживанию. В то же время для них важны следующие социальные услуги:

- тренинги, упражнения, развитие когнитивных, ментальных способностей («петь, читать стихи, кроссворды», творчество, эрготерапия);
- психологическая помощь, позволяющая гражданам адаптироваться к новой жизненной ситуации («чтобы человек не чувствовал себя ничтожеством»);
- поддержание активной социальной позиции (социализация, развитие коммуникации, волонтерство);
- организация жизненного пространства;
- контроль лечения (приема препаратов). Тем не менее, по мнению отдельных экспертов, существует риск раннего превращения человека в зависимого от лекарств, ведь «на самом деле не так много периодов, когда требуется ежедневный прием лекарств».

Пожилые граждане с деменцией легкой степени выраженности, как правило, также без серьезных проблем осуществляют самообслуживание

и поэтому вполне могут проживать дома (даже если являются одинокими). Необходимые для них социальные услуги практически идентичны тем, которые значимы для вышеуказанной категории, но предполагают большую степень участия специалистов. Речь идет о следующих услугах:

- психологическая помощь, поскольку на начальном этапе «присутствует критика» и «часто паника», могут быть депрессивные реакции;
- регулярное, частое посещение (патронаж, не реже 2 раз в неделю);
- сохранение общения, социальной среды, включение в социальную деятельность, поскольку наиболее резкая деградация происходит, если человек остается один («пока вдвоем – держатся»);
- тренировки с целью сохранения имеющихся навыков, в индивидуальном порядке – по их развитию. По словам одного из экспертов, «иностранные языки и компьютерная грамотность – это может быть и слишком круто». Выполнять данные функции могут «и специалисты социальных учреждений, и члены семьи, если есть свободное время и позволяет их интеллектуальный уровень»;
- посещение отделений дневного пребывания.

При деменции умеренной степени выраженности постепенно утрачиваются навыки самообслуживания и все большую остроту приобретают вопросы безопасности человека при сохранении привычного окружения («нельзя резко менять обстановку, иначе – деградация»). Актуальность приобретают следующие социальные услуги:

- социально-трудовая реабилитация («занятие любой работой – как в мастерских», «важно чем-нибудь занять – хоть рвать газету»);
- посещение отделений дневного пребывания;
- социально-бытовые услуги, включая помощь в поддержании личной гигиены («элементы ухода»);
- упражнения («тренировка памяти», «стимулирование ухода за собой с позитивом», «делать вместе», эрготерапия);
- обеспечение участия в социальных мероприятиях;
- обеспечение постоянной помощи («мобилизация соседей», «кто должен постоянно приходить», услуги сиделки).

При тяжелой степени выраженности деменции возрастает нуждаемость человека в постоянной посторонней помощи, поэтому, по мнению большинства специалистов, на данной стадии человеку может быть показан стационар (но не медицинский, а именно социальный) – прежде всего в том случае, если он проживает один. В числе других значимых социальных услуг для указанной категории граждан были отмечены:

- уход;
- коммуникация («эмоциональное общение», «любовь и внимание»);
- услуги сиделки.

Эксперты выделяли целый комплекс услуг, необходимых членам семьи пожилого человека с деменцией. В число наиболее часто встречающихся вошли:

- информирование и консультирование («всю информацию: где что получить, как обустроить помещение, как организовать семейную жизнь, чтобы сохранить активность»);

– обучение коммуникации и взаимодействию («на регулярной основе организация встреч с тем, чтобы научить, что делать, что не делать», «научить и показать», выдача памяток, буклетов и т. п.);

– предоставление отдыха («передышка» (временное пребывание, «почасовой уход», «отделения дневного пребывания, поскольку «самое тяжелое – дневное время», но, по мнению других, «лучше, чтобы ухаживал кто-то знакомый», «приучать нужно постепенно» или «в домашней обстановке» или «неформальном пансионате». Иными словами, важна предварительная работа, чтобы человек «не терялся в новом месте» и не утрачивал навыки самообслуживания). При этом с целью недопущения злоупотребления «временной передышкой», по мнению нескольких экспертов, ее необходимость должен определять специалист на основании результатов посещения семьи;

– психологическая помощь («никто не думает о семье, а их жизнь кардинально меняется», «для родственников это – шок»), включающая сначала индивидуальные занятия («беседы до двух часов»), а затем групповые. По мнению других экспертов, психологическая помощь, особенная экстренная нужна при выявлении деменции на поздней стадии, когда внутренние ресурсы семьи уже исчерпаны;

– организация групп самопомощи для родственников (собрания по модели «анонимных ...» несколько раз в неделю или месяц);

– предоставление помощи в быту (по выбору, «разовые услуги»);

– сопровождение, патронаж (в том числе с целью выявления медицинских и социальных оснований для предоставления передышки – при деменциях умеренной и тяжелой степени выраженности, «как за мамой с малышом, с выдачей рекомендаций»);

– предоставление услуг кейс-менеджмента («изучение всех ресурсов, сбор бригады и распределение обязанностей, изучение обстановки в целом», «на начальном этапе нужно спросить у самого человека, а решения принимать всем вместе», «найти близкое окружение и выявить способности и желания человека»).

Кроме того, некоторые эксперты обращали внимание на нуждаемость семьи в финансовой поддержке в связи с высокой стоимостью лекарств и длительным периодом развития болезни.

По мнению большинства экспертов, именно немедикаментозные методы являются наиболее эффективной формой работы с пожилыми гражданами с деменцией. Модель «яслей», «детского сада» неоднократно упоминалась в интервью. Речь шла о целесообразности (после назначения лечения психиатром) организовывать в дневное время занятия по тренировке навыков (пазлы, рисование, лепка, пришивание пуговиц, кулинария, игра в магазин и т.д.). Задействованы должны быть психологи, реабилитологи, специалисты по социальной работе.

Несмотря на то, что функции поддержания качества жизни людей с деменцией и их семей большинство экспертов возлагает на специалистов учреждений социального обслуживания, не все из них считают целесообразным распространение на них функции по выявлению граждан с риском (наличием) деменции. По мнению одних, вполне могут приме-

няться стандартные шкалы, а затем специалисты по социальной работе могут «вызывать» психиатра для окончательной постановки диагноза. По мнению других, подобная практика может иметь негативные последствия как с точки зрения стигматизации пожилых граждан, так и нести угрозу безопасности специалистов. Хотя это и возможно в исключительных случаях. Наиболее приемлемой моделью признается тесное взаимодействие систем медицинской помощи и социального обслуживания при четком разделении компетенций.

Таким образом, проведенные экспертные интервью позволили подтвердить значимость проблемы деменции и необходимость формирования целостной системы социального обслуживания, ориентированной на тесное взаимодействие между системами здравоохранения и социальной защиты. Залогом эффективности функционирования указанной системы являются: раннее выявление деменций пожилого возраста; привлечение к процессу реабилитации всех возможных участников (родственников, соседей, специалистов, волонтеров и др.); оказание социальных услуг не только непосредственно пожилому человеку с деменцией, но и членам его семьи.

Несмотря на высокую значимость формирования системы социального обслуживания пожилых граждан с деменцией, эксперты отмечали ряд проблем, осложняющих ее функционирование в настоящее время:

- поздняя и несовершенная диагностика. Так, в сельской местности затруднено диагностирование болезни Альцгеймера. Поэтому имеет место диспропорция между сосудистыми деменциями и деменциями Альцгеймеровского типа;

- наблюдается дефицит квалифицированных кадров, способных диагностировать деменцию (из числа врачей первичного звена), оказывать услуги, консультировать по вопросам обустройства помещения, организации пространства, обеспечения безопасности (в системе социального обслуживания);

  - отсутствуют четкие алгоритмы работы с указанной категорией;

  - отмечается низкий уровень информированности населения о сути деменции и присутствует высокий риск стигматизации.

## *2.5. Рекомендации по развитию социальной политики и социального обслуживания в Беларуси в интересах людей с деменцией*

Тимошенко И.В., Милькота Н.В.

Система социального обслуживания и поддержки людей с деменцией должна быть направлена:

во-первых, на создание условий для повышения качества их жизни посредством предоставления комплекса необходимых социальных услуг в зависимости от степени выраженности деменции и индивидуальных потребностей;

во-вторых, на содействие семье в создании необходимых условий для осуществления надлежащего ухода, взаимодействия с человеком с деменцией, нормализации собственной жизни;

в-третьих, на формирование в обществе дружественной среды, на «нормализацию» деменции, т. е. снятие табу с данной темы и преодоление стигматизации в отношении людей с деменцией и их близкого окружения, а также на «сенсибилизацию» общества, выработку чувствительности в отношении деменции, базирующейся на широкой информированности, привычке следить за собственным психическим здоровьем и самочувствием своих близких, неравнодушном отношении к случайно встреченным людям с когнитивными нарушениями, признании и уважении их достоинства и прав.

Акцент в развитии социального обслуживания должен быть сделан не только на оказании специальных услуг тем, кому поставлен данный диагноз, но и на реализации целого комплекса профилактических мер, позволяющих на ранней стадии выявлять симптомы деменции и осуществлять в этой связи необходимые превентивные меры, что позволит большему числу людей в течение более длительного периода сохранить способность к самообслуживанию и самостоятельной жизни. Такой подход позволит снизить потребность в стационарном обслуживании людей с деменцией, создаст условия для возвращения к трудовой деятельности членов семьи, которые осуществляют постоянный уход за такими людьми в домашних условиях.

Возможность обеспечения независимого проживания людей с деменцией и формирования по отношению к ним недискриминирующего и уважительного отношения зависит от комплексного решения вопросов, возникающих в указанных областях. Так, очевидно, что наряду с медицинскими проблемами (состояние здоровья), распространение деменции в пожилом, а особенно в старческом возрасте обусловлено и социальными аспектами: образом жизни человека, степенью его жизненной активности и т. д. Кроме того, повышение качества жизни людей с деменцией непосредственно связано не только с организацией социального обслуживания, но и с возможностью получения комплексной междисциплинарной помощи и поддержки.

*Целью социального обслуживания людей с деменцией* является, с одной стороны, повышение уровня и качества их жизни и членов их семей посредством удовлетворения потребностей конкретного человека (семьи) в необходимых социальных услугах, с другой, – повышение инфор-

мированности населения о деменции как одной из приоритетных современных проблем в области охраны общественного здоровья.

Современная система социального обслуживания при этом должна отходить от сложившейся практики преимущественно институционального обслуживания и ухода за людьми с деменцией. Поскольку пребывание в стационарных учреждениях, как правило, сопряжено с возникновением ряда факторов, негативно сказывающихся на течении деменции и ограничивающих возможности человека проявлять волю и активность в повседневной жизнедеятельности (определенный уровень социальной закрытости, синдром госпитализма, риск гиперопеки). В то же время в стационарных учреждениях сложно в полной мере реализовать индивидуальный подход, предполагающий оказание услуг, ориентированных на потребности конкретного человека на основании регулярной оценки сохраненных способностей. В связи этим более оптимальной, продуктивной и менее экономически затратной является система социального обслуживания людей с деменцией, особенно на ранних стадиях ее проявления, в домашних условиях при получении профессиональной поддержки со стороны специалистов учреждений социального обслуживания – как нестационарных, так и стационарных. Проживание в привычной домашней обстановке для людей с деменцией является наиболее комфортным, позволяет не инвалидизировать его, а по мере возможности сохранить и продлить активность и в то же время организовать индивидуализированный уход, исходя из специфики, степени выраженности синдрома и потребности в услугах. В таком случае возрастает роль оказания социальных услуг и разносторонней поддержки членов семьи, осуществляющих непосредственный уход за близкими с деменцией на дому. Именно организация профессионального социального сопровождения родственников может позволить продлить проживание людей с деменцией в домашней обстановке.

Соответственно, основными *задачами* действий в области реагирования на деменцию являются:

- повышение информированности общества по теме деменции, ее проявлений, мер профилактики, а также основах эффективного взаимодействия с человеком с деменцией;

- повышение уровня подготовленности персонала организаций здравоохранения, социального обслуживания и других представителей профессионального сообщества по вопросам выявления деменции и оказания услуг;

- повышение качества жизни людей с деменцией и членов их семей, уменьшение нагрузки на ухаживающих членов семьи и снижение риска внутрисемейных конфликтов;

- формирование безопасной и адаптированной домашней и внешней среды для людей с деменцией;

- увеличение ранней выявляемости когнитивных нарушений и деменции;

- развитие специализированных услуг в области профилактики деменции и реабилитации людей с деменцией с целью продления самостоятельной и активной жизни;

- развитие межведомственного и межсекторного взаимодействия при обследовании, оказании услуг людям с деменцией, а также внедрении новейших технологий в области геронтологии.

Основными *принципами* социального обслуживания людей с деменцией являются:

- приоритет интересов и потребностей человека с деменцией, уважение его человеческого достоинства и защита прав;
- приоритет профилактических и реабилитационных мероприятий;
- поощрение самостоятельности человека с деменцией и стимулирование его активности, построение системы обслуживания на основе имеющихся ресурсов, а не дефектов;
- адресность предоставления социальных услуг, соблюдение индивидуального и клиентоориентированного подхода;
- дифференцированный подход в системе предоставления социальных услуг в зависимости от степени выраженности деменции;
- уважение и поддержка членов семьи и других лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией, профилактирование их выгорания;
- обеспечение безопасности человека с деменцией и окружающих;
- профессиональная компетентность и ответственность специалистов, оказывающих социальную поддержку людям с деменцией;
- вовлечение различных субъектов в оказание поддержки человека с деменцией, достижение комплексности поддержки за счет участия различных специалистов и организаций;
- учет этических аспектов при использовании современных технических устройств для контроля перемещения и обеспечения безопасности человека с деменцией.

Социальное обслуживание граждан с деменцией может осуществляться в системе стационарного, полустационарного, нестационарного и надомного социального обслуживания. *При этом именно надомное социальное обслуживание, позволяющее человеку с деменцией максимально длительно проживать в привычных условиях и участвовать в жизни общества, сохранять самостоятельность, свой социальный статус и личное достоинство, должно стать основной формой оказания услуг.*

Основным условием, определяющим направления и содержание социального обслуживания граждан с деменцией, является наличие риска или определенной степени выраженности деменции, что влияет на возможность осуществления пожилым человеком повседневной деятельности и самообслуживания, ограничивая способность к обучению, общению, ориентированию в пространстве и времени, контролю собственного поведения, передвижению и т. д.

**Актуальные направления работы для различных субъектов: организаций здравоохранения, учреждений социального обслуживания, общественных объединений, представителей социально ориентированного бизнеса, гражданского сообщества и др.**

*Организация информационно-пропагандистской работы среди населения в области деменции:*

- проведение информационных кампаний в СМИ, широкомасштабных республиканских акций, разнообразных информационно-образовательных мероприятий, специализированных семинаров, публичных лекций, пресс-

конференций, направленных на повышение общей осведомленности населения о деменции как глобальной проблеме общественного здоровья;

- создание и размещение социальной рекламы, материалов в СМИ, приложениях для мобильных устройств, тематических веб-сайтов с размещением практических рекомендаций по профилактике, снижению и оценке риска деменции;

- организация информационных кампаний в части понимания и защиты прав людей с деменцией, в том числе с целью формирования корректного и толерантного отношения к указанным людям и членам их семей;

- организация разъяснительной работы по актуальным вопросам профилактики и лечения, коррекции нарушений памяти среди пожилых граждан (информационные материалы, тематические занятия, тренинги);

- реализация специальных краткосрочных программ для обучения населения контролю состояния своего психического здоровья;

- разработка и издание для массового распространения среди пожилых граждан специальных информационных буклетов, листовок, памяток, брошюр о деменции, способах ее предупреждения, организациях, осуществляющих диагностику, оказывающих услуги и необходимую поддержку;

- организация юридического консультирования по вопросам сохранности имущества, оформления доверенностей, опекуна, патронажа, решения иных юридических вопросов;

- совершенствование статистического учета в области заболеваемости деменцией и обеспечение своевременного обмена данными между организациями здравоохранения (первичного звена) и учреждениями социального обслуживания о гражданах (семьях), находящихся в трудной жизненной ситуации в связи с деменцией;

- проведение комплексной оценки ситуации с деменцией в конкретном регионе на межведомственном уровне и разработка общей программы профилактики деменции и обслуживания пожилых граждан с деменцией и членов их семей, оказания необходимой поддержки;

- разработка и изготовление специальных отличительных знаков, а также форм «паспортов», позволяющих идентифицировать пожилого человека на улице и оказать ему необходимую помощь;

- обеспечение пожилых граждан с деменцией специальными устройствами сигнализации о ситуации опасности (например, телефон с картинками вместо цифр) и обучение пользованию ими в соответствующих ситуациях;

- подготовка информационно-методических материалов для членов семей, ухаживающих за пожилым гражданином на дому, по созданию в квартире (доме) условий, позволяющих сделать среду проживания пожилого гражданина как можно более комфортной и безопасной, обучение и консультирование членов семей и ухаживающих лиц по данным вопросам;

- учет особых потребностей граждан с деменцией при реализации проектов «город, дружелюбный пожилым».

*Содействие ранней диагностике деменции в целях своевременного проведения эффективных профилактических мероприятий:*

- обучение персонала организаций здравоохранения первичного звена (поликлиник) способам выявления признаков деменции и коммуникации

с гражданами для их мотивации на прохождение диагностики и получение лечения;

- развитие системы амбулаторной диагностики степени выраженности деменции с целью своевременного выявления, особенно в сельской местности;

- разработка и внедрение специальных компьютерных программ, позволяющих проводить первичную диагностику деменции специалистами различной степени подготовленности, а также членами семей с возможностью последующего направления результатов для анализа специалистам (психиатрам и др.);

- разработка методических материалов, адаптированных для граждан различных возрастных и социальных групп, с целью выявления признаков деменции внутри семьи.

### **Актуальные направления работы для нестационарных учреждений социального обслуживания и иных организаций, оказывающих социальные услуги на дому и в нестационарной форме**

*Повышение доступности социальных услуг для людей с когнитивными нарушениями и деменцией, а также членов их семей:*

- размещение на сайтах учреждений и организаций информации об оказании социальных услуг людям с деменцией, предметными состояниями, а также их семьям;

- направление соответствующих информационных материалов в организации здравоохранения (первичного звена и специализированные) с целью информирования потенциальных получателей об оказываемых социальных услугах, порядке и условиях их предоставления;

- выделение в ТЦСОН специалистов, осуществляющих функции координатора (помощника), с целью формирования системы «одного окна», позволяющей людям с деменцией и членам их семей быть лучше информированными о предоставляемых услугах, условиях и порядке их получения;

- реализация специальных информационно-образовательных программ для населения, стимулирующих рост числа «неформальных» помощников для лиц с деменцией и волонтеров, готовых оказывать социальные услуги указанной категории граждан;

- содействие деятельности негосударственных некоммерческих организаций по оказанию социальных услуг для пожилых граждан с деменцией, в том числе путем привлечения их на конкурсной основе к выполнению государственного социального заказа.

*Осуществление работы в области профилактики деменции и выявления ее признаков:*

- взаимодействие со специализированными организациями здравоохранения для получения информационных материалов по актуальным вопросам профилактики деменции, выявления ее признаков и обеспечения ухода в семье за человеком с деменцией и их распространение в электронной и (или) печатной форме среди граждан (семей), состоящих на учете в учреждении;

- организация работы «Школ по профилактике деменции» для пожилых граждан, относящихся к «группе риска», в том числе в отделениях

дневного пребывания для пожилых граждан, с целью поддержания у них интеллектуальной активности, памяти, сохранности абстрактного мышления, социальной активности и т. д.;

- организация встреч для граждан из «группы риска» деменции и других заинтересованных с целью формирования знаний и представлений о деменции как особом синдроме с привлечением ведущих специалистов, организация «круглых столов» и «Школ для пожилых» с участием врачей (неврологов, психотерапевтов, гериатров и др.);

- взаимодействие с учреждениями образования, некоммерческими и коммерческими организациями с целью разработки специальных компьютерных программ (игровых технологий), направленных на поддержание и развитие памяти, мышления, закрепления навыков реагирования и моделей поведения в различных социальных ситуациях, и внедрение их в практику работы с пожилыми гражданами;

- организация социального патроната пожилых граждан (семей), состоящих на учете, с целью своевременного выявления изменений в состоянии пожилого гражданина и признаков деменции, а также определения объективной нуждаемости в социальном обслуживании на основе оценки имеющихся ресурсов;

- освоение кейса диагностических методик для выявления признаков деменции у пожилых граждан, а также уровня тревожности, депрессивных расстройств у лиц, осуществляющих за ними уход;

- обеспечение среди обслуживаемых и состоящих на учете пожилых граждан на регулярной основе выявления когнитивных нарушений и признаков деменции с использованием общепризнанных методик, шкал и т. п. (с их согласия);

- формирование по результатам проведенной диагностики групп с различной степенью выраженности деменции для последующего подбора индивидуальных и групповых методов работы;

- оказание (при необходимости) содействия пожилым гражданам, у которых выявлены признаки деменции, в получении необходимой медицинской помощи в соответствующих организациях здравоохранения, включая диагностику и лечение.

*Содействие поддержанию здорового образа жизни лиц старшего возраста и активной старости в целях профилактики и реабилитации:*

- развитие досуговых форм работы для «групп риска» деменции среди пожилых людей с когнитивными расстройствами, направленных на создание условий для самореализации, реализации творческого потенциала пожилых граждан, развития их познавательной активности, привлечения к освоению новых видов художественно-творческой деятельности и активности, а также заполнения свободного времени;

- организация для пожилых граждан клубов по интересам, кулинарии, ремонту, компьютерных курсов, занятий по освоению иностранных языков, финансовой грамотности, безопасной жизнедеятельности, и т. д. в целях поддержания стремлений к обучению, саморазвитию, освоению современных технологий социальной жизни, общения и др.;

– привлечение пожилых граждан к различным формам социального туризма (экскурсии, поездки, виртуальные туристические поездки и т. д.) в целях поддержания интеллектуальной, познавательной активности, способности к ориентации в пространстве, во времени, на местности, повышения работоспособности организма, расширения круга общения;

– проведение занятий по адаптивной физической культуре и спорту в специализированных группах для лиц пожилого возраста в целях поддержания двигательной активности, коррекции физических и психических нарушений, компенсации утраченных навыков, повышения умственной и физической работоспособности посредством привлечения к занятиям оздоровительной гимнастикой, скандинавской ходьбой, танцами, проведения прогулок по тропе здоровья и т.д.;

– развитие волонтерского движения среди лиц пожилого возраста в целях обеспечения и поддержания навыков взаимоподдержки и помощи, профилактики преждевременной потери трудоспособности и поддержки активного долголетия;

– организация клубов общения для пожилых граждан, особенно одиноких, в целях развития и поддержания социальных контактов, обеспечения социальной интеграции, сохранения чувства самоуважения, улучшения психического самочувствия, удовлетворения потребности в общении и т. д.;

– организация работы клубов «Воспоминание» в целях удовлетворения потребности пожилых людей в компенсации утраты прежних социальных ролей, смысла жизни; поддержания самооценки; налаживания эмоционального и психологического комфорта; решения проблем дефицита общения посредством создания альбомов памяти, фотогалерей, сборников воспоминаний, тематических рассказов о себе и т. д.

*Организация специализированных социальных услуг по адаптации и реабилитации пожилых граждан с деменцией:*

– создание на базе организаций различной формы собственности отделений (центров) дневного пребывания для людей с деменцией, хотя бы частично сохранивших способность к самообслуживанию и самостоятельному передвижению, для осуществления комплексной социальной реабилитации и психосоциального восстановления;

– внедрение индивидуального подхода к разработке индивидуальных планов реабилитации (программ обслуживания) на основе оценки не только степени выраженности когнитивных нарушений и деменции, но и интеллектуального, культурного уровня пожилого человека, его интересов и индивидуальных особенностей с последующей корректировкой в зависимости от достигнутых результатов;

– внедрение методов социальной реабилитации в форме арттерапии, пэт-терапии, тренингов когнитивных навыков, навыков общения, тренингов по ориентации в пространстве и времени, эрготерапии, нейропсихологической реабилитации и др. в целях стимулирования когнитивной сферы, межличностных отношений, повышения уровня повседневного функционирования и улучшения качества жизни пожилых граждан с деменцией;

– оказание необходимых социальных услуг на дому (социально-бытовых, социально-медицинских, социально-посреднических и др.) с акцентом на стимулировании самостоятельной активности пожилых граждан;

– организация социального сопровождения пожилых граждан с деменцией на прогулках или при визитах к родным, друзьям, в учреждения социального обслуживания, организации здравоохранения и др. в целях стимулирования социальной активности пожилых граждан, содействия их временной и пространственной ориентации, снижения нагрузки на членов семьи;

– предоставление услуг персонального помощника по уходу и сопровождению пожилых граждан с деменцией в условиях семейного проживания;

– обучение пожилых граждан, а также членов их семей использованию упражнений на укрепление кратковременной и долгосрочной памяти, сохранение и развитие навыков;

– организация индивидуального консультирования для членов семей, осуществляющих уход за пожилыми гражданами с деменцией, по вопросам организации режима дня, ухода и обслуживания, взаимодействия и общения с пожилым человеком с учетом его индивидуальных особенностей;

– обеспечение деятельности междисциплинарных бригад специалистов (врач-психиатр, медицинская сестра, психолог, социальный работник, трудотерапевт и др.) с целью выявления медицинских, социальных, психологических и иных проблем пожилого человека и разработки рекомендаций по минимизации их негативного влияния;

– разработка и реализация программ по трудотерапии и организации полезной занятости пожилых граждан с деменцией в целях организации продуктивной занятости, снятия психической и эмоциональной напряженности, восстановления и компенсации нарушенных когнитивных функций при помощи различной работы;

– организация (в экспериментальном режиме) отделений ночного пребывания для одиноких и одиноко проживающих пожилых граждан, имеющих возможность получения постоянной помощи в дневное время, но испытывающих повышенный стресс в темное время суток или нуждающихся в дополнительной поддержке в период после утраты близких родственников или других потрясений;

– проведение интерактивных занятий с пожилыми гражданами по изучению пространственных ориентиров (рисунки, графические символы, знаки и др.), активно используемых в дизайнах современных помещений в целях получения дополнительной актуальной информации о пространственной ориентации, обучения ее использованию;

– внедрение в практику работы с пожилыми людьми элементов наглядной и коммуникативной информации (информационные стенды, интерактивная доска, радио и т.д.) с целью восстановления и развития навыков наглядной коммуникации, умения адекватно реагировать на сигналы;

– оказание помощи людям с деменцией в создании безопасной и комфортной домашней среды с учетом их потребностей и возможностей.

*Организация консультационно-информационных и иных услуг для членов семей, осуществляющих уход за людьми с деменцией:*

– разработка мер поддержки семейного ухода за людьми с деменцией посредством создания «Школ реабилитации и ухода» для родственников с целью расширения их знаний о специфике деменции, способах ее профилактики, формирования практических навыков по обслуживанию людей с де-

менцией. Указанные меры должны быть направлены, в том числе на активное вовлечение мужчин и расширения степени их участия в осуществлении неформального ухода с целью уменьшения гендерного дисбаланса в данной сфере и снижения нагрузки на женщин в виде неоплачиваемой занятости;

- проведение социально-психологических тренингов для семей, ухаживающих за людьми с деменцией, индивидуальных и групповых занятий в целях снятия психоэмоционального напряжения, профилактики «выгорания», депрессии и содействия адаптации к ситуации жизни с человеком с деменцией;

- внедрение методики кейс-менеджмента с целью оперативного определения имеющихся у семьи ресурсов для самостоятельного ухода за человеком с деменцией и содействия адекватному распределению обязанностей между членами семьи и иным окружением (соседи, друзья, волонтеры);

- содействие в получении юридической помощи для распределения ответственности (в том числе в форме доверенностей) между родственниками с привлечением на ранней стадии к данному процессу самого человека с деменцией;

- организация деятельности социального куратора с целью систематического наблюдения за жизнью семьи, выявления ситуаций психологического дискомфорта или межличностных конфликтов и определения объективных условий для предоставления услуг «временного отдыха» для членов семьи;

- организация групп взаимоподдержки, самопомощи, клубов общения для семей, осуществляющих уход за людьми с деменцией, с целью обмена опытом о способах взаимодействия с такими людьми, определения новых способов помощи, а также снятия стресса, психологической нагрузки и напряжения;

- организация телефонного консультирования, «горячих линий», телефонов доверия для членов семей, осуществляющих уход за человеком с деменцией, по оказанию срочной помощи в экстренных ситуациях, психологической поддержки, предоставления информации об организациях и учреждениях, оказывающих услуги для лиц с деменцией и их семей;

- разработка и внедрение специальных программ, предлагающих краткосрочное одновременное обучение как людей с деменцией, так и членов их семей жизни в новых условиях;

- содействие внедрению технологических и социальных инноваций, направленных на удовлетворение потребностей людей с деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними;

- организация услуг, обеспечивающих отдых для лиц, осуществляющих уход за человеком с деменцией, в целях предоставления возможности для самовосстановления и решения насущных вопросов в форме временной передышки (в том числе и на дому), временного пребывания, почасового ухода;

- организация индивидуального консультирования для членов семьи, осуществляющих уход за человеком с деменцией на дому, по вопросам создания адаптивной среды, использования специальных знаков, указателей, оборудования и приспособлений для безопасной жизнедеятельности человека с деменцией, оказание семьям информационно-методической и иной практической помощи и поддержки по данному вопросу.

## **Актуальные направления работы для стационарных учреждений социального обслуживания и иных организаций, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме**

*Особенностью социального обслуживания пожилых граждан с деменцией в условиях стационарных учреждений социального обслуживания является то, что практически все пожилые граждане, проживающие в таких учреждениях, имеют ряд сопутствующих заболеваний, большинство из них в силу этих обстоятельств имеют ограничения в области самообслуживания и передвижения. Кроме того, здесь в основном проживают одинокие граждане, утратившие супругов либо детей, что оказывает негативное воздействие на их психическое и эмоциональное состояние. По данным многочисленных исследований, для этих лиц характерна высокая степень тревожности, заниженный уровень самооценки, отсутствие желания проявлять социальную активность и самостоятельность. Часто они также испытывают сложности в общении.*

Еще одним существенным фактом в социальном обслуживании граждан пожилого возраста в условиях стационарных учреждений является высокая степень вариативности возможных состояний: от отдельных признаков проявления преддементного состояния (сомнительной деменции) до фиксации глубокой когнитивной патологии (деменции тяжелой степени выраженности).

В результате пожилые граждане, проживающие в стационарных учреждениях, нуждаются в развитии комплексной системы специальных социальных услуг, в том числе профилактической направленности, которая будет содействовать повышению качества и уровня их жизни, максимально содействуя как можно более длительному сохранению у них способности к самообслуживанию, общению и, в целом, дееспособности. Это позволит сократить число пожилых граждан, которые по медицинским показаниям переводятся в психоневрологические дома-интернаты или стационары системы здравоохранения по причине прогрессирования деменции и психологической деградации.

*Система социального обслуживания пожилых граждан с деменцией в данных учреждениях может развиваться в рамках следующих магистральных направлений:*

– социальное обслуживание пожилых граждан, проживающих непосредственно в стационарных учреждениях и имеющих различную степень выраженности деменции. В этих целях рекомендуется создавать специализированные отделения для таких пожилых граждан с учетом установленной степени деменции и особенностей протекания заболевания, личностных особенностей. Граждане, имеющие преддементную либо легкую стадию деменции, могут проживать в домах-интернатах общего типа, специальных домах и специальных домах-интернатах совместно с другими пожилыми людьми, не имеющими такой патологии. Таким образом может обеспечиваться их социальная интеграция и осуществляться постоянное наблюдение за их состоянием;

– реализация социальных услуг для пожилых граждан с деменцией и членов их семей, проживающих на территории соответствующей адми-

нистративной единицы, в форме дневного стационара либо услуг временной передышки.

Последнее направление может функционировать на платной основе, что будет способствовать привлечению дополнительных средств и, соответственно, улучшению материально-технического оснащения дома-интерната, в том числе и в интересах пожилых граждан с деменцией.

Можно выделить наиболее перспективные направления социального обслуживания пожилых граждан с деменцией и членов их семей в условиях стационарных учреждений.

*Содействие повышению доступности социальных услуг для граждан с деменцией, преддементными состояниями и членов их семей:*

– размещение на сайте учреждения информации об оказании социальных услуг пожилым гражданам с деменцией, в том числе и в форме дневного стационара, временной передышки и т. п.;

– организация консультирования по вопросам направления в дом-интернат или условиям и порядку оказания услуг для граждан, проживающих на дому, и членов их семей;

– взаимодействие с учреждениями образования, некоммерческими и коммерческими организациями с целью привлечения подготовленных волонтеров к оказанию социальных услуг и взаимодействию с людьми с деменцией;

– внедрение на базе домов-интернатов практики оказания услуг в полустационарной и нестационарной форме с целью более полного использования потенциала высококвалифицированных специалистов указанных учреждений.

*Организация работы в области профилактики деменции:*

– проведение разнообразных информационно-образовательных мероприятий, лекций, бесед, встреч со специалистами, направленных на развитие у проживающих осведомленности о деменции как прогрессирующем заболевании среди граждан пожилого возраста, его симптомах и способах профилактики;

– организация работы «Школы профилактики деменции» для проживающих в доме-интернате с целью развития знаний и практических умений по оказанию помощи «самому себе» в сохранности памяти, мышления, волевых устремлений, пространственной ориентации, навыков общения и взаимодействия, навыков самообслуживания, а также формирования этических норм в отношении граждан, имеющих данное заболевание;

– подготовка и распространение памяток, информационных листовок, брошюр, тематических страничек на сайте дома-интерната о деменции и способах ее профилактики в целях расширения представлений граждан о деменции;

– оформление информационных стендов, тематических выставок с целью информирования о деменции как заболевании и способах профилактики;

– проведение совместно медицинскими и социальными работниками дома-интерната специализированных гериатрических осмотров с использованием специальных опросников и шкал, компьютерных программ и т. п., ориентированных на выявление предрасположенности к деменции и ее симптомов,

в целях дальнейшего привлечения пожилых граждан к участию в профилактических мероприятиях либо направления на более ранних стадиях на медицинское обследование и лечение;

- обеспечение динамического контроля состояния людей с диагностированной деменцией (когнитивными нарушениями) для выявления целесообразности поселения в специализированное отделение дома-интерната или, при необходимости, направления в психоневрологический дом-интернат;

- создание банка данных о проживающих гражданах, имеющих когнитивные нарушения или деменцию с определением степени ее выраженности, функциональных способностей к самообслуживанию, а также необходимых мер профилактического и реабилитационного характера с учетом индивидуальных возможностей и нуждаемости;

- обеспечение учета пожилых граждан с деменцией в общей статистике лиц, получающих социальные услуги в доме-интернате;

- разработка общей программы профилактики и реабилитации людей с деменцией в доме-интернате с учетом результатов мониторинга.

*Содействие поддержанию здорового образа жизни и практик активного долголетия среди лиц группы риска деменции и лиц, имеющих легкую (умеренную) степень деменции в целях профилактики деменции:*

- организация работы «Школы здоровья» для пожилых граждан с целью расширения знаний о способах поддержания собственного здоровья, культуры отдыха и питания, режима жизни и т. д., а также осуществления самостоятельного контроля за своим состоянием – контроля артериального давления, пульса и т. п.;

- организация разнообразных досуговых форм работы для людей с когнитивными расстройствами, направленных на создание условий для самореализации, реализации творческого потенциала пожилых граждан, развития их познавательной активности, привлечения к освоению новых видов художественно-творческой деятельности, а также заполнения свободного времени;

- организация работы клубов по интересам, компьютерных курсов по освоению современных средств информации и коммуникации и т. д. в целях поддержания стремлений к обучению, саморазвитию, освоению современных технологий социальной жизни, общения, грамотности;

- привлечение проживающих к различным формам социального туризма (экскурсии, поездки, виртуальные туристические поездки и т. д.) в целях поддержания интеллектуальной, познавательной активности, способности к ориентации в пространстве, во времени, на местности, повышения работоспособности организма, расширения круга общения;

- привлечение проживающих к занятиям лечебной физкультурой с помощью использования разнообразного реабилитационного оборудования, кинезотерапии в целях поддержания физической активности, нормализации психического и эмоционального самочувствия;

- проведение занятий по адаптивной физической культуре и спорту в специализированных группах в целях поддержания двигательной активности, коррекции физических и психических нарушений, компенсации утраченных навыков, повышения умственной и физической работоспособности посредством привлечения к занятиям оздоровительной и ритмической гимнастики.

тикой, скандинавской ходьбой, танцами, проведения прогулок по тропе здоровья и т. д.

*Организация мер по социальной адаптации и реабилитации людей с различной степенью выраженности деменции:*

– обеспечение разработки индивидуальных планов (маршрутов) для граждан с различной степенью выраженности деменции, включающих цели и задачи реабилитации, а также сроки и способы контроля промежуточных результатов и условия коррекции планов;

– проведение специальных практикумов по поддержанию и развитию навыков повседневной деятельности (пользованию приборами, оборудованном социально-бытового назначения, приготовлению пищи, ведению домашнего хозяйства, осуществлению ремонта и др.) с целью обеспечения относительной независимости граждан с легкой степенью выраженности деменции, обучения и восстановления навыков хозяйственно-бытовой деятельности;

– организация тематических занятий, практикумов, тренингов, направленных на развитие и поддержание умений и навыков в области самообслуживания, соблюдения личной гигиены, пространственной и временной ориентации, коммуникации, двигательной активности и т. д. для граждан с легкой (умеренной) степенью выраженности деменции;

– внедрение в практику работы с людьми с легкой степенью выраженности деменции специальных компьютерных программ (игровых технологий), направленных на поддержание памяти, мышления, мозговой активности, формирование моделей поведения в различных ситуациях и т. д.;

– внедрение разнообразных методов терапии (музыкотерапия, фототерапия, мемуаротерапия, библиотерапия, сказкотерапия, изотерапия, терапия творческим самовыражением) с целью коррекции психического состояния и поддержания интеллектуального уровня людей с деменцией различной степени выраженности;

– использование специальных методик (нейропсихологической реабилитации, арт-терапии, эрготерапии, пэт-терапии) для работы с гражданами с различной степенью выраженности деменции;

– организация полезной занятости людей с деменцией в системе выполнения трудовых поручений в доме-интернате в целях поддержания чувства полезности и причастности к жизни в доме-интернате, снятия психической и эмоциональной напряженности, восстановления и компенсации нарушенных когнитивных функций при помощи различной работы;

– проведение тренингов, трудотерапии для людей с деменцией в целях восстановления когнитивных функций и памяти, мыслительных операций, общения, способов взаимодействия с окружающими людьми, стимулирования личной активности, повседневной занятости;

– обучение людей с легкой степенью деменции и когнитивными нарушениями упражнениям на укрепление кратковременной и долгосрочной памяти;

– проведение социально-психологических тренингов, консультационной работы по преодолению личностных проблем, страхов и депрессий, обучению способам контроля своего поведения, физического и эмоционального состояния;

– осуществление комплексного социального обслуживания пожилых граждан с умеренной либо тяжелой стадией деменции в виде оказания

комплекса социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, посреднических и иных, определенных перечнем бесплатных и общедоступных социальных услуг в государственных учреждениях стационарного социального обслуживания, в целях обеспечения их максимально комфортной жизнедеятельности;

- привлечение людей, проживающих в доме-интернате, к участию в благотворительных программах и акциях, шефской помощи по уходу за ослабленными пожилыми гражданами;

- развитие волонтерского движения среди лиц пожилого возраста в целях обеспечения и поддержания навыков взаимоподдержки и помощи, восстановления и обучения навыкам персонального ухода, профилактики преждевременной потери навыков самообслуживания;

- организация работы клубов «Воспоминание» в целях удовлетворения потребности пожилых людей в компенсации утраты прежних социальных ролей, поддержания самооценки, смысла жизни, эмоционального и психологического комфорта, решения проблем дефицита общения посредством создания альбомов памяти, фотогалерей, сборников воспоминаний, тематических рассказов о себе и т. д.;

- организация работы Клуба любителей настольных игр с целью развития и сохранения внимания, памяти, мышления, обогащения знаниями, поддержания общения, досуговой активности;

- проведение интерактивных занятий с проживающими по изучению пространственных ориентиров (рисунки, графические символы, знаки, справочники и т. д.), используемых в дизайне дома-интерната, а также в современных помещениях в целях развития, восстановления навыков в сфере пространственной ориентации, умений пользоваться ею вне стен дома-интерната;

- внедрение в практику работы с людьми, проживающими в доме-интернате, элементов наглядной и коммуникативной информации (информационные стенды, интерактивная доска, радио, интернет информационные порталы и т. д.), с целью восстановления и развития навыков наглядной коммуникации, умений адекватно реагировать на нее;

- обеспечение проживающих в доме-интернате книгами, журналами, газетами, настольными и развивающими компьютерными играми;

- предоставление услуг временной передышки в учреждениях социального обслуживания;

- организация краткосрочного постинтернатного сопровождения для людей с деменцией, прошедших успешный курс реабилитации при признании для них возможным проживать в домашней обстановке, участие в мониторинге изменения состояния пожилого человека.

**Предложения в области материально-технического, организационного и кадрового обеспечения деятельности учреждений социального обслуживания и иных организаций, оказывающих социальные услуги, в интересах граждан с деменцией**

*Организация адаптивной и безопасной среды для людей с деменцией:*

- развитие на базе организаций различной формы собственности, в том числе общественных объединений, религиозных организаций и др.,

домов (центров, пансионатов) малой вместимости, обеспечивающих временное или постоянное проживание людей с деменцией, а также развитие альтернативных форм и моделей совместного проживания, воспроизводящих домашнюю обстановку;

- создание при указанных организациях специализированных отделений для обслуживания людей с деменцией, организации обучения и консультирования их родственников и иных лиц, осуществляющих уход;

- создание удобного и безопасного пространства для перемещения пожилого человека и (или) человека с когнитивными нарушениями и деменцией внутри организации, оказывающей социальные услуги, путем использования в дизайне помещений системы специальных знаков-символов (обозначений), цветовых сигналов, специальных предметов и технических устройств (двери-шлюзы, кабинки для уединения, тревожные кнопки и т. п.), архитектурных решений (например, закольцованный двор), способствующих обеспечению безопасности получателей услуг, развитию пространственной ориентации, зрительной памяти, адаптации в новом помещении, повышению мобильности;

- развитие инфраструктуры организаций, оказывающих услуги в стационарной форме, включая оснащение жилых помещений специальными приспособлениями, создание безбарьерной среды в соответствии с нуждами пожилых граждан с деменцией, в том числе оснащение интерьера предметами-имитаторами реальных объектов (телефонных автоматов, автобусных остановок и др.), устройствами, препятствующими неконтролируемому выходу за пределы территории и др., личными вещами и предметами, фиксирующими взаимосвязь пожилого человека с прошлым;

- создание в организациях, обеспечивающих временное или постоянное проживание человека с деменцией, ощущения домашнего пространства посредством эстетики оформления помещений, удобства расположения жилых и санитарно-бытовых помещений, организации зон для отдыха и прогулок;

- размещение граждан с деменцией в организациях, обеспечивающих временное или постоянное проживание, с учетом степени выраженности когнитивных нарушений и личных особенностей с обеспечением обстановки, соответствующей специфике стадии заболевания (нуждаемость в тишине, повышенная подвижность, нуждаемость в защите и т. п.) с обеспечением приватного пространства путем использования перегородок, ширм, штор и т. п.;

- поддержание в организациях безопасных бытовых условий проживания, устранение потенциально опасных предметов, включая электрические приборы, электрические и телефонные провода и др., установка заглушек на розетки, окна, ограниченное использование зеркал и т. п.;

- формирования у персонала организаций, оказывающих социальные услуги, уважительного, доброжелательного отношения к людям с когнитивными нарушениями или деменцией, обучение эффективным моделям коммуникации, исключение случаев проявления дискриминации, в том числе эйджизма;

- внедрение практики отказа от использования униформы специалистами организаций, работающими с людьми с деменцией, с целью созда-

ния у получателей услуг ощущения личного взаимодействия и формирования отношений «самостоятельный субъект – помощник»;

- создание удобного пространства для перемещения человека с деменцией в пределах стационара путем использования в дизайне помещений системы специальных знаков-символов (обозначений) в целях развития зрительной памяти, навыков самостоятельной пространственной ориентации, запоминания и адаптации к расположению помещений, повышения мобильности;

- организация на территории стационара работы торговых точек (кафе, газетный киоск), а также интернет-кафе, кинозалов с целью сохранения, поддержания, расширения коммуникативных возможностей и социальных связей, предоставления условий и возможностей для удовлетворения потребительских нужд, характерных для повседневной жизни в открытом социуме.

*Организация подготовки и повышения квалификации персонала:*

- проведение тематических семинаров, конференций, круглых столов на базе учреждений и организаций по проблемам развития у сотрудников этики и норм деонтологической культуры, толерантного и недискриминационного отношения к людям с деменцией и их семьям;

- организация переподготовки психологов государственных учреждений социального обслуживания по вопросам геронтологии, герантопсихологии;

- организация на базе учреждений «Школ ухода за людьми с деменцией» для социальных работников, специалистов по социальной работе, психологов;

- организация методических семинаров для работников по изучению отечественного и зарубежного опыта и практики социального обслуживания людей с деменцией и их семей;

- организация тренинговых занятий для психологов, специалистов по социальной работе по обучению методике проведения диагностики в области деменции с использованием общепризнанного методического инструментария;

- организация обучающих семинаров для социальных работников, медицинских сестер по вопросам специфики ухода и обслуживания пожилых граждан с деменцией;

- содействие целевому распределению специалистов по направлению подготовки «социально-реабилитационная деятельность» из ГИУСТ при БГУ в систему учреждений социального обслуживания;

- проведение профилактических мероприятий по вопросам психоэмоционального выгорания специалистов, осуществляющих социальное обслуживание людей с деменцией;

- обобщение и распространение опыта и практики, накопленной в области социального обслуживания граждан с деменцией, на методических семинарах, конференциях, в СМИ;

- организация выездных семинаров по обмену опытом в области социального обслуживания людей с деменцией.

## ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### Глава 3. Модели работы по оказанию социальных услуг людям с деменцией и когнитивными нарушениями и членам их семей

#### 3.1. Модель оказания интегрированной помощи на дому

*Ситько И.М., Светлович Т.Г., Горбачевская Е.А., Анацко С.Н.*

##### О проекте

Модель комплексного обслуживания людей с деменцией, направленная на продление их способности к самостоятельной жизни и деинституционализации, была разработана и апробирована Гродненской областной организацией Белорусского Общества Красного Креста в рамках проекта «Интегрированная помощь людям с деменцией и их семьям», реализуемого при финансовом содействии Программы поддержки Беларуси Федерального правительства Германии в период с мая 2017 года по декабрь 2018 года в г. Гродно и г. Ивье Гродненской области.

Партнерами проекта выступили:

- Центр социальной поддержки района Вогтланд (SBW Vogtlandkreis gGmbH Jößnitz), Германия;
- Учреждение «Научно-исследовательский институт труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь»;
- Управление по труду занятости и социальной защите населения Гродненского городского исполнительного комитета;
- Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология».

Всего в рамках проекта интегрированную помощь получили 24 человека с когнитивными нарушениями или деменцией, в том числе в г. Гродно – 19 человек, в г.Ивье – 5 человек.

##### Целевая группа

Оказание услуг по модели интегрированной помощи направлено на:  
– людей с деменцией легкой и умеренной степени, а также когнитивными нарушениями, не достигшими стадии деменции;  
– семьи людей с деменцией и близкое окружение.

##### Цель работы

Цель оказания услуг по модели интегрированной помощи – улучшение качества жизни людей с деменцией и когнитивными нарушениями и их семей, продление их способности к самостоятельной жизни в домашних условиях, в местном сообществе, содействие деинституционализации.

Модель включает в себя комплексную поддержку людей с деменцией и их семей на основе выявленных потребностей с использованием индивидуального подхода на основе обеспечения межведомственного и меж-

секторного взаимодействия. При этом ключевая роль в данной модели принадлежит кейс-менеджеру – лицу, которое является посредником между получателем услуг и всеми субъектами, которые могут принять участие в оказании услуг и поддержки.

Работа по модели интегрированной помощи включает:

1. Формирование и подготовка персонала.
2. Включение людей с когнитивными нарушениями или деменцией в программу обслуживания (информирование, мотивация к получению услуг по модели интегрированной помощи, выявление признаков деменции и когнитивных нарушений у потенциальных получателей услуг).
3. Организация оказания интегрированной помощи людям с деменцией и их семьям:
  - определение потребностей человека и семьи,
  - определение ресурсов и поставщиков услуг для оказания поддержки;
  - планирование необходимой поддержки и услуг, включая составление кейс-менеджером индивидуальной программы сопровождения человека с когнитивными нарушениями и деменцией;
  - предоставление услуг нуждающемуся человеку, его семье, близкому окружению (с участием различных поставщиков услуг в зависимости от потребностей семьи).
4. Контроль удовлетворения потребностей и коррекция объемов и видов услуг.

Кроме того, поскольку неотъемлемым условием функционирования модели является обеспечение межведомственного и межсекторного взаимодействия, дополнительной составляющей работы может явиться информирование и обучение поставщиков медицинских и социальных услуг для пожилых людей, проведение консультаций экспертов, рабочих совещаний и др. для выстраивания оптимальной программы индивидуального сопровождения и оказания услуг человеку с деменцией.

### **Особенности модели интегрированной помощи.**

#### ***Подготовительная работа***

##### Сбор информации и организация взаимодействия (нетворкинг)

Важной частью подготовительной работы является сбор информации о поставщиках услуг и специалистах, работающих со случаями деменции и когнитивных нарушений. При этом организация, ответственная за обеспечение эффективности работы модели интегрированной помощи, выступает связующим звеном, обеспечивающим взаимосвязь, коммуникацию всех участников, скоординированность их действий для достижения единой цели.

Способами поиска организаций – партнеров могут стать как частные визиты в организации, звонки, так и совместные мероприятия, на которые могут быть приглашены представители разных поставщиков услуг (профессиональное сообщество). Также могут проводиться информационно-

развлекательные мероприятия в населенном пункте с целью информирования как потенциальных поставщиков услуг, так и их потенциальных получателей.

При построении взаимосвязей могут быть выделены как организации, которые являются основными партнерами, достигнуты конкретные договоренности со специалистами, так и более широкий круг организаций, информация о которых может быть сведена в единую базу данных, которая в обязательном порядке должна регулярно обновляться и актуализироваться.

*В рамках проекта ключевыми партнерами сестры милосердия Белорусского общества Красного Креста, выступающей в роли координатора (кейс-менеджера), стали представители специализированной организации здравоохранения (врач-психиатр) и представители ТЦСОН (специалисты по социальной работе, социальные работники). Именно эти специалисты вошли в состав бридж-бригады (бридж с англ. – «мост»). Кроме того, в состав основной команды должен входить специалист, который будет осуществлять регулярное посещение человека с деменцией на дому с целью поддержания социальной активности, общения, проведения занятий по когнитивной стимуляции, арт-терапии и др. В проекте указанные функции выполнял волонтер БОКК, прошедший специальную подготовку.*

#### Подготовка информационных, учебных и иных материалов

Важным элементом подготовительной работы является подготовка всех необходимых материалов, включая:

- программы и сценарии совместных межсекторных и межведомственных мероприятий, программы тренингов;
- информационные материалы для семей и широкой общественности для повышения мотивации и готовности получать услуги по модели интегрированной помощи;
- информационные материалы для получателей услуг и близкого окружения по адаптации пространства, организации дня, осуществлению ухода, коммуникации и др.;
- формы документов, заполняемых при оценке потребностей, составлении индивидуальной программы сопровождения (плана помощи) и др.;
- методические материалы для кейс-менеджера и специалистов, занятых непосредственным оказанием услуг людям с деменцией.

*Для волонтеров, занятых непосредственным оказанием услуг, был создан банк методических материалов (материалы для создания «Дневников памяти», наборы для стимулирования когнитивных функций (пазлы, мозаика и др.), средства для проведения поздней реабилитации (массажные шары и т.д.), которые применяются специалистом и волонтерами в работе с клиентами для стимулирования когнитивных функций, развития мелкой моторики рук, проведения реабилитации.*

#### Подготовка персонала

Ключевой фигурой в модели интегрированной помощи является кейс-менеджер, который должен не только владеть знаниями и навыками в области диагностики и работы с людьми с деменцией, но также приемами организации и консолидации команды, продвижения интересов людей с

деменцией, информацией о поставщиках услуг и др. Поэтому подготовке кейс-менеджера должно быть уделено особое внимание.

Сотрудники и волонтеры организации, отвечающей за организацию интегрированной помощи, также должны пройти общую подготовку с целью формирования установок и эффективных моделей коммуникации с людьми с деменцией, а также их родственниками. В случае, если предполагается, что сотрудники организации будут вовлечены непосредственно в процесс оказания услуг, для них следует предусмотреть более развернутый курс обучения, включающий тренинги по коммуникации, выявлению признаков деменции и ее прогрессирования, обучению формам и методам работы в области когнитивной стимуляции, поддержания активности и др.

Поскольку модель интегрированной помощи базируется на межведомственном и межсекторном взаимодействии, подготовительная работа должна включать также обучение представителей партнерских организаций (социальная служба, здравоохранение) по выявлению деменции и когнитивных нарушений, по работе с выявленными случаями.

### ***Оказание услуг по модели интегрированной помощи***

Оказание услуг по модели интегрированной помощи предполагает следование алгоритму, включающему:

- выявление потенциальных получателей услуг (кейс-менеджер совместно с партнерами – поставщиками услуг);
- рассмотрение ситуации, принятие решения о нуждаемости в обслуживании по модели интегрированной помощи (бридж-бригада);
- первичная оценка (кейс-менеджер);
- посещение на дому, изучение сильных и слабых сторон;
- поиск ресурсов (подходящих поставщиков услуг) и составление индивидуальной программы сопровождения (плана помощи);
- детализация плана помощи в виде плана-графика ежедневного оказания услуг;
- оказание необходимых услуг (согласно программе, плану) не только человеку с когнитивными нарушениями или деменцией, но и его семье, близкому окружению;
- регулярное посещение закрепленным сотрудником (постоянным волонтером) с целью оказания услуг и мониторинга ситуации;
- оценка реализации программы (плана), ее коррекция при необходимости

Организационно-функциональная модель интегрированной помощи людям с деменцией и их семьям представлена на рисунке 3.1.

### ***Выявление получателей услуг***

Выявление людей с деменцией и когнитивными нарушениями, нуждающихся в поддержке, может осуществляться по нескольким каналам:

- через систему социального обслуживания (ТЦСОН);
- через систему здравоохранения (организации здравоохранения первичного звена, специализированные, через специалистов психотерапевтического и психиатрического профиля).

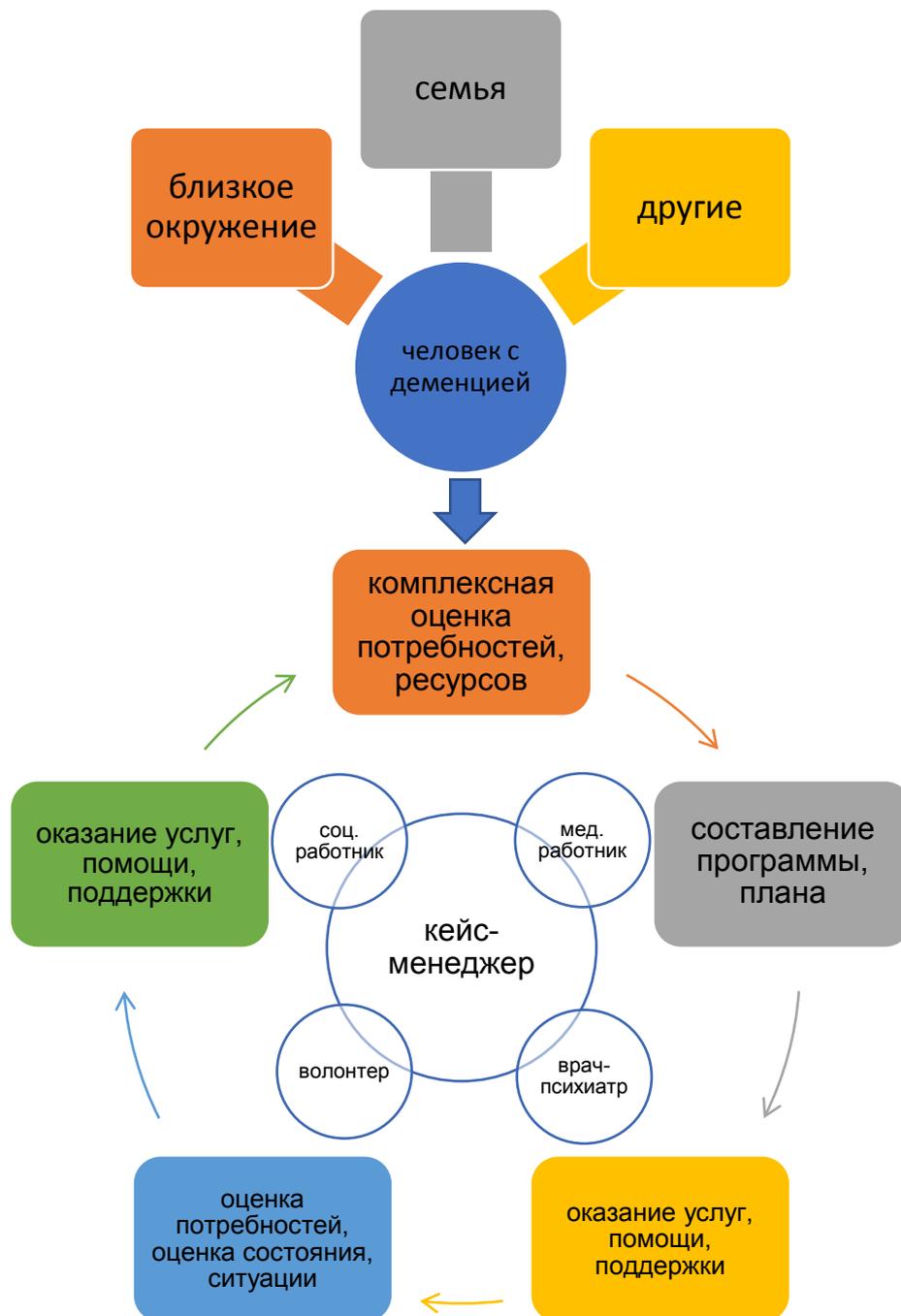


Рисунок 3.1 – Организационно-функциональная модель работы по оказанию интегрированной помощи

*Выявление через систему социального обслуживания*

Социальные работники ТЦСОН или иных организаций, оказывающих социальные услуги, среди своих подопечных на основе полученных на подготовительном этапе знаний о признаках деменции выявляют людей с видимыми признаками деменции, получают согласие у подопечного и близкого окружения на информирование и посещение кейс-менеджера (специалиста по ведению случая деменции).

Кейс-менеджер выявляет наличие и степень выраженности когнитивных нарушений с использованием общепризнанных методик (MMSE, тест рисования часов).

*Важно, чтобы кейс-менеджер был обучен методике выявления деменции, а также индивидуальных ресурсов и потребностей человека с деменцией. Особое внимание необходимо обратить на форму проведения MMSE-теста – это беседа с ответами на вопросы теста, доброжелательная, непринужденная обстановка, слова «тест» и «деменция» не произносятся. Подробнее о процедуре выявления признаков деменции см. в приложении 2.*

На основании полученных данных кейс-менеджер предоставляет информацию человеку и близкому окружению о проблеме, доступных услугах и помощи, дает рекомендации о врачебной консультации для установления диагноза, получает информированное согласие на посещение для составления индивидуальной программы (плана) поддержки и привлечения других служб для оказания помощи.

Преимуществом этого канала отбора клиентов для поддержки является большой охват людей, имеющих признаки когнитивных нарушений и нуждающихся в поддержке, поскольку большинство пожилых людей, нуждающихся в услугах, как правило, состоят на учете в ТЦСОН или иных организациях, предоставляющих социально-бытовые и иные услуги; недостатком – отсутствие официально установленного медицинского диагноза «деменция».

*При реализации проекта возникали случаи, когда люди с явными признаками когнитивных нарушений, соответствующими результатами Mini-Mental State Examination (теста Фольштейна) (далее – MMSE) (менее 23 баллов), теста «рисования часов» не имели установленного медицинского диагноза «деменция» и отказывались от получения консультации врача-психиатра. Поэтому система услуг должна быть ориентирована не только на людей с деменцией, но и на людей с когнитивными нарушениями.*

#### **Выявление через систему здравоохранения**

Врач-психиатр при обращении пациента с признаками деменции и установлении диагноза «деменция» информирует пациента и его близкое окружение о возможности получения интегрированной помощи и предоставляет контакты кейс-менеджера, по которым родственники или другие представители близкого окружения пациента могут обратиться для организации интегрированной помощи человеку и семье.

Далее близкое окружение контактирует с кейс-менеджером для организации интегрированной помощи человеку и семье.

Альтернативным вариантом может быть получение у пациента информированного согласия на получение услуг интегрированной помощи и посещение человека (семьи) кейс-менеджером. В таком случае представитель организации здравоохранения может направить соответствующую информацию непосредственно в организацию, оказывающую услуги кейс-менеджера.

*Необходимость получения информированного согласия обусловлена тем, что наличие когнитивных нарушений и деменции относится к персональным данным о состоянии здоровья и подлежит защите, т. е. может быть передано другим лицам (например, в учреждение социального обслуживания или кейс-менеджеру) только при наличии письменного согласия самого человека<sup>33</sup>.*

Реализация этого канала затруднена тем, что в обществе существует предубеждение в отношении психиатрической помощи и чаще за помощью к врачу-психиатру обращаются пациенты на этапе уже тяжелой степени деменции, когда необходимо решать вопрос о дееспособности и помещении пациента с деменцией в интернатное учреждение. В этом случае возможности и эффект модели интегрированной помощи существенно снижены.

Каналом для получения информации о людях с деменцией, преддеменцией, когнитивными нарушениями, могут быть учреждения здравоохранения первичной медицинской помощи (ПМП). Так как большинство пожилых людей за медицинской помощью чаще обращаются в территориальные учреждения ПМП, существует реальная возможность раннего выявления признаков деменции и когнитивных нарушений, однако и в этих случаях для установления диагноза «деменция» необходимо заключение врача-психиатра.

*Применение обоих каналов для отбора клиентов, нуждающихся в интегрированной помощи, показало, что ряд потенциальных получателей помощи отказываются от поддержки: люди с деменцией и семьи не хотят поддержки извне, существует стигма в отношении общения с внешним миром «зачем к нам кто-то будет ходить, мы будем справляться сами». Поэтому очень важна подготовительная работа с персоналом тех организаций, которые будут служить каналом «попадания» информации к кейс-менеджеру, а также подготовка раздаточного материала, который семьи смогут взять с собой для последующего принятия решения.*

### **Организация и оказание интегрированной помощи людям с деменцией и их семьям**

#### Организация интегрированной помощи

Организация и оказание интегрированной помощи людям с деменцией и их семьям реализуется через деятельность бридж-бригады, состоящей из кейс-менеджера (специалиста по работе со случаями деменции), социального работника (представителя системы социального обслуживания), медицинского работника (представителя системы здравоохранения), а также лица, регулярно контактирующего с получателем услуг и оказывающего необходимые услуги по социализации, поддержанию активности, когнитивной стимуляции, творчеству (в проекте – волонтер).

Функциями бридж-бригады являются:

- принятие решения о необходимости оказания интегрированной помощи;
- составление индивидуальной программы сопровождения человека с деменцией (семьи);

---

<sup>33</sup> Ст. 18 Закона Республики Беларусь от 10 ноября 2008 г. № 455-3 «Об информации, информатизации и защите информации».

- анализ ситуации по каждому получателю услуг с коррекцией индивидуальной программы сопровождения;
- проведение заседаний (1 раз в квартал) с целью обмена опытом, разбора конкретных случаев, выявления лучших практик при взаимодействии с получателями услуг.

*На практике взаимодействие членов бридж-бригады осуществлялось не реже одного раза в неделю, для оперативности решения вопросов, как правило, по телефону.*

Функции членов бридж-бригады представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Функции членов бридж-бригады в модели оказания интегрированной помощи

Участник бридж-бригады	Функции
<b>Кейс -менеджер</b>	координирует и организует процесс обслуживания; координирует работу бридж-бригады, консультирует ее членов; проводит оценку проблем и потребностей клиента (первичная, повторная); определяет имеющиеся ресурсы и потенциальных поставщиков услуг; составляет индивидуальную программу сопровождения; оказывает поддержку клиенту и его семье; обучает родственников основам ухода; по мере необходимости привлекает к оказанию помощи клиенту других специалистов; консультирует членов бридж-бригады и близкое окружение в вопросах оказания помощи
<b>Медицинский работник (врач-психиатр, медицинский работник ПМП, медсестра службы сестер милосердия БОКК)</b>	участвует в выявлении людей с когнитивными нарушениями; назначает и корректирует лечение; проводит оценку медицинских проблем и потребностей клиента; оказывает медицинскую помощь по потребности; консультирует родственников и участников бридж-бригады по медицинским аспектам
<b>Социальный работник</b>	обеспечивает доступ клиента и членов семьи к социальным услугам; при необходимости оказывает социальные услуги клиенту (сопровождение на прогулку, в магазин и т. д.), доставка продуктов, медикаментов и т. п.); оказывает психосоциальную поддержку клиенту, близкому окружению
<b>Специалист, занятый непосредственным оказанием услуг человеку с когнитивными нарушениями и деменцией (в рамках проекта данные функции выполнял волонтер, прошедший специальное обучение)</b>	оказывает психосоциальную поддержку клиентам и их близкому окружению; оказывает помощь в долговременной реабилитации и уходе; оказывает помощь близкому окружению; проводит занятия по поддержке памяти; оказывает социальные услуги клиенту (сопровождение на прогулку, в магазин и т. д.), доставка продуктов, медикаментов и т. п.); оказывает иную помощь членам бридж-бригады при необходимости

Ключевой фигурой в модели интегрированной помощи является кейс-менеджер, координирующий процесс, в котором объединяется оценка, планирование и оказание услуг и поддержки, соответствующих потребностям человека с деменцией, осуществляемый путем поиска доступных ресурсов для достижения качественных результатов. Таким образом, основной функцией кейс-менеджера является непрерывное индивидуальное сопровождение человека с деменцией (семьи) от момента выявления потребности в обслуживании и далее, а также координация и организация деятельности всех необходимых субъектов в интересах получателя услуг, в том числе путем выполнения посреднических функций.

*В проекте кейс-менеджер непосредственно обслуживал клиентов с умеренной деменцией, нуждающихся в индивидуальном уходе, т. е. покрывал потребность людей в уходе. В остальных случаях кейс-менеджером осуществлялось только планирование и организация оказания услуг. Им же осуществлялись посещения клиентов на дому с целью контроля своевременного приема медикаментов, изучения взаимодействия клиентов и волонтеров и при необходимости коррекции индивидуальной программы сопровождения.*

*Опыт реализации проекта продемонстрировал, что совмещение кейс-менеджером функций организации поддержки и непосредственного оказания услуг по уходу возможно на этапе, когда численность получателей услуг является небольшой (4–5 человек). При увеличении численности сопровождаемых людей с когнитивными нарушениями и деменцией целесообразно выделение специалиста (кейс-менеджера), занятого исключительно организацией и координацией всей поддержки, предоставляемой по модели интегрированной помощи. Только так можно обеспечить индивидуальный и клиентоориентированный подход, а также гарантировать своевременность, полноту и эффективность сопровождения и ухода.*

#### Оценка потребностей и составление программы сопровождения

Первичная оценка потребностей человека с деменцией и его семьи проводится кейс-менеджером при первом посещении после принятия решения о его нуждаемости в обслуживании по модели интегрированной помощи (зачисления на обслуживание).

Оценка проводится с использованием индивидуального подхода и включает определение потребностей в медицинской помощи, в социальной поддержке, в психосоциальной помощи и других услугах, необходимых для улучшения качества жизни, а также выявление имеющихся ресурсов (что человек может сам, в чем могут помочь родственники, соседи, где необходима помощь специалиста).

Повторная оценка состояния подопечного и потребностей в услугах его и семьи проводится ежеквартально с коррекцией индивидуальной программы сопровождения.

Для конкретизации мероприятий индивидуальной программы сопровождения на основе изучения потребностей, возможностей и ресурсов составляется план-график оказания услуг и помощи получателю услуг с распределением ролей по дням недели (разработан на основе опыта работы партнерской организации из Германии). Составление плана-графика де-

монстрирует картину охвата поддержкой получателя услуг во все дни недели и выявляет потребности в укреплении поддержки в тот или иной день (таблица 3.2). В плане-графике указываются проводимые в соответствующий день мероприятия по основным направлениям: медицинская помощь, социальные услуги, индивидуальный уход, занятия по когнитивной стимуляции и др. Также может указываться время посещения. Важно, что план-график охватывает все дни недели, включая выходные (как правило, в эти дни поддержку осуществляет семья и близкое окружение).

Таблица 3.2 – Форма плана-графика оказания поддержки получателю услуг (разработана основе документации немецкой партнерской организации)

<b>Субъекты</b>	<i>Пн.</i>	<i>Вт.</i>	<i>Ср.</i>	<i>Чт.</i>	<i>Пт.</i>	<i>Сб.</i>	<i>Вс.</i>
Члены семьи							
Организации здравоохранения							
Учреждения социального обслуживания							
Общественные объединения							
Другие							

Таким образом, на каждого получателя услуг формируется «личное дело», включающее:

- Анкету с общей информацией о получателе услуг
- Информацию о близком окружении
- Информированное согласие на получение поддержки
- Результаты тестирования (тест рисования часов, MMSE-тест)
- Карту оценки потребностей
- Индивидуальную программу сопровождения (план помощи)
- План-график оказания помощи с распределением ролей по дням недели

При работе с получателями услуг и их родственниками, близким окружением важное значение имеет информационная работа: нужно в доступной форме предоставить информацию человеку и его семье об имеющихся возможностях для оказания поддержки, вопросах, которые можно решить при участии и содействии различных организаций. Информацию можно предоставлять в виде «Социального рецепта» (рисунок 3.2).

#### Обучение родственников и подбор волонтеров

Отличительной чертой модели интегрированной помощи является использование всех имеющихся ресурсов поддержки человека с деменцией. В этой ситуации члены семьи человека с деменцией, его близкого окружения одновременно выступают и получателями услуг, и участвуют в ежедневном оказании услуг, поддержке.

Для обеспечения должного качества поддержки родственников, близкое окружение людей с деменцией и когнитивными нарушениями необходимо обучить по разработанным на подготовительном этапе модулям. Основными темами для обучения могут стать: создание безопасной, доступной и поддерживающей (развивающей) среды, особенности коммуникации с человеком с деменцией, реагирование в сложных ситуациях, проведение занятий, осуществление ухода и др.



Рисунок 3.2 – Пример «социального рецепта», составленного в результате реализации проекта

*Важным на тренингах является отработка практических навыков ухода (например, освоение начальных навыков методики кинестетикс, применение навыков коммуникации с человеком с деменцией, освоение базовых методик поддержания памяти и т. д.).*

#### Оказание услуг и поддержки

В качестве поставщиков услуг, помощи и поддержки в модели интегрированной помощи рассматривались:

- кейс-менеджер;
- медицинские работники учреждений здравоохранения (организаций первичной медицинской помощи, организаций специализированного здравоохранения);
- медицинские сестры милосердия БОКК;
- социальные работники и другие работники ТЦСОН;
- волонтеры БОКК;
- члены семьи (совместно и отдельно проживающие);
- близкое окружение (соседи, друзья и т. д.).

Вместе с тем в числе поставщиков услуг можно рассматривать различных субъектов, готовых оказывать поддержку людям с деменцией (например, учреждения культуры и образования, различные общественные объединения и др.).

Основными направлениями оказания услуг людям с деменцией стали:

- социальные услуги;
- индивидуальный уход на дому (по модели БОКК);
- осуществление контроля лечения и контроля приема лекарственных средств;
- занятия по когнитивной стимуляции, поддержанию социальной активности, арт-терапии и др.
- осуществление психосоциальной поддержки.

*Следует отметить, что в проекте большинство получателей услуг не получали специфического лечения в связи с деменцией, поэтому контроль лечения, как правило, предполагал обеспечение своевременного приема лекарств, назначенных в связи с общими хроническими заболеваниями, что также оказалось очень важно.*

Основными направлениями поддержки родственников стали:

- информирование по теме деменции;
- обучение основам ухода с учетом особенностей состояния получателя услуг;
- оказание помощи в уходе за членом семьи с деменцией;
- осуществление психосоциальной поддержки.

Наиболее востребованными оказались услуги по психосоциальной поддержке, общению. Для удовлетворения потребностей в данном виде поддержки за каждым получателем услуг с деменцией был закреплен постоянный волонтер, который также оказывал услуги по профилактике прогрессирования когнитивных нарушений (посещение с целью общения, развивающие занятия для стимулирования когнитивных функций и др.). Волонтер, как было отмечено ранее, должен пройти предварительное обучение, по возможности – стажировку с более опытным коллегой, должен быть ознакомлен с результатами оценки потребностей получателя услуг.

*Поскольку работа с получателями услуг предполагала общение с элементами воспоминаний наиболее эффективна оказалась помощь волонтеров, близких по возрасту, осуществляемая по принципу «равный-равному».*

В рамках проекта посещения волонтером с целью социализации и проведения занятий осуществлялись 1 раз в неделю, всегда в один и тот же день, в одно и то же время. Длительность одного посещения составляла 1–3 часа в зависимости от самочувствия и настроения получателя услуг.

Перед каждым посещением составляется план проведения занятий и подбор возможных упражнений, в первую очередь, ориентируясь на интересы получателя услуг, имеющийся у него материал (например, шашки). Однако следует быть гибким и готовым к тому, что в реальности, как правило, посещение и занятия не будут следовать плану.

Основное назначение регулярных посещений волонтера – социализация, поддержание социальной активности человека с деменцией, стремления к самовыражению, чувства собственного достоинства, интереса к окружающему миру, а также текущая оценка его состояния. В случае

необходимости волонтер может проинформировать кейс-менеджера о необходимости комплексной оценки ситуации и изменения программы сопровождения.

*Особенности, отмеченные волонтерами БОКК при оказании помощи людям с деменцией:*

– первому визиту и, как правило, последующим визитам к получателю услуг должен предшествовать телефонный звонок, предупреждающий и согласующий встречу;

– при каждом посещении важно называть свое имя и рассказывать, чем занимались в предыдущий визит. Это снимает настороженность и тревожность у получателя услуг, положительные воспоминания вызывают желание продолжить общение;

– важно учитывать настроение получателя услуг и при проявлении резкой негативной реакции ограничить общение до допустимого со стороны получателя услуг;

– в процессе психосоциальной поддержки, проведения занятий по поддержанию памяти нужно учитывать пожелания получателя услуг в выборе занятий, следить за его утомляемостью и концентрацией внимания и при утомлении ограничиться простыми упражнениями или общением;

– смена обстановки в доме, изменение привычного для получателя услуг положения вещей вызывает беспокойство и снижение концентрации внимания при проведении занятий. Поэтому не следует настаивать и усердствовать в «наведении порядка» по своему усмотрению;

– для большинства получателей услуг проведение занятий должно происходить в форме свободного общения с незаметным включением упражнений по когнитивной стимуляции;

– при оказании помощи человеку с деменцией нельзя настаивать на выполнении тех или иных действий (прогулка, прием пищи и т.д.), лучше стараться вызвать желание к их выполнению;

– при проведении занятий по воспоминаниям (просмотр фотографий, ведение Дневника воспоминаний и т.д.) важно давать возможность «выговориться» и максимально стимулировать позитивные воспоминания, приятные для получателя услуг. Такие занятия лучше проводить перед выполнением других упражнений;

– хороший эффект по стимулированию мыслительных функций дает возобновление любимых занятий, хобби с учетом сохранившихся физических возможностей. Например, если получатель услуг увлекалась вязанием на спицах, то обсуждение темы «вязание», совместное или при поддержке и одобрении изготовление простейших вещей дает стимул к улучшению настроения, уверенности в сохранении своих способностей, стимуляции когнитивных функций.

### **Результаты и рекомендации**

Оказание услуг по модели интегрированной помощи людям с деменцией и их семьям имела положительные результаты: родственники и близкое окружение большинства участников проекта отметили повышение качества жизни участников проекта, улучшение физического и психического

самочувствия, настроения, образа жизни, повышение социальной активности и готовности к общению. Отмечено повышение осведомленности членов семьи и близкого окружения по проблеме деменции, по особенностям ухода и общения, недискриминационного отношения к людям с деменцией, а также в отношении доступных услуг и видов поддержки и помощи. Кроме того, положительным результатом стало укрепление межведомственного и межсекторного взаимодействия, обмен опытом между представителями профессионального сообщества.

Результатом успешной реализации проекта и информационной работы стало создание групп по профилактике деменции в отделениях для граждан пожилого возраста ТЦСОН в Гродно и г.Ивье. Группы посещают пожилые люди, занятия по поддержанию памяти проводят волонтеры Красного Креста. Деятельность групп направлена на решение нескольких задач:

- профилактика снижения когнитивных функций.
- распространение информации о деменции
- формирование общественного мнения о проблеме
- профилактика прогрессирования при начальных признаках ментальных нарушений у посетителей занятий.

*Преимуществом* модели оказания услуг людям с деменцией и их семьям по модели интегрированной помощи являются:

- обеспечение комплексности поддержки людей с деменцией и их семей на основе выявленных потребностей с применением индивидуального подхода;
- вовлечение различных субъектов и увеличение ресурсов и доступных видов помощи и поддержки на основе интеграции усилий и межсекторального взаимодействия;
- возможность оказывать поддержку людям с деменцией на дому и продлевать их способность к самостоятельной жизни, содействуя деинституализации социального обслуживания;
- обеспечение экономии финансовых и человеческих ресурсов за счет вовлечения в деятельность волонтеров, сохранения возможности трудиться членам семьи.

*Сложностями* для реализации модели являются:

- отсутствие у людей с видимыми признаками когнитивных нарушений и нуждающихся в поддержке клинически подтвержденного диагноза;
- наличие у населения предубеждений в отношении посещения врача-психиатра и установления диагноза психоневрологического профиля;
- выявление деменции, как правило, на поздних стадиях, когда человек с деменцией имеет выраженные ограничения по участию в занятиях и, как правило, нуждается в постоянном уходе.

Таким образом, модель интегрированной помощи людям с деменцией и их семьям целесообразно масштабировать и внедрить в государственные учреждения (ТЦСОН, организации здравоохранения) и негосударственные организации, а также предлагать для реализации на условиях государственного социального заказа.

### 3.2. Модель оказания услуг в рамках работы Дневного центра

Абрамова С.П., Сергеева Е.А, Рудько И.М.

#### **О проекте**

Модель Дневного центра была апробирована ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» в рамках реализации проекта «Деменция – не приговор», реализуемого при финансовой и иной поддержке Программы поддержки Беларуси Федерального правительства Германии в период с марта 2017 г. по декабрь 2018 г. в г. Минск и г. Бобруйск. Партнерами в реализации проекта выступили:

- Центральная еврейская благотворительная организация Германии (The Central Welfare Board of Jews in Germany), г. Франкфурт-на-Майне;
- Учреждение «Научно-исследовательский институт труда Министрства труда и социальной защиты Республики Беларусь»;
- Государственное учреждение «Территориальный центр социального обслуживания населения Центрального района г. Минска»;
- Общественное объединение «Еврейское благотворительное объединение Могилевской области "Рахамим», г. Бобруйск;
- Учреждение социальной защиты «Территориальный центр социального обслуживания населения Первомайского района города Бобруйска»;
- Общественное объединение «Белорусская ассоциация социальных работников» (ОО БАСР).

Всего в рамках проекта услуги Дневного центра смогли получить 46 человек, в том числе в г. Минск – 11 человек на базе ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» и 10 человек на базе ТЦСОН Центрального района, 25 человек – в г. Бобруйск на базе ТЦСОН Первомайского района.

#### **Целевая группа**

Оказание услуг по модели Дневного центра ориентировано на людей с легкой или умеренной степенью выраженности деменции, а также людей с легкими и умеренными когнитивными нарушениями (преддементная стадия) или повышенным риском развития деменции (например, люди после перенесенного инсульта или травмы).

Дополнительной (но не целевой) группой являются родственники и члены семей людей с деменцией, получающие информационно-консультационную поддержку.

#### **Цель работы**

Цель оказания услуг в рамках Дневного центра – поддержание (в редких случаях – развитие, восстановление) когнитивных способностей путем регулярной тренировки навыков, расширения социального взаимодействия, формирование чувства уверенности в себе и положительных эмоциональных и поведенческих реакций, устранение факторов риска прогрессирования когнитивных нарушений (социальной изоляции, пассивного, малоподвижного образа жизни и др.) для максимального продления периода про-

живания человека с деменцией в привычных домашних условиях, местном сообществе с сохранением максимально доступного качества жизни.

Работа по модели Дневного центра предполагает посещение человеком с деменцией (самостоятельно или с родственником) организации, оказывающей услуги, один или несколько раз в неделю в дневное время и нахождение в организации в течение 4–5 часов. При этом вся работа ведется преимущественно в групповой форме с обеспечением индивидуального и личностно-ориентированного подходов.

## **Особенности модели Дневного центра**

### ***Подготовительная работа***

Поскольку модель Дневного центра предполагает пребывание получателя услуг в течение определенного времени в организации, оказывающей услуги, и осуществление целенаправленной работы в интересах особой категории получателей услуг, то важное значение имеет подготовительная работа.

Основными направлениями в рамках подготовительной работы являются:

- формирование групп получателей услуг (участников);
- обустройство помещения, в котором будет проходить работа дневного центра, и окружающей территории;
- подбор и обучение основного персонала, волонтеров;
- решение организационных вопросов, связанных с обеспечением безопасности получателей услуг, их сопровождения, доставки, питания и проч.

### **Формирование групп**

Работа Дневного центра в данном случае предназначена для особой категории получателей услуг – людей, имеющих когнитивные нарушения, деменцию или высокий риск их возникновения. Поэтому при организации работы Дневного центра важно, прежде всего, выявить целевую группу и сформировать группы по степени выраженности имеющихся нарушений.

Оптимальная численность группы (в расчете на 2 специалистов и 1–2 подготовленных волонтеров) составляет 9–11 человек. Как правило, часть членов группы не приходит на занятия по тем или иным причинам, связанным с состоянием здоровья. Поэтому списочная численность группы может быть несколько больше (12–14 человек). Тем не менее, для достижения результата рекомендуется регулярное проведение занятий. Поэтому персоналу важно интересоваться, почему тот или иной человек не пришел на встречу (заблудился, забыл, плохо себя чувствовал), проявлять заботу, мотивировать самого получателя услуг и его родственников на продолжение занятий и работать над устранением конкретных причин. Например, если человек регулярно забывает о занятиях, важно позвонить ему накануне вечером и утром в день занятий; если человек не может добраться самостоятельно – решать вопрос с доставкой и (или) сопровождением и т.д. Разумеется, у персонала должна быть контактная информация не только самого получателя услуг, но и его ближайших родственников, близких людей.

*При реализации проекта возникали случаи, когда именно родственники не понимали необходимости посещения пожилым человеком Дневного центра. В этом случае приходилось им предлагать «попробовать» и объяснять, чем конкретно для них будет полезна данная услуга (они смогут сходить на встречу с друзьями, к врачу, решить свои дела и т. п.). Можно предложить родственникам поприсутствовать на занятиях, даже некоторое время посещать Дневной центр вместе со своим членом семьи с деменцией.*

Практика показывает, что большинство людей с когнитивными нарушениями не имеют установленного диагноза деменция.

*Из 46 участников проекта установленный диагноз когнитивные нарушения, болезнь Альцгеймера или деменция имеют только 5 человек.*

Постановка такого диагноза требует, во-первых, желания самого человека обратиться к специалисту (психиатру), во-вторых, времени, поскольку подтверждение диагноза требует проведения ряда диагностических процедур и оценки устойчивости изменений в течение полугода. Поэтому оптимальным способом является формирование групп на основе результатов психологической диагностики с использованием общепризнанных тестов (например, *MMSE* и *тест «рисования часов»*). Важно, чтобы диагностика проводилась квалифицированным психологом или иным специалистом, прошедшим специальную подготовку. Человек должен понимать назначение тестирования («а давайте проверим Вашу память»). При этом рекомендуется ему преподнести это как отбор в своего рода «элитную» группу для занятий, чтобы повысить мотивацию к работе и уменьшить стресс.

Тестирование рекомендуется проводить в спокойной, дружественной и привычной обстановке. Для обеспечения объективности результатов следует удостовериться, что человек накануне хорошо спал, питался, не испытывал острого или хронического стресса.

*Подробное описание процедуры выявления степени выраженности когнитивных нарушений см. в приложении 2.*

По результатам диагностики (тестирования):

- выявляются те, кто не нуждается в целенаправленных занятиях по когнитивной стимуляции и может быть вовлечен в другие виды деятельности;
- выявляются люди, имеющие тяжелые нарушения, для которых не применима групповая форма работы (результат *MMSE* меньше 13 баллов);
- формируются группы в зависимости от степени выраженности когнитивных нарушений и деменции. Поскольку деменция является прогрессирующим синдромом, то люди с разной степенью выраженности деменции, как правило, отличаются скоростью восприятия, темпом работы, уровнем готовности к общению. В связи с этим в рамках Дневного центра важно сформировать несколько групп, выделяя:
  - профилактические группы, цель работы в которых – снижение риска возникновения деменции;

- группы для людей, имеющих повышенный риск возникновения деменции (после травм, инсульта и т.п.);
- группы для людей с когнитивными нарушениями, не достигшими степени деменции;
- группы для людей с деменцией легкой (умеренной) степени выраженности.

При этом, разумеется, следует учитывать личностные особенности каждого человека: особенности темперамента, характера, род прежних занятий, жизненную позицию и привычный уровень социальной активности, а также личные пожелания и привязанности. Например, человека, который имеет легкую степень деменции, но готов работать более активно, можно на определенный период включить в группу для людей с когнитивными нарушениями или группу профилактики при условии, если это не скажется негативно на его состоянии или микроклимате в группе.

Формирование групп является очень важным. Это не просто механическое «распределение» участников по результатам диагностики. Ключевым элементом является формирование у будущих получателей мотивации к последующей совместной деятельности, общению в новом коллективе, выполнению заданий, которые некоторым людям могут показаться «детскими». Люди могут оказаться не готовы признать, что у них есть проблемы с памятью. Успешной находкой в рамках проекта стало формирование образа Дневного центра как своего рода «клуба», для попадания в который нужно пройти специальный отбор. Необходимым условием здесь является формирование доверия как к организации в целом, так и к конкретным специалистам, проявляющим искреннюю заинтересованность и обеспечивающим конфиденциальность всего, что становится известным о жизни и состоянии получателя услуг.

*Пример. Одна из клиенток организации была приглашена в Дневной центр, так как у неё есть серьёзные проблемы с памятью и ей очень нужны поддерживающие занятия. Но как только она услышала от кого-то, что в группе занимаются люди с деменцией, она тут же выяснила, что такое деменция, поняла, что это очень плохо и стыдно (по ее мнению) и заявила, что не нуждается в таких занятиях, т.к. она не сумасшедшая и очень хорошо всё помнит. Больше она не приходит в Дневной центр на занятия.*

В рамках проекта в отношении каждого получателя услуг было сформировано «личное дело», в которое вошли:

- анкета с общей информацией;
- анкета функционирования (т. е. анкета, в которой дана оценка тому, как человек справляется с повседневной жизнедеятельностью);
- анкета для родственников;
- результаты тестов (первичной и повторной диагностики когнитивных нарушений и др.);
- «коробка важного» - все то, что может помочь узнать человека как личность, его предпочтения и страхи с служить ключом к пониманию сути его реакций на те или иные действия персонала.

Следует иметь в виду, что по мере развития синдрома или по итогам адаптационного периода получатели услуг могут переходить из группы в группу или даже переводиться на индивидуальное надомное обслуживание.

Вместе с тем перевод человека с групповой на индивидуальную надомную работу должен иметь объективные причины:

- очень сильное снижение когнитивных способностей (результаты MMSE ниже 13 баллов);
- невозможность находиться в коллективе даже 1,5 часа;
- резко выраженные ограничения в передвижении;
- ярко выраженные проявления депрессии, сопровождающиеся ощущением дискомфорта при нахождении в обществе.

#### Подбор и обучение персонала

Краеугольную роль в обеспечении эффективности работы Дневного центра играет подбор персонала.

Чтобы обеспечить необходимое внимание получателям услуг оптимальным является закрепление за каждой группой 2 специалистов и 2–3 волонтеров. Кроме того, для проведения отдельных видов занятий (например, творчества или физической активности) могут привлекаться другие специалисты организации.

Для персонала, работающего с людьми с деменцией, в равной степени важно как владеть конкретными методами и технологиями работы, так и понимать особенности данной категории получателей услуг и знать особенности коммуникации, взаимодействия с людьми, имеющими когнитивные нарушения. Большую роль играют личностные качества специалистов (уравновешенность, стрессоустойчивость, готовность работать в разном темпе) и ценностные установки (признание и уважение человеческого потенциала людей с деменцией).

С точки зрения наличия профессиональных компетенций в наибольшей степени к работе с людьми с деменцией готовы специалисты, имеющие психологическое образование и образование в области дефектологии. Поскольку в работе с людьми с деменцией очень важно уйти от сугубо медицинского видения ситуации, занятия в рамках Дневного центра могут проводить также руководители кружков и клубов, специалисты по социальной работе и др.

При обучении специалистов важно обратить внимание на следующие вопросы:

- понимание особенностей человека с деменцией. Важно сформировать у персонала навыки понимания причин, стоящих за (на первый взгляд) неадекватной реакцией человека с деменцией;
- права людей с деменцией (в том числе в контексте прав людей с психическими заболеваниями и людей с инвалидностью);
- этические аспекты и особенности взаимодействия с людьми с деменцией. Человека с деменцией следует воспринимать как целостную личность, как субъект взаимодействия, уважая его достоинство;
- методы и технологии работы (подробнее см. приложения 3 и 4).

*Для того, чтобы персонал и волонтеры лучше прочувствовали состояние человека с деменцией, можно проводить для них специальные упражнения:*

- *перерисовать фигуру с кривыми или ломаными линиями (звезда, забор, уточка и т.п.) левой рукой, глядя не на образец, а зеркало. Смысл упражнения показать, в какой панике и растерянности чувствует себя человек, когда в его голове реальность отражается искаженно, не так как у других, а он видит только эту «свою» реальность;*
- *построить башню из кусочков сахара-рафинада (любого другого доступного материала – кубиков). Суть упражнения: один специалист с завязанными глазами пытается повторить башню, построенную ранее другим специалистом (напарником), который, в свою очередь, может давать подсказки (правее, левее, выше, ниже, да, правильно). Смысл упражнения показать, что как бы ни эффективны были подсказки, поддержка и ободрение позволят действовать лучше;*

*обсудить с участниками доступные материалы «от первого лица», описывающие ощущения людей с деменцией и их родственников.*

В обязанности ответственных за сопровождение лиц (работников организации, волонтеров, прошедших специальное обучение) входит:

- сопровождение получателей услуг к месту оказания услуг и обратно;
- подготовка помещения к началу работы Дневного центра;
- наблюдение за деятельностью получателей услуг, оказание поддержки или (в тяжелых случаях) необходимой помощи;
- контроль порядка и безопасности при работе.

*В начале проекта были сложности при работе с волонтерами. Некоторые были слишком активны, стремились делать задания вместе с получателем услуг, а иногда и вместо него, т. е. слишком ориентировались на результат, воспринимая любые занятия как некое соревнование. Таких «излишне активных» приходилось переводить на другие виды деятельности или другие проекты.*

#### Обустройство помещения и территории

При подготовке пространства для работы Дневного центра важно помнить, что речь часто идет о людях, имеющих сложности в ориентации во времени и пространстве, а также трудности с передвижением. Поэтому особое внимание следует уделить обеспечению безопасности.

- Люди с когнитивными нарушениями и деменцией часто проявляют настойчивое желание к движению, перемещению без видимой цели. Важно, чтобы посетители Дневного центра не могли случайно уйти с территории организации и потеряться. Для этого могут использоваться как системы контроля входа/выхода в здание, так и специальные «приемы»: например, естественные и искусственные ограждения, «закольцованные» дорожки.
- Занятия Дневного центра должны проводиться в одном и том же помещении, в одно и то же время (день недели и время суток).

- Рекомендуется выбирать помещения, в которые легко попасть (например, находящиеся на первом этаже недалеко от входа).
- Пол в помещении должен быть нескользким, ровным. Важно использование контрастных цветов для определения стен и пола.
- Стулья должны быть устойчивыми, со спинкой. Хорошо, если мебель будет достаточно легкой для того, чтобы иметь возможность менять ее расположение в зависимости от вида занятий.
- Санитарно-гигиенические помещения (туалеты) также должны быть удобными и безопасными. Крайне нежелательно использование только белого цвета и глянцевых покрытий в обустройстве таких помещений, поскольку это ухудшает ориентацию и приводит к усталости зрения.
- В случае, если санитарно-гигиенические помещения находятся далеко от основного места проведения занятий, необходимо обеспечить сопровождение получателей услуг к нему и обратно (например, с привлечением волонтеров).
- В помещении желательно сделать наглядные «подсказки» и указатели, помогающие получателям услуг ориентироваться: цвет дверей, цветные дорожки к санитарным помещениям.
- Для общей ориентации очень удобно и практично иметь изображения-напоминания поры года, времени суток, большие календари и часы.

Поскольку работа Дневного центра предполагает чередование видов деятельности, то рекомендуется:

– выбирать достаточно просторное помещение, в котором было бы место для проведения физкультурных, танцевальных пауз, в том числе и сидя, для тех, кто испытывает трудности и (или) дискомфорт с передвижением;

– выделить в помещении несколько (как правило, достаточно двух) «зон» (например, несколько составленных в ряд столов со стульями). Переход из одной «зоны» в другую будет ассоциироваться у получателей услуг со сменой деятельности, а также позволит персоналу иметь больше времени на уборку предметов, расходных материалов после занятий (например, кружек после утреннего чаепития, или бумаги, клея после занятий творчеством и т.д.). Ещё лучше, если имеется несколько помещений для Дневного центра, и получатели услуг могут перемещаться из одного помещения в другое в зависимости от вида деятельности или для отдыха.

#### Решение организационных вопросов

При работе Дневного центра очень важно уделять внимание вопросам безопасности. Для этого очень важно, чтобы персонал организации (и близлежащих организаций) мог легко «опознать» участника Дневного центра. Для этого могут использоваться любые недискриминирующие обозначения: например, браслеты (как украшения), значки. В таком случае, если участник Дневного центра потеряется, любой сотрудник организации сможет обратиться к нему и помочь пройти к месту занятий.

*В рамках проекта для выделения посетителей Дневного центра использовались бейджи на цветных лентах. Информация (имя крупным шрифтом) на бейдже позволяла получателям услуг вспоминать имена (свои и друг друга), а цвет ленты (красный) помогал отличать участников от волонтеров (у них были зеленые ленты). Наличие бейджей у всех (и участников, и волонтеров) способствовало созданию атмосферы равенства. Кроме того, бейджи ассоциируются с участием в значимых мероприятиях, что соответствовало общей концепции подачи Дневного центра как своего рода клуба.*

Имеет смысл поговорить с персоналом организаций, расположенных по соседству. Тогда в случае, если посетитель Дневного центра потеряется, они будут готовы помочь ему.

Очень важным вопросом является обеспечение доставки получателей услуг к месту работы Дневного центра. Родственники не всегда имеют возможность привозить на личном или общественном транспорте, а многие люди с деменцией имеют сложности с ориентацией в городе (например, не могут запомнить номер маршрута транспорта, или помнят адрес своего прежнего места проживания вместо нового, или не могут рассчитать время, необходимое для того, чтобы прийти вовремя). Поэтому для людей, испытывающих сложности с ориентацией в пространстве и времени, необходимо организовать доставку «от двери до двери».

Как правило, речь идет о групповой доставке, поэтому может понадобиться соответствующий транспорт – желательно, адаптированный с учетом физического состояния получателей услуг.

Важно, чтобы водитель понимал особенности получателей услуг и был настроен доброжелательно.

*В проекте столкнулись с необходимостью смены водителя, поскольку не все оказались готовы ждать «заблудившуюся» бабушку или реагировать спокойно и «подыгрывать», если кто-то требует срочно «везти на вокзал».*

При этом, независимо от профессионализма водителя, целесообразно наличие сопровождающего (например, одного волонтера), который сможет подняться на этаж, помочь собраться (в случае необходимости), поддержать беседу в дороге (пока развозят всю группу).

В рамках проекта важным элементом, позволяющим наладить дружескую атмосферу в группе, является совместное принятие пищи. Кроме того, люди с когнитивными нарушениями и деменцией часто не придают значения вопросам правильного и регулярного питания и потребления достаточного количества воды, что усугубляет течение заболевания. Поэтому в рамках работы Дневного центра целесообразно организовать совместный прием горячей пищи.

В проекте были предусмотрены два таких момента:

- чаепитие в начале работы (утром);
- горячий обед по завершении работы.

## **Работа Дневного центра**

Занятия Дневного центра проводятся не реже 1 раза в неделю, в первой половине дня, когда люди наиболее активны, в течение 4–5 часов, чтобы обеспечить оптимальную нагрузку участников.

*В рамках проекта занятия Дневного центра проходили 1 раз в неделю с 10.30 до 14.00. При наличии возможности, целесообразно проводить такие занятия два раза в неделю (особенно для получателей услуг с деменцией).*

Скорее всего, участникам понадобится адаптационный период, когда отношения в группе еще не будут близкими, не будет по сути «группы» и участники не будут стремиться контактировать друг с другом, их работа будет менее активной, а посещения – не всегда регулярными. Может даже показаться, что работа не заладилась. Здесь важно не отчаиваться, а помнить, что на начальном (адаптационном) этапе очень значима роль персонала и волонтеров. В течение первых встреч именно им придется инициировать все темы для разговоров, много рассказывать самим, обязательно спрашивать участников (получателей услуг), внимательно слушать, сглаживать конфликтные моменты, поднимать настроение, подбадривать и общаться по телефону, в том числе с родственниками. Важно найти подход к каждому человеку, поняв, что ему интересно и чего он избегает, не любит. В случае возникновения напряжения важно не просто успокоить, а проявить эмпатию, понимание. С течением времени участники адаптируются друг к другу, и работа в группе нормализуется.

В рамках адаптационного периода кто-то из получателей услуг может утомиться после 1,5 часов совместной работы. Поэтому в первое время стоит планировать работу Дневного центра на 2 часа, включая чаепитие и обед, постепенно увеличивая продолжительность занятий.

Новых участников группы следует вводить поочередно (не сразу).

Виды деятельности в рамках Дневного центра могут быть очень разнообразными. Можно ориентироваться на предпочтения и интересы самих получателей услуг.

Важно, чтобы занятия чередовались, стимулируя разные органы чувств и участки головного мозга. В этом смысле смена видов деятельности более эффективна в работе Дневного центра, чем перерывы, которые несут дополнительные риски (участники могут не знать, чем себя занять, могут уйти из поля видимости персонала и т. д.).

Примерный распорядок дня может выглядеть так:

- встреча участников, чаепитие, обмен приветствиями («новости за чашкой чая»);
- нейропсихологические занятия, когнитивная стимуляция;
- физкультминутка;
- занятия творчеством;
- обед и прощание.

### Приветственное чаепитие

Продолжительность: 20–30 мин.

Такие «приветствия» могут быть приурочены к праздникам, значимым событиям или просто позволять открыть новые стороны друг друга. По-

сколькo люди с когнитивными нарушениями и деменцией часто не помнят новую информацию и новых людей (а работа в группе – это новая информация), то для них может быть полезно каждый раз представиться и рассказать что-то о себе (лучше из прошлого – например, город, где родились). Например, накануне Дня учителя можно предложить участникам вспомнить самого лучшего учителя в их жизни или самый яркий случай из школьной поры. Особенно хорошо такой ритуал работает, когда приходят новые участники или гости.

Каждого получателя услуг следует встречать и приветствовать лично, возможно, пожать руку или приобнять (в зависимости от личных предпочтений человека).

Если беседа не ладится, то специалист начинает свой рассказ и постепенно вовлекает в него получателей услуг. Если кто-то забывает информацию о себе, то специалист может тихо (шепотом) что-то подсказать.

Важно приобщать участников к сервировке, к обслуживанию друг друга, чтобы способствовать социализации получателей услуг, активизации их возможностей. Как правило, ощущение, что они были полезны, приносит участникам Дневного центра большое удовольствие.

Разумеется, всегда будут те, кто очень боится опоздать и приходит на час раньше. Поэтому волонтеры или персонал должны приходить заранее и быть готовы встречать участников (получателей услуг). Будут и те, кто будет всячески стараться «сачковать», особенно занятия по физической активности. Здесь нужно не делать замечания (как в детском саду или школе), а искать приемлемые формы активности, мотивировать.

#### Нейропсихологические занятия, когнитивная стимуляция

Такие занятия являются наиболее утомительными, поэтому их лучше проводить в начале дня, в приподнятом настроении после чаепития.

Продолжительность: около 60 мин.

Специалист проводит комбинированные занятия, включающие элементы логоритмики и сенсорики, развивающие игры, логические игры, беседы-воспоминания, музыкальные занятия, лечебную физкультуру и т. д.

При подборе занятий следует ориентироваться на возраст и социокультурный статус участников. Так, материал для воспоминаний лучше брать из периода юности получателей услуг (песни, фильмы, мода того времени). Составляя индивидуальную карту получателя услуг, у самого человека и (или) родственников следует поинтересоваться, чем он увлекался, какая профессия и образование, какие религиозные взгляды и т. п. Все эти темы могут быть успешно интегрированы в занятия.

В занятиях важны гибкость и внимание к каждому участнику.

Лучше подготовить чуть больше заданий на случай, если со всеми предыдущими справятся очень быстро или ни одно не заинтересует.

Если какое-то задание доставляет участникам особенно положительные эмоции, то можно его продлить. Если какое-то задание вызывает сложности, лучше начать с подводящих упражнений в медленном темпе, постепенно усложняя и наблюдая за реакцией участников группы. Следует избегать ситуаций, когда выполнение задания вызывает разочарование от неспособности с ним справиться. Даже если участники не запомнят кон-

контента занятий, у них сохраняется ощущение, как они чувствовали себя в Дневном центре: были ли им рады, было ли им хорошо и радостно. Здесь поможет поддержка волонтера. Однако очень важно, чтобы волонтер ни в коем случае не делал задание за участника (получателя услуг) и не торопил его. Если какое-либо задание идет легко и весело, можно на каждом этапе выбирать лучшего, подчеркивая, что это игра и участники между собой не соревнуются по-настоящему, они не соперники, а команда.

*Очень важна правильная реакция на ошибки участников группы: не имеет смысла и даже вредно указывать, что они сделали что-то неправильно. Переубедить их, как правило, невозможно, но при этом легко испортить отношения, лишить мотивации и желания участвовать.*

*Важно не результат, а процесс деятельности. И принятие участниками, уважение к ним, вовлечение в совместную деятельность, общение.*

При подборе конкретных заданий следует, в целом, ориентироваться на задачи для школьников (начальных, младших классов).

*Примеры конкретных заданий см. в приложении 4.*

#### Физкультминутка

Продолжительность: 10–15 мин.

Занятия, направленные на стимулирование деятельности мозга (когнитивные тренинги и занятия творчеством) следует чередовать с проявлением физической, двигательной активности.

Основное назначение «физкультминутки» – сочетание расслабления, отдыха, приятного времяпровождения с тренировкой двигательных навыков, двигательной памяти, координации движений, ориентации, развития чувств, тактильных ощущений.

Важно подбирать занятия по физической активности с учетом физического состояния и самочувствия участников группы. Желательно вовлечь всех. Это могут быть простые движения в кругу, под музыку или счет. Тем, кто испытывает дискомфорт при выполнении движений стоя, можно предложить выполнять движения сидя. Хорошо, если есть возможность во время физической активности выйти на свежий воздух, проветрить помещение, прогуляться. Полезным будет выполнение упражнений, направленных на улучшение микроклимата в группе (мимические упражнения на улыбку, «рожи», упражнения, требующие прикосновения друг к другу, объятий и т. п.).

#### Занятия творчеством

Продолжительность: 60–80 мин.

Цель занятий творчеством – получение удовольствия от успешной деятельности, поддержание чувства уверенности в себе, развитие мелкой моторики, стимулирование воспоминаний (о цветах, праздниках, песнях, стихах и т. д.).

Могут практиковаться различные виды творчества: ручное творчество (лепка, аппликация, рисование и др. виды, предполагающие использование различных техник для создания поделок, сувениров), пение, разыгрывание постановок и др.

Специалист может ориентироваться на личные предпочтения и умения, но должен быть готов экспериментировать. И не бояться признать, что чего-то не знаешь или (пока) не умеешь.

При занятии ручным творчеством важно:

- правильно организовать рабочее пространство. На столе не должно быть лишних предметов. Желательно, чтобы необходимый набор инструментов (клей, карандаш, кисть) был у каждого свой, т. е. индивидуально или индивидуальный. При этом лучше не раздавать все сразу, а по мере необходимости (по этапам);
- весь процесс работы следует разбить на этапы. Результат каждого этапа показывается специалистом перед его началом, и каждый участник по окончании этапа может сверить свой результат. В сложных случаях можно прибегнуть к помощи волонтеров. Здесь важно соблюсти баланс: каждый участник должен уйти домой со своим изделием, но волонтеры не должны выполнять работу за него;

*В проекте мы сначала пытались с каждым участником группы работать в его темпе. Получалось, что кто-то еще только в начале, а кто-то спешит и требует все новых и новых объяснений шагов. В результате возникла путаница и напряжение в группе. Хорошим выходом стало решение разбить весь процесс на этапы. Теперь те, кто справились раньше, помогают сидящим рядом (а помогать им очень нравится) или терпеливо ждут, пока этап завершат все, а специалист имеет возможность спокойно объяснять, что получилось и что делать дальше.*

- нужно практиковать индивидуальный подход и в процессе оценивать, сможет ли человек справиться с заданием (этапом). Например, можно заранее подготовить определенное количество заготовок, но сначала дать возможность человеку попробовать справиться самостоятельно;
- постоянно комментировать свои действия, проговаривать движения (этапы, виды работ) вслух, спокойно и несколько раз;
- давать участникам (получателям услуг) возможность выбора и вариаций (цвета, формы, рисунка). При этом следует помнить, что для людей с когнитивными нарушениями часто принятие решений может стать проблемой и вызвать тревогу. В таком случае следует осторожно подсказать, направить к возможному удачному решению;
- обеспечивать в процессе творчества не только и не столько изготовление продукта, сколько взаимодействие. Можно говорить про ассоциации, вспоминать цвета, времена года, цифры и т. д.;
- подбадривать и хвалить на всех этапах творчества, стараться видеть положительные моменты. Не критиковать, а подсказывать, не говорить правильно/неправильно. Снимать напряжение, повторяя, что мы не соревнуемся;

- не привязываться к результату и не волноваться, если что-то идет не так. В целом, важно исходить не из своих представлений о результате творчества, а из возможностей и желаний человека, чтобы он чувствовал, что его понимают и принимают. Тем не менее, желательно, чтобы по окончании занятия человек мог унести с собой свой продукт как напоминание о хорошем времяпровождении.

### Обед

Продолжительность: 20–30 мин.

Во время обеда персонал может инициировать подведение итогов дня, обмен мнениями, участники группы могут продолжить неформальное общение, обсудить свои впечатления и планы. Можно создать свои ритуалы завершения удачного дня.

Если отсутствует финансовая возможность приобретения обедов, можно предложить получателям услуг оплатить доставку обедов или принести с собой перекус (например, предварительно подготовленный родственниками).

Перед уходом важно проверить, не забыл ли кто-то свои вещи, особенно – поделки с занятий творчеством (если они завершены). Хорошо проанонсировать, что будет всех ждать в следующий раз – даже если конкретного воспоминания не останется, сформируется радостное предвкушение, повысится мотивация к участию.

К работе Дневного центра могут привлекаться родственники, которые могут увидеть положительные модели общения с их членом семьи с деменцией, а также образцы, идеи для совместных занятий дома.

*Примеры конкретных материалов для занятий см. в приложении 4.*

### **Результаты и рекомендации**

Оказание услуг по модели Дневного центра в рамках проекта имело положительные результаты: родственники большинства участников проекта отметили улучшения общего жизненного тонуса, настроения, физического самочувствия; смягчились или исчезли проявления депрессивных состояний, более интенсивным и позитивным стало общение, появились новые друзья и новые интересы (например, ручное творчество), стало больше телефонного общения.

*Учитывая характер деменции как необратимого прогрессирующего синдрома сложно рассчитывать на достижение выраженного позитивного результата (например, на снижение степени выраженности когнитивных нарушений). Тем не менее, в отношении людей с когнитивными (преддементными) нарушениями (26-27 баллов по MMSE) повторная диагностика показала отсутствие в половине случаев негативного прогресса синдрома, т. е. благодаря занятиям удалось «законсервировать» состояние получателей услуг и сохранить для них доступное качество жизни.*

*Преимуществами* оказания услуг людям с деменцией по модели Дневного центра являются:

- расширение социальных контактов, круга общения, профилактика социального одиночества;

- создание условий для привлечения пожилых людей к различным видам активности с целью поддержания их социального статуса;
- временное освобождение родственников и членов семьи от нагрузки по присмотру и уходу за человеком с деменцией;
- экономия финансовых и человеческих ресурсов за счет использования групповых форм работы. При этом внедрение услуг Дневного центра способствует деинституализации, так как необходимость получения помощи в стационарной форме отодвигается на некоторый срок;
- возможность достижения конкретных результатов за счет использования различных технологий и методов работы, предназначенных для когнитивной стимуляции.

*Сложностями* для реализации данной модели являются:

- необходимость подготовительного этапа, связанного не только с обучением персонала, формированием групп, но и с обустройством помещения;
- трудности начального этапа работы, связанного с адаптацией участников группы друг к другу, установлением межличностных отношений, ролей в группе, формирование атмосферы доверия и доброжелательности;
- большая нагрузка на персонал в связи с необходимостью поддержания позитивного психологического микроклимата в группе, обеспечения безопасности получателей услуг, постоянной мотивации и активизации их деятельности;
- ограниченные возможности применения индивидуального подхода. Эта сложность может решаться за счет привлечения к работе подготовленных волонтеров.

Таким образом, модель Дневного центра может быть масштабируема и внедрена в деятельность территориальных центров социального обслуживания населения, а также иных организаций, занимающихся оказанием социальных услуг, при определенных имеющихся ресурсах, связанных с подготовкой помещения, персонала, приобретения материала для занятий и др.

### 3.3. Модель профилактики деменции в условиях дома-интерната для престарелых и инвалидов общего типа

Астапенко В.Н., Санникова С.С., Тимошенко И.В.

#### **О проекте**

Система профилактики деменции в учреждениях социального обслуживания Витебской области начала формироваться в 2016 году. Именно тогда стартовал совместный пилотный проект с УО «Витебский государственный медицинский университет» (далее – Витебский медуниверситет) и РОО «Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение» по профилактике деменции (далее – Геронтологическое объединение).

Стратегия развития социальной службы Витебской области по борьбе с деменцией разрабатывалась при взаимодействии комитета по труду, занятости и социальной защите Витебского облисполкома, Геронтологического объединения и научно-исследовательского медицинского центра «Геронтология» (г. Москва) на основе рекомендаций Института старения ООН (Мальта), Всемирной организации здравоохранения и Международной ассоциации геронтологии и гериатрии.

Приоритетными направлениями развития социальной службы Витебской области по реализации стратегии по борьбе с деменцией являлись:

- обучение специалистов вопросам раннего выявления и медико-социальной помощи пациентам с деменцией;
- система профилактики деменции в стационарных учреждениях социального обслуживания и ТЦСОН;
- обеспечение физической, эмоциональной и правовой поддержки семей, члены которых страдают деменцией, а также людей, которые осуществляют уход за пациентами с деменцией;
- организация информационных акций для широких кругов населения по проблеме деменции, профилактики, раннего выявления и мер поддержки с целью повышения осведомленности общества по данной проблеме;
- обеспечение достоинства и прав пациентов с деменцией в стационарных учреждениях социального обслуживания.

#### **Об учреждении**

Самым первым учреждением, где появилось отделение профилактики деменции, стал ГУСО «Дом-интернат для престарелых и инвалидов г. Витебска» (далее – Витебский дом-интернат).

Указанное учреждение предназначено для социального обслуживания одиноких лиц пожилого и престарелого возраста и инвалидов. На момент исследования (2017 г.) здесь проживало 302 человека в возрасте от 19 до 97 лет. Среди них лиц старше 75 лет – 34,7 %, 85 лет и старше – 10 %. Число долгожителей – 21 человек.

Таким образом, основной контингент проживающих – одинокие пожилые и престарелые граждане, утратившие по различным причинам род-

ственные связи, имеющие комплекс различных заболеваний и не способные в полной мере осуществлять самообслуживание и передвижение. Перечисленные проблемы в жизни этих людей усугубляются также нарушением интеллектуальной деятельности, памяти, мышления, эмоциональными расстройствами и т. д. Вследствие всего этого процесс старения часто сопровождается изменениями в поведении и повседневной жизнедеятельности пожилых людей, развитием депрессий, психических нарушений. В такой ситуации важным направлением в деятельности дома-интерната становится проведение работы по профилактике когнитивных нарушений и деменции среди контингента проживающих.

Как показало проведенное комплексное обследование, из 202 пожилых граждан, прошедших диагностику на наличие когнитивных нарушений и деменции, 155 человек имели возрастные нарушения психических функций когнитивного характера. При этом легкой степенью когнитивных нарушений из числа опрошенных, страдают 68 человек в возрасте от 68 до 87 лет, умеренной – 87 человек в возрасте от 75 до 91 года. Полученные данные были подтверждены заключением врача-психиатра.

Для обслуживания граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в Витебском доме-интернате создано отделение профилактики деменции. В 2017 г. в отделение зачислено 12 проживающих в возрасте от 64 до 87 лет, из которых легкую степень когнитивных расстройств имеют 5 человек, умеренную – 7 человек.

### **Целевая группа**

Целевой группой для работы отделения профилактики деменции являются:

- люди с деменцией легкой степени выраженности;
- люди с когнитивными нарушениями, не достигшие стадии деменции;
- все пожилые люди, проживающие в доме-интернате.

Медицинскими противопоказаниями для приема на обслуживание в данное отделение явились органические расстройства с выраженными нарушениями поведения, психотические нарушения и деменция тяжелой степени выраженности.

### **Цель работы**

Целью открытия в Витебском доме-интернате отделения профилактики деменции стало: оказание комплексной медицинской помощи и социальных услуг лицам, имеющим поведенческие и психологические расстройства с различным уровнем когнитивного снижения, не достигающего до уровня деменции.

Основными задачами отделения стали:

- улучшение качества жизни пожилых и престарелых людей в условиях дома-интерната;
- распространение информации о деменции и способах ее профилактики;
- осуществление комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на замедление снижения когнитивных процессов;

- поддержание физического здоровья и когнитивных способностей пожилых и престарелых граждан;
- предоставление информационно-консультативной и долгосрочной поддержки для семей, осуществляющих уход за пожилыми гражданами с когнитивными нарушениями и деменцией.

### **Особенности оказания услуг в условиях дома-интерната общего типа**

#### ***Подготовительная работа***

Открытие отделения сопровождалось проведением ряда организационных подготовительных мероприятий, включая:

- проведение обучения сотрудников по вопросам деменции и проблемам гериатрии;
- целенаправленное обучение сотрудников учреждения по вопросам раннего выявления и социальной помощи гражданам с деменцией;
- подготовку отделения, создание методического кабинета, оснащение жилых комнат для проживающих в отделении (с оформлением в разных стилевых направлениях);
- создание методического портфеля для работы в отделении профилактики деменции, определение методов тестирования, подбор упражнений, направленных на стимуляцию когнитивных процессов;
- проведение тестирования среди проживающих дома-интерната с целью определения психического статуса (MMSE);
- обработку результатов тестирования, определение степени выраженности когнитивных нарушений, отбор людей и размещение их в отделении;
- внедрение в работу подобранных методов профилактики деменции;
- контрольное тестирование, определение промежуточных результатов;
- разработку и внедрение в работу программного обеспечения, позволяющего отследить динамику состояния проживающих граждан отделения и определить оптимальные методы когнитивной стимуляции.

#### **Подготовка персонала**

В целом организация работы по профилактике деменции в учреждениях социального обслуживания Витебской области включала следующие направления повышения квалификации персонала:

- организация методических семинаров по изучению отечественного и зарубежного опыта и практики социального обслуживания пожилых граждан с деменцией и их семей;
- организация тренинговых занятий для психологов, специалистов по социальной работе по обучению методике проведения диагностики в области деменции с использованием общепризнанного методического инструментария;
- организация обучающих семинаров для социальных работников, медицинских сестер по вопросам специфики ухода и обслуживания пожилых граждан с деменцией;

– проведение психопрофилактических мероприятий в учреждениях социального обслуживания по вопросам психоэмоционального выгорания специалистов, осуществляющих социальное обслуживание пожилых граждан с деменцией;

– обобщение и распространение опыта и практики, накопленной в области социального обслуживания граждан с деменцией, на методических семинарах, конференциях, в СМИ;

– организация выездных семинаров по обмену опытом в области социального обслуживания пожилых граждан с деменцией.

В первую очередь были проведены обучающие семинары для всех кадров, обеспечивающих обслуживание пожилых и престарелых граждан в доме-интернате в целях повышения их компетентности в области специфики обслуживания и взаимодействия с пожилыми гражданами, имеющими когнитивные нарушения. Специальные занятия организовывались для психологов и специалистов по социальной работе по обучению их методам доклинической диагностики когнитивных нарушений у пожилых людей и их интерпретации. К проведению занятий привлекались руководители проекта – представители Геронтологического объединения (профессор К.И. Процаев, А.Н. Ильницкий), сотрудники кафедры медицинской реабилитации Витебского медуниверситета (доцент Т.Л. Оленская и др.). На семинарах и занятиях рассматривались вопросы немедикаментозной коррекции проявлений когнитивных нарушений и деменции, ухода за такими гражданами, методы реабилитации при работе с ними, способы организации общения и взаимодействия и др.

Было организовано научное сопровождение деятельности учреждений социального обслуживания области и сотрудничество с Витебским государственным университетом им. П.М. Машерова, а также образовательная поездка в г. Москва в 2016 году.

#### Создание методической базы

Был сформирован и открыт *методический кабинет отделения профилактики деменции*, где оборудовано рабочее место для персонала, осуществляющего прием пожилых граждан, а также размещен диагностический инструментарий, необходимый для проведения обследования. Имеется персональный компьютер, снабженный специальной программой для проведения индивидуальных занятий с проживающими в отделении, а также два тренинг-стенда с упражнениями на стимуляцию когнитивных процессов. В отдельной комнате методического кабинета установлена sling-система по шведской технологии, которая оказывает общерелаксирующее воздействие и положительно влияет на поддержку вестибулярного аппарата пожилого человека.

Здесь же оборудовано пространство для проведения групповых занятий по восстановлению памяти с использованием технологии «терапия воспоминаниями» (просмотр и обсуждение ретро-фильмов, фотоальбомов, телевизионных передач прошлых лет («Время», «Песня года», «Голубой огонёк», «Клуб кинопутешественников» и др.).

В целях обеспечения методического сопровождения профессиональной деятельности специалистов, работающих в отделении, был разрабо-

*тан и сформирован методический портфель*, содержащий рекомендации по проведению тестирования, интерпретации его результатов, а также набор разнообразных методик, упражнений, приемов, направленных на стимуляцию когнитивных процессов для граждан пожилого возраста.

#### Создание безопасной и терапевтической среды

Во всех помещениях отделения в реабилитационных целях *оборудована специальная терапевтическая среда*. Абсолютно во всех помещениях отделения, включая комнаты для проживания, коридорные помещения, кабинеты, использовано оформление с учетом проведения различных видов терапии, направленное на достижение максимального терапевтического эффекта. В коридорных помещениях отделения также размещены информационные стенды с актуальной информацией о порядке и режиме работы отделения, услугах, которые здесь могут оказываться, путях передвижения по отделению и т. д. Помещения оборудованы безбарьерной средой. Для удобства ориентации в пространстве и запоминания жилые и специальные комнаты для проведения занятий, санитарно-гигиенические помещения обозначены яркими табличками с тематическими изображениями, что также оказывает терапевтическое воздействие.

В целях *создания комфортных условий*, психологически защищенной среды для пребывания в ней пожилых граждан в отделении оборудовано три жилых тематических пространства.

Один блок жилых помещений (две комнаты) оформлен в ретростиле, что позволяет с помощью определенных элементов декора восстановить память о прошлом и значимом периоде жизни пожилых людей (наличие отдельных элементов мебели, предметов домашнего обихода, фотографий и т. д.), содействовать использованию ретротерапии в целях восстановления личностной ценности, повышения самооценки, поддержания социальной активности, побуждения к расширению социальных контактов, переосмысления негативных переживаний прошлого.

Следующий блок жилых помещений (две комнаты) оформлен в национальном белорусском стиле (мебель с белорусским орнаментом, национальные полотенца, фотографии с белорусским пейзажем, значимыми историческими местами и т. д.), что также позволяет пожилым гражданам восстановить в памяти прошлый и знакомый образ их повседневной жизни, а использование двух языков (белорусского и русского) тренирует мозг, развивает самоконтроль, что также способствует восстановлению, поддержанию и развитию умственных способностей и речи.

Третий блок (две комнаты) выдержан в мотивах, отражающих жизнь старого Витебска. Здесь стены жилых комнат украшены копиями картин М. Шагала, фотографиями старого города, стиль поддерживается антикварной отреставрированной мебелью, что также в терапевтических целях способствует восстановлению памяти, формированию позитивных эмоциональных переживаний о прошлой жизни.

Таким образом, проведенная подготовительная работа позволила решить ряд стратегических задач: создать необходимые условия, в том числе материально-технические, средовые, обеспечивающие повышение эффективности процесса профилактики когнитивных нарушений; подгото-

вить кадры, повысить их профессиональную компетенцию по осуществлению диагностики когнитивных нарушений и ведению реабилитационной работы; обобщить опыт работы, накопленный в данном направлении в зарубежной практике; обеспечить персонал, осуществляющий профилактическую работу, необходимым методическим инструментарием.

#### Проведение диагностики и определение получателей услуг

К организационным мероприятиям можно отнести и определение самого порядка отбора пожилых граждан для проживания и прохождения реабилитации в данном отделении. В этих целях на основании динамического наблюдения за пожилыми гражданами в доме-интернате со стороны медицинского персонала, психологов, специалистов по социальной работе, родственников, а также непосредственно жалоб самих проживающих на забывчивость, ухудшение способности запоминать по сравнению с прошлым, повышенную утомляемость при умственной работе, ощущение неловкости при выполнении привычных действий, наличие речевых затруднений, трудностей в осуществлении ориентации в помещении, на улице и с согласия самих пожилых людей было проведено специальное нейропсихологическое тестирование в целях определения наличия и степени выраженности когнитивных нарушений. Такое исследование проводилось в два этапа и включало первичное и контрольное обследование.

Основой для проведения тестирования стали общеизвестные и активно используемые в психологической практике методики, среди которых: краткая шкала оценки психического статуса (MMSE); тест Mini-Cog (+рисование часов); монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA); батарея лобной дисфункции; «Пиктограмма» А.Р. Лурия (исследование памяти); опросник самооценки памяти; тест тревожности Спилбергера-Ханина; госпитальная шкала тревоги и депрессии; шкала депрессии Гамильтона; гериатрическая шкала депрессии; Корнельская шкала депрессии; анкета оценки ночного сна; аризонский опросник

Обработка полученных результатов, а также имеющиеся врачебные заключения о физическом состоянии пожилых граждан, позволили специально сформированной комиссии дома-интерната определить из числа всех диагностированных контингент отделения, осуществить размещение в отделении с учетом психологической совместимости, личных пожеланий пожилых людей, а также разработать индивидуальные программы (планы) профилактических и реабилитационных мероприятий.

#### **Оказание услуг**

Опыт и практика работы отделения профилактики деменции показывает, что здесь оказывается весь набор социальных услуг, определенный Перечнем бесплатных и общедоступных социальных услуг государственных учреждений социального обслуживания с нормами и нормативами обеспеченности граждан этими услугами, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2012 г. № 1218 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг», в соответствии с Инструкцией о порядке и условиях оказания социальных услуг государственными учреждени-

ями социального обслуживания, утвержденной постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 26 января 2013 г. № 11 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг государственными организациями, оказывающими социальные услуги».

При этом, исходя из специфики работы отделения, прерогативой является оказание консультационно-информационных, социально-педагогических, социально-психологических и иных услуг, которые осуществляются в целях профилактики и реабилитации когнитивных нарушений различной степени выраженности.

В отношении людей с деменцией очень важно применение дифференцированного и индивидуального подхода при оказании социальных услуг. Это достигается благодаря разработке и реализации *индивидуальной программы (плана) профилактических и реабилитационных мероприятий*.

Содержание индивидуальной программы (плана) включает такие разделы, как:

- общая характеристика критериев жизнедеятельности (способность к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, общению, ориентации, контролю своего поведения, обучению, трудовой занятости, ведущей возрастной деятельности);

- программа медицинской реабилитации (определен перечень медицинских назначений);

- программа социальной реабилитации, где определен перечень мероприятий, направленных на восстановление и развитие когнитивных функций (например, навыков самообслуживания посредством предоставления разнообразных консультационно-информационных и социально-педагогических услуг либо коррекции психического самочувствия, поведенческих реакций, памяти, мышления, пространственной ориентации посредством разнообразных обучающих программ, форм и методов психологической и социальной терапии, либо предоставления реабилитационных услуг по поддержанию физического и психического самочувствия посредством адаптивной физкультуры, занятий творчеством, привлечения к посильной трудовой активности и т. д.). Здесь же определена нуждаемость в социально-бытовом обслуживании в соответствии со способностью пожилого гражданина к самообслуживанию и передвижению.

Особенность работы отделения состоит в том, что здесь профилактические и реабилитационные услуги оказываются в амбулаторной форме, что предполагает ежедневное нахождение в отделении пожилых людей только в дневное время. В остальное время они находятся в отделениях дома-интерната по месту своего постоянного проживания.

Режим дня предполагает нахождение в отделении с 10.00 до 12.00 и с 14.00 до 16.00 часов. В этот период по утвержденному распорядку проводятся различные профилактические и реабилитационные занятия, включая адаптивную гимнастику, групповые занятия по рукоделию, развитию мелкой моторики, настольным играм, музыка-терапии (пение, прослушивание музыкальных произведений), просмотру и обсуждению ретро-фильмов и т. д., чередующиеся с организацией отдыха в жилых комнатах для

дневного пребывания. Проживающие в отделении посещают общие массовые мероприятия, проводимые в доме-интернате.

Для проведения реабилитационных мероприятий также используется кабинет ЛФК в целях проведения занятий по лечебной и адаптивной физкультуре; реабилитационно-трудоустроенные мастерские, в которых проходят занятия по трудотерапии, эрготерапии, помещение библиотеки, где проводятся занятия по кинезотерапии, музыкотерапии, арт-терапии, библиотерапии, ароматерапии и другие для сохранения и поддержания навыков физической и социальной активности, когнитивных функций.

Такой порядок и режим работы отделения обусловлен тем, что у пожилых людей, находящихся в привычном окружении знакомых предметов и вещей, улучшается общее психическое самочувствие и эмоциональное настроение, а посещение занятий, участие в групповой работе поддерживает познавательные процессы, стимулирует активность мозговой деятельности.

Работа в отделении осуществляется мультидисциплинарной бригадой специалистов из числа работников дома-интерната, в состав которой входят врач-терапевт, врач-невролог, врач-психиатр, медицинская сестра, психолог, инструктор-методист по физической реабилитации. Их привлечение к работе отделения осуществляется на основе утвержденных и действующих функциональных обязанностей.

Привлечение же к работе в доме-интернате врача-психиатра (0,5 ставки, представитель областного центра «Психиатрия – наркология») активизировало работу отделения, дало возможность более компетентно осуществлять диагностирование пожилых людей, выделять тех, кто нуждается в профилактической помощи либо в предоставлении реабилитационных услуг, а также следить за физическим и психическим самочувствием тех, кто посещает отделение, давать необходимые рекомендации и корректировать при необходимости реабилитационный процесс. Кроме того, это позволило компетентно предоставлять консультационные услуги по проблемам психического здоровья как непосредственно проживающим в доме-интернате, так и их родственникам по уходу за пожилыми людьми с когнитивными нарушениями в домашних условиях.

В функции отделения входит проведение профилактической работы со всеми проживающими в доме-интернате пожилыми гражданами и инвалидами по профилактике когнитивных нарушений, поддержанию активного долголетия. В этих целях всем им предлагается пройти диагностическое обследование на предмет выявления психических нарушений, проводятся беседы, лектории, встречи с врачами и реабилитологами, работает «Школа активного долголетия», 5 кружков и 8 клубов по интересам.

Еще одним направлением работы отделения профилактики деменции является работа с родственниками пожилых граждан, имеющих когнитивные нарушения и деменцию. Для них проводятся консультации по уходу и обслуживанию страдающих данными расстройствами в домашних условиях, даются рекомендации по созданию необходимой безопасной среды, налаживанию общения и взаимодействия с такими гражданами.

## Результаты и рекомендации

Результаты реализации проекта подтвердили, что работа по профилактике деменции в условиях стационарного учреждения общего типа способствует обеспечению как можно более длительной сохранности когнитивных функций и повседневной активности граждан пожилого и старческого возраста и тем самым обеспечивает снижение материальных затрат, а также трудоемкости по социальному обслуживанию граждан, которые могут перейти в число обслуживаемых на условиях постельного режима. Кроме того, для ряда пожилых и престарелых граждан осуществление комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий в области когнитивных нарушений способствует замедлению этих процессов и обеспечивает им возможность постоянного проживания в доме-интернате общего типа без перевода в учреждения психоневрологического профиля. Это является значимым моментом, поскольку, как свидетельствуют многочисленные исследования, перевод на проживание пожилых и престарелых граждан в новое учреждение еще более усугубляет их физическое и психическое состояние в связи с необходимостью адаптироваться в новых условиях.

Результаты проведенной работы показывают в целом позитивную динамику по когнитивно-мнестическим функциям, что подтверждается промежуточными результатами тестирования по шкале MMSE. Так, например, у одной из проживающих в отделении улучшились показания по критериям MMSE с 18 до 22. В целом, этот средний показатель по группе за период с июля 2016 года по ноябрь 2017 года увеличился с 22,42 до 23,51.

Таким образом, организация отделений профилактики деменции как работающих по модели дневного стационара, так и для постоянного проживания граждан, доказала свою жизнеспособность и эффективность и может быть рекомендована для внедрения и масштабирования в домах-интернатах для престарелых и инвалидов общего типа.

### **3.4. Модель оказания услуг людям с деменцией в условиях дома-интерната для престарелых и инвалидов психоневрологического профиля**

Марудин В.В., Евтушик И.И., Тимошенко И.В.

#### **Об учреждении**

Модель работы оказания специализированной помощи людям с деменцией в условиях психоневрологического дома-интерната апробирована в государственном учреждении «Психоневрологический дом-интернат для престарелых и инвалидов №1».

В указанном учреждении на момент апробации (2017 г.) проживало 477 человек. Основной контингент проживающих – лица с тяжелой умственной недостаточностью, заболеваниями головного мозга, страдающие психическими расстройствами и когнитивными нарушениями. Все они лишены в установленном порядке дееспособности.

Контингент людей в возрасте 60 лет и старше среди проживающих составляет 112 человек, из них женщин – 55, мужчин – 57, лиц старческого возраста – 74. По медицинским заключениям количество лиц с диагнозом деменция составляет 74 человека (66 %).

В целях повышения качества жизни и обслуживания граждан пожилого возраста, находящихся на обслуживании в доме-интернате, в январе 2016 г. было открыто *отделение синильных состояний* для проживания граждан пожилого и старческого возраста с деменцией различной этиологии и степени выраженности.

На момент обследования (2017 г.) в отделении проживало 18 человек в возрасте от 65 лет до 91 года, среди которых 35 % пожилого возраста и 65 % старческого, все женщины. Степень выраженности деменции различна (от легких форм, при которых сохраняются социокультурные навыки, до более тяжелых, при которых затруднен контакт с проживающим и снижены навыки самообслуживания). Все обслуживаемые граждане до направления в это отделение проживали в семьях.

#### **Целевая группа**

Целевую группу для проживания в специализированном отделении психоневрологического дома-интерната составляют граждане с деменцией различной степени выраженности (преимущественно тяжелой и умеренной).

Медицинскими противопоказаниями для приема на обслуживание в синильное отделение являются острая психотическая симптоматика, отсутствие навыков самообслуживания, поведенческие нарушения в форме агрессии и аутоагрессии, тяжелая форма депрессии со склонностью к импульсивным действиям, парасуицидам, наличие тяжелых судорожных параксизмов с тенденцией к серийности, тяжелая форма деменции, характеризующая полным расстройством личности.

#### **Цель работы**

Цель работы отделения: повышение качества жизни пожилых людей с деменцией.

Основными задачами отделения стали:

- оказание комплексной целенаправленной медицинской помощи и социальных услуг пожилым гражданам, имеющим данную патологию;
- профилактика обострений заболеваний у проживающих, поддержка как можно более длительной ремиссии, минимизация использования в этих целях приема медицинских препаратов, а также возможность в последующем выписки их из дома-интерната и перевода на надомное обслуживание;
- создание специальной терапевтической среды как важного условия, способствующего повышению реабилитационного потенциала;
- осуществление на индивидуальном уровне комплекса общих и специальных реабилитационных мероприятий путем предоставления необходимых социально-психологических, консультационно-информационных, социально-реабилитационных, социально-посреднических и иных услуг.

## **Особенности модели**

### ***Подготовительная работа***

Поскольку персонал психоневрологического дома-интерната в значительной степени подготовлен и к проведению диагностики деменции, и к осуществлению ухода, основная подготовительная работа касалась, во-первых, создания благоприятных внешних условий, во-вторых, формирования коллектива проживающих, которые смогли бы проявлять самостоятельность, поддерживать друг друга и общий положительный микроклимат в отделении.

### **Создание материально-технических условий и благоприятной среды**

Отделение расположено в отдельном блоке на первом этаже одного из жилых корпусов дома-интерната. Помещения для проживания имеют блочную структуру, комнаты рассчитаны на проживание 2–3 человек. Здесь же имеются специально оборудованные всеми необходимыми элементами безбарьерной среды санитарно-гигиенические помещения (туалет, душевая).

Выделены и оборудованы всем необходимым инвентарем помещения для общего пользования: для мытья и приема ванны пожилыми гражданами, не способными осуществлять это самостоятельно, приема пищи, проведения общих мероприятий, в том числе индивидуальных, групповых занятий, просмотра телевизионных программ и ретро-фильмов. Холл в отделении используется для проведения занятий по адаптивной физкультуре, развитию и поддержанию мелкой моторики и др.

В терапевтических целях, а также в целях создания неформальной обстановки, в отделении оборудована «комната воспоминаний», где проводятся тематические беседы, чтение и комментирование прессы прошлых лет, т. е. периода, когда жизнедеятельность проживающих в отделении была активной, просмотры фотоальбомов, вещей, связанных с прошлой жизнью пожилых граждан в целях восстановления памяти, мышления, общения, формирования позитивного эмоционального фона и адаптации к условиям проживания.

В этих же целях в отделении разработаны и внедрены в практику элементы специальной терапевтической среды, способствующие формированию понятной для пожилых людей пространственной ориентации в помещениях отделения. Комфортная и уютная среда, созданная в отделении, оказывает стимулирующее воздействие на пожилого человека, усиливает ответственность за свое поведение, настраивает на осмысленные действия. В рамках терапии средой в комнатах проживающих создана домашняя атмосфера: на окнах имеются шторы, каждое спальное место оборудовано прикроватной тумбочкой для хранения личных вещей, в комнате имеются стол со стульями, где можно читать, рассматривать альбомы, вести беседу, индивидуальные шкафы для хранения одежды и обуви. Каждый проживающий может хранить личные вещи и предметы: иконы, личные фотографии, мягкие игрушки и т. д. В коридоре отделения размещены фотографии пожилых людей, пиктограммы с обозначением назначения помещений, передвижения к ним и т. д.

Для проведения занятий по сохранению памяти, поддержанию мыслительных процессов, мелкой моторики в отделении имеются комплекты настольных игр, пазлов, мозаик, сборники загадок, пословиц, а также специальное оборудование, предназначенное для проведения занятий по адаптивной физкультуре.

В реабилитационных целях в отделении также используются действующие в доме-интернате кабинеты бытовой адаптации, арт-терапии, массажа и эрготерапии, ЛФК, помещения для организации трудотерапии, проведения массовых мероприятий, сенсорная комната, библиотека.

#### Подбор граждан для проживания

Отбор для проживания осуществлялся на основании, прежде всего, показателей тяжести заболевания, медицинского диагноза, динамического наблюдения за состоянием социального самочувствия пожилого гражданина, его способности к самообслуживанию и передвижению, поведенческих реакциях и т. д., а также в результате согласования данного вопроса с родственниками. К критериям отбора также были отнесены показатели психологической совместимости проживающих в отделении и комнате, возможность поселения в одной комнате лиц с разной степенью деменции, степени самостоятельности, способности выполнять рекомендуемые инструкции, ориентироваться в пространстве в целях оказания помощи и поддержки друг другу.

#### **Оказание услуг**

Содержание работы по оказанию услуг людям с деменцией в специализированном отделении осуществляется в рамках Перечня бесплатных и общедоступных социальных услуг государственных учреждений социального обслуживания с нормами и нормативами обеспеченности граждан этими услугами, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 27 декабря 2012 г. № 1218 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг», в соответствии с Инструкцией о порядке и условиях оказания социальных услуг государственными учреждениями социального обслуживания, утвержденной постановлением Министерства

труда и социальной защиты Республики Беларусь от 26 января 2013 г. № 11 «О некоторых вопросах оказания социальных услуг государственными организациями, оказывающими социальные услуги».

Таким образом, система оказываемых услуг для пожилых граждан с деменцией включает весь комплекс консультационно-информационных, социально-бытовых, социально-педагогических, социально-психологических, социально-посреднических услуг, обеспечивающих необходимый уход и обслуживание пожилых и престарелых граждан с деменцией в соответствии с имеющимися способностями к самообслуживанию и передвижению. При этом специфика оказания этих услуг заключается в использовании методов, средств, форм их оказания в соответствии с имеющимися возрастными особенностями проживающих, а также наличествующим реабилитационным потенциалом в соответствии с тяжестью выраженности деменции.

К дополнительным услугам, которые наиболее активно используются в отношении пожилых граждан с деменцией, относятся консультационно-информационные, оказываемые родственникам по уходу за такими пожилыми людьми в домашних условиях, а также социально-педагогические и социально-психологические услуги, направленные на сохранение, поддержание и повышение уровня общения, коммуникативного потенциала пожилых и престарелых людей как важнейшего условия реабилитации, способствующие восстановлению способности к самообслуживанию, ориентированию в пространстве, взаимодействию и т. д.

Круглосуточное наблюдение и поддержка обеспечиваются за счет постоянного нахождения в отделении 1 единицы младшего медицинского персонала (санитарки). В ее обязанности входит наблюдение за пожилыми людьми, контроль их поведения, обеспечение помощи в осуществлении санитарно-гигиенических процедур, принятии пищи, соблюдении режима, организация прогулок на воздухе и т. д.

Всю необходимую медицинскую помощь оказывает медицинская сестра, круглосуточный пост которой имеется в данном корпусе, а также закрепленные за отделением врач-психиатр, врач-терапевт, стоматолог, фельдшер и старшая медицинская сестра.

Реабилитационную работу в отделении по утвержденному графику в течение дня осуществляют психологи дома-интерната, инструктор по адаптивной физкультуре, инструктор по трудотерапии, культурный организатор, библиотекарь. Активно к этой работе привлекаются волонтеры из числа студентов минских вузов.

## **Результаты и рекомендации**

Проводимая в комплексе медицинская и социально-реабилитационная работа дает определенные позитивные результаты. По мнению персонала, работающего в отделении, у проживающих снижается агрессивность, подавленность, восстанавливаются отдельные способности к самообслуживанию и общению. Замечено, что осуществляемые реабилитационные мероприятия способствуют уменьшению нуждаемости в приеме специальных медицинских препаратов. Три человека выписаны из дома-интерната на домашнее обслуживание.

Таким образом, практика открытия геронтопсихиатрического отделения в условиях психоневрологического дома-интерната показывает необходимость развития подобных структур. В целом такие структуры позволяют:

- более дифференцированно решать проблемы лечения, поддержания и реабилитации людей с деменцией с учетом возрастных особенностей;
- создать необходимую терапевтическую среду, осуществлять систему реабилитационных мероприятий, точно направленных на решение проблем, обусловленных деменцией;
- сформировать систему ответственного и гуманного отношения к людям пожилого и старческого возраста.

Вместе с тем открытие таких отделений в психоневрологических интернатах требует решения следующих вопросов:

- необходимо разработать примерное положение о геронтопсихиатрическом отделении и его штатном расписании;
- следует четко определиться с критериями отбора пожилых граждан для проживания в таких отделениях;
- следует разработать перечень необходимой документации для геронтопсихиатрических отделений, по которой можно было бы отслеживать динамику состояния, выполнение необходимых назначений, результаты проведенной работы (режим дня, индивидуальный план реабилитации, личная карта проживающего и т. д.);
- актуальными являются вопросы подготовки и повышения квалификации кадров, работающих в системе геронтопсихиатрической практики.

Рекомендации по развитию обслуживания людей с деменцией в условиях стационарных учреждений представлены в приложении 3.

## Вместо заключения. 10 вопросов о деменции

*Милькота Н.В.*

Встречаясь на мероприятиях с представителями различных органов и организаций авторы настоящего пособия часто сталкивались с различными вопросами в отношении людей с деменцией. Ниже мы приводим ответы на основные из них.

### **1. Какое различие между деменцией и когнитивными нарушениями?**

Хотя в деменции выделяются различные степени выраженности (легкая, умеренная, тяжелая), сама деменция является тяжелым когнитивным нарушением. У человека могут быть более легкие когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции. Именно на такой стадии наиболее эффективны профилактические и реабилитационные занятия, включая когнитивную стимуляцию, творчество, физическую активность и др.

### **2. Деменция и болезнь Альцгеймера – это одно и то же?**

Деменция является не заболеванием, а синдромом, т. е. совокупностью объединенных между собой симптомов, признаков, обусловленных определенным заболеванием – например, болезнью Альцгеймера. Помимо болезни Альцгеймера деменцию могут вызвать иные заболевания, приводящие к повреждению головного мозга – болезнь Пика, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и др., сосудистые изменения, опухоли, инфекции, тяжелые интоксикации и нарушения обмена веществ и др.

### **3. Можно ли вылечить деменцию?**

Согласно современным знаниям, деменция, как правило, является необратимым синдромом. Поэтому отсутствует «лекарство от деменции». Хотя вылечить деменцию нельзя, ее проявления можно «законсервировать» на той стадии, на которой их обнаружили, т. е. отложить прогрессирование негативных симптомов. Для этого используются препараты, назначаемые врачом-психиатром, неврологом или иными специалистами.

### **4. Кто может поставить диагноз деменция?**

Деменция является психиатрическим диагнозом, соответственно, диагноз может поставить только врач-психиатр. Врач-невролог, психотерапевт могут выявить признаки деменции, назначить лечение, поставить диагноз в соответствии со своей специализацией и рекомендовать обратиться к врачу-психиатру. Врач-психиатр может поставить диагноз деменция только после тщательного обследования и не ранее, чем через 6 месяцев после первого наблюдения человека (это предусмотрено соответствующими клиническими протоколами для подтверждения устойчивости когнитивных нарушений). Поэтому к врачу-психиатру следует обращаться при первых признаках, не дожидаясь тяжелой степени выраженности деменции.

### **5. Могут ли не психиатры заниматься диагностикой деменции?**

Хотя поставить диагноз деменция может только врач-психиатр, подготовленные специалисты (психолог, специалист по социальной работе и др.) могут заниматься выявлением признаков деменции с целью подбора

необходимого комплекса социальных услуг. Для этого могут использоваться общепризнанные методики: MMSE, тест рисования часов и др.

**6. Существуют ли противопоказания для оказания услуг людям с деменцией в государственных учреждениях социального обслуживания?**

Социальные услуги на дому могут оказываться людям с деменцией различной степени выраженности, в полустационарной и стационарной форме в ТЦСОН – только гражданам с деменцией легкой степени выраженности. Домами-интернатами общего типа оказываются услуги людям с деменцией легкой степени выраженности, а также умеренной (при отсутствии выраженных нарушений контроля поведения).

**7. Когда нужно начать заниматься профилактикой деменции?**

Профилактика деменции включает в себя комплекс мероприятий, начиная от правильного питания, образа жизни, достаточной физической и умственной активности. Этому стоит уделять внимание в течение всей жизни, особенно – в трудоспособном возрасте. Поскольку пожилые люди находятся в группе повышенного риска деменции, то для них должны быть организованы мероприятия и услуги, позволяющие уменьшить влияние факторов, ускоряющих прогрессирование когнитивных нарушений – таких как социальная изоляция, дефицит общения, несбалансированное питание, депрессия, подавленное настроение, недостаточная физическая активность и др.

**8. Являются ли люди с деменцией недееспособными?**

Все очень индивидуально. Диагностирование любого психического заболевания не означает автоматическое лишение человека дееспособности. Признание человека недееспособным или ограниченно дееспособным осуществляется только по решению суда и требует определенного времени и соблюдения процедуры. Как правило, на ранней стадии деменции люди в состоянии осознавать последствия своих действий и могут принимать решения, в том числе в отношении своей будущей жизни. Поэтому на этой стадии важно решить все юридические вопросы, определить доверенное лицо, попечителя и сделать указания-пожелания в отношении будущего.

**9. Опасны ли люди с деменцией?**

Это зависит от личности человека и вида деменции. Большинство людей с деменцией не представляют опасности для окружающих. Видимые приступы агрессии, как правило, имеют причины, не понятные для окружающих. Именно поэтому при обслуживании людей с деменцией важен индивидуальный подход и особые техники коммуникации. Однако проблемы с памятью могут стать причиной возникновения несчастных случаев. Поэтому важно адаптировать жилье человека с деменцией и, например, использовать современные бытовые приборы с функциями контроля.

**10. Как долго человек с деменцией может жить сам, в домашних условиях?**

Это зависит от ряда условий. Как правило, люди с деменцией легкой степени выраженности могут жизни самостоятельно и нуждаются в про-

филактических и реабилитационных услугах, консультациях и периодическом патронате. Люди с умеренной и тяжелой степенью деменции нуждаются в большем объеме поддержки, которую могут предоставить либо совместно проживающие родственники, либо иное близкое окружение (например, соседи), а также организации здравоохранения, учреждения социального обслуживания, общественные объединения совместными усилиями. Следует помнить, что люди с деменцией, как и люди с инвалидностью, имеют право на выбор места проживания и участие в жизни общества. Поэтому развитие адекватной системы поддержки для людей с деменцией и членов их семей должно стать приоритетным направлением социальной политики Республики Беларусь.

## Литература по теме деменции

### Основные нормативные правовые акты

1. О социальном обслуживании: Закон Респ. Беларусь, 22 мая 2000 г., № 395-3: в ред. Закона Респ. Беларусь от 19.06.2017 № 31-3 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2000. – № 50. – 2/170.
2. Об оказании психиатрической помощи : Закон Респ. Беларусь, 7 января 2012 г., № 349-3 : в ред. Закона Респ. Беларусь от 24.12.2015 № 331-3 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2012. – №10. – № 2/1901.
3. О некоторых вопросах оказания социальных услуг : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 27 дек. 2012 г., № 1218: в ред. постановления Совета Министров Респ. Беларусь от 20.11.2017 № 864// Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2013. – 9 янв. – 5/36756.
4. О некоторых вопросах оказания социальных услуг государственными организациями, оказывающими социальные услуги : постановление Мин-ва труда и соц. защиты Респ. Беларусь, 26 янв. 2013 г., № 11 : в ред. постановления от 01.12.2017 № 83 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2013. – 19 апр. – 8/27424.
5. Об установлении перечня медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания и признании утратившими силу постановлений Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2003 г. № 140/48 и от 17 января 2007 г. № 4/8 : постановление Мин-ва труда и соц. защиты Респ. Беларусь и Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 янв. 2013 г., № 3/4 : в ред. постановления от 12.05.2015 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2013. – 7 авг. – 8/27778.
6. Об утверждении Инструкции о порядке межведомственного взаимодействия при оказании медицинской помощи гражданам, проживающим в учреждениях социального обслуживания, осуществляющих стационарное социальное обслуживание : приказ Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 30 март. 2017 г., № 333 // Информационно-правовая система «Эксперт» [Электронный ресурс] / ОДО «Экспертцентр». – Минск, 2018.
7. Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения : постановление Мин-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 10 нояб. 2017 г., № 95 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2018. – 13 фев. – 8/32819.
8. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами : Приложение к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 31 дек. 2010 г., № 1387 // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.bsmu.by/downloads/vrachu/protokolu/p30.pdf>. – Дата доступа: 03.03.2018.

## Научная, научно-популярная литература

1. Голубева, Т.С. Эпидемиологическое исследование деменций пожилого возраста в Республике Беларусь / Голубева Т. С. [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2014. — № 4 (18) — С. 120–132.
2. Деменция: приоритет общественного здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения, Международная организация по проблемам болезни Альцгеймера. — Женева, 2013. — 112 с.
3. Колпина, Л.В. Эйджизм в обслуживании пожилых граждан учреждениями здравоохранения и социальной защиты: Монография. — Ульяновск: Зебра, 2015. — 128 с.
4. Кругляк М., Кругляк Л. Деменция. Книга в помощь Вам и вашим родным. — Санкт-Петербург, 2016. — 415 с.
5. Левин, О.С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике. — М.: Медпресс-информ, 2010. — 256 с.
6. Любов Е.Б. Ранние признаки деменции: дорого время. — М., 2011. — 44 с.
7. Малофеев, И. В. Услуги в системе социального обслуживания: теория и практика: монография / Профессиональная библиотека работника социальной службы. — № 6. — М.: Социальное обслуживание, 2013. — 256 с.
8. Пауэлл Дж. Помощь в общении при деменции // Дженни Пауэлл / Помощь в общении при деменции. Информационно-координационный пункт инициативы федеральной земли Северный Рейн-Вестфалия «Деменция-сервис» перевод: этно-медицинский центр «Russische Ausgabe von „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ von Jennie Powell Heft 2 der Reihe - Demenz Service». — Кельн, 2012. — 130 с.
9. Решетова Т.В. Лечение и психологическая поддержка больных деменцией и их родственников. Помощь помогающим [Электронный ресурс] / 2011. — Режим доступа: [https://neurologic.ru/wp-content/uploads/2018/06/2012\\_brochure.pdf](https://neurologic.ru/wp-content/uploads/2018/06/2012_brochure.pdf). — Дата доступа: 29.01.2019.
10. Сиденкова, А.П. Деменция позднего возраста как актуальная психосоциальная проблема // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — №4.— С. 5–8.
11. Сиденкова, А.П. Деменция позднего возраста с позиций системного подхода. Психосоциальная модель поздних деменций // Геронтопсихиатрия. — 2011. — №11(89). — С. 44–46.
12. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов / под ред. К.И. Прощаева [и др.]. — Москва; Белгород: Белгор. обл. тип., 2012. — 172 с.
13. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов. / под ред. К.И. Прощаева, А.Н. Ильницкого и др. Изд.-во «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», — М., 2012. — 171 с.
14. Раннее выявление и профилактика деменции у граждан пожилого возраста в практике учреждений социальной защиты: методические рекомендации [Электронный ресурс] / Ильницкий А.Н., Прощаев К.И.,

Оленская Т.Л. [и др.]. – Белгород, 2017. – Режим доступа: [http://kconskol.ru/uploads/file/dokumenty/Metodicheskie\\_rekomendatsii\\_po\\_Dementsii.pdf](http://kconskol.ru/uploads/file/dokumenty/Metodicheskie_rekomendatsii_po_Dementsii.pdf). – Дата доступа: 29.01.2018.

15. Яцемирская, Р.С., Беленькая, И.Г. Социальная геронтология. – М. : Владос, 2012. – 265 с.

### **Электронные ресурсы**

1. Деменция / Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/topics/dementia/ru/>. – Дата доступа : 01.06.2018.
2. Деменция // Энциклопедия сайта по проблемам деменции «Мемини» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://memini.ru/glossary/27886>. – Дата доступа : 19.11.2018.
3. Деменции и болезнь Альцгеймера // Статьи о здоровом образе жизни / Республиканский научно-практический центр психического здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.mentalhealth.by/press-tsentr/stati-o-zdorovom-obraze-zhizni/dementsii-i-bolezn-altsgejmera>. – Дата доступа : 29.01.2019.
4. Поддержание умственных способностей при болезни Альцгеймера // Материалы по формированию здорового образа жизни / Республиканский научно-практический центр психического здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://drive.google.com/file/d/0B2DF1KQmW24INVhqeJRjYjk3cDg/view>. – Дата доступа : 29.01.2019.
5. Проект глобального плана действий сектора общественного здравоохранения по реагированию на деменцию / Всемирная организация здравоохранения // [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_28-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-ru.pdf). – Дата доступа: 19.11.2018.
6. Reports and policy briefs / Alzheimer Disease International [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.alz.co.uk/dementia-reports-policy-briefs>. – Дата доступа : 29.01.2019.
7. What Is Dementia? // National Institute on Aging [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.nia.nih.gov/health/what-dementia>. – Дата доступа : 29.01.2019.

## Об авторах

В написании пособия приняли участие белорусские и российские ученые, специалисты и практики в области медицинской помощи и социального обслуживания:

доктор медицинских наук, профессор Прощаев К.И. – директор автономной некоммерческой организации «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» (г. Москва) (приложение 8 – электронное);

доктор медицинских наук, профессор Ильницкий А.Н. – заведующий кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России» (г. Москва), первый заместитель директора Автономной некоммерческой организации «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» (приложение 8 – электронное);

кандидат медицинских наук Хвостова И.И. – заместитель директора РНПЦ психического здоровья по медицинской части (по психиатрии) (раздел 1.1, приложение 1);

кандидат медицинских наук Короткевич Т.В. – заместитель директора РНПЦ психического здоровья по организационно-методической работе (разделы 1.1, 2.1, приложение 1);

кандидат медицинских наук Колбасова О.В. – заместитель директора РНПЦ психического здоровья по медицинской части (по наркологии) (раздел 1.1, приложение 1);

кандидат философских наук Милькота Н.В. – заведующая отделом развития инновационных форм социального обслуживания НИИ труда Минтруда и соцзащиты (разделы 1.1, 1.3, 2.1, 2.2, 2.4, 2.5, заключение, приложения 2, 3, 5, приложения 7, 11 – электронные);

кандидат педагогических наук, доцент Тимошенко И.В. – ведущий научный сотрудник НИИ труда Минтруда и соцзащиты (разделы 2.5, 3.3, 3.4, приложение 11 – электронное);

Капустин С.А. – старший научный сотрудник НИИ труда Минтруда и соцзащиты (разделы 1.3, 2.3);

Ануфриева М.Н. – младший научный сотрудник НИИ труда Минтруда и соцзащиты (раздел 2.1);

Синельникова Р.В. – консультант Швейцарского общества Красного Креста, международный эксперт (введение);

Ситько И.М. – заместитель председателя Гродненской областной организации БОКК (раздел 3.1);

кандидат медицинских наук, доцент Светлович Т.Г. – заместитель начальника отдела медико-социальной работы БОКК (раздел 3.1);

Горбачевская Е. А. – главная медицинская сестра Гродненской областной организации БОКК (раздел 3.1);

Анацко С.Н. – специалист по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний отдела медико-социальной работы БОКК (раздел 3.1);

Рудько И.М. – начальник отдела социально-бытовой реабилитации ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» (разделы 1.2, 3.2, приложения 3, 4);

Абрамова С.П. – ведущий специалист по социальной работе ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» (разделы 1.2, 3.2, приложения 3, 4);

Сергеева Е.А – психолог ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» (разделы 1.2, 3.2, приложения 2, 3, 4, 5);

Астапенко В.Н. – начальник управления социальной поддержки населения и стационарных учреждений Комитета по труду, занятости и социальной защите Витебского облисполкома (раздел 3.3);

Санникова С.С. – директор ГУСО «Витебский дом-интернат для престарелых и инвалидов» (раздел 3.3);

Марудин В.В.– директор ГУ «Психоневрологический дом-интернат для престарелых и инвалидов № 1» (раздел 3.4.);

Евтушик И.И. – заместитель директора по медицинскому обслуживанию ГУ «Психоневрологический дом-интернат для престарелых и инвалидов № 1» (раздел 3.4);

Станиславчик Е.А. – исполнительный директор, член правления ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» (приложение 9 – электронное);

Павлоградский В.Н. – юрист ОО «Белорусская ассоциация социальных работников» (приложение 10 – электронное);

Описание зарубежного опыта подготовлено при активном участии экспертов из Англии и Германии:

Порика Гарретта – бакалавра гуманитарных наук, бакалавра теологии, магистра естественных наук, менеджера по социальным услугам для людей с особыми потребностями и деменцией организации «Еврейская забота»;

Светланы Антоновой, Ильи Ривина – сотрудников Центральной благотворительной организации евреев Германии (ZWST);

Херлинд Меггес – эксперта университетской клиники Шарите (Charite, г. Берлин, Германия),

Мариты Гервин – руководителя Городского центра по вопросам граждан пожилого возраста муниципалитета г. Арнсберг (Германия).

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Методический материал для организации работы в интересах людей с деменцией и их близкого окружения

#### *Приложение 1. Характеристика нарушений при деменции различной степени выраженности*

*Хвостова И.И., Колбасова О.В., Короткевич Т.В.*

Общую тяжесть деменции определяют исходя из уровня нарушения либо памяти, либо когнитивных функций, исходя из того, какая функция наиболее повреждена. Так, например, если у пациента сочетаются нарушения памяти, соответствующие уровню легкой деменции, а интеллектуальное снижение указывает на деменцию умеренной степени, то общее состояние расценивается как деменция умеренной степени.

#### *Деменция легкой степени*

Потеря памяти выражена настолько, что это ощутимо осложняет повседневную деятельность, однако человек еще может вести независимое существование. Нарушено главным образом усвоение нового материала. Пациент испытывает затруднения, связанные с фиксацией, хранением и воспроизведением информации, постоянно необходимой в обыденной жизни. Например, пациент забывает, куда положил какой-либо предмет, принял ли он таблетки, забывает о назначенных встречах, датах, нарушено удержание в памяти информации, полученной недавно от членов семьи и знакомых. Нарушения когнитивных функций приводят к тому, что пациент хуже справляется со своими повседневными делами, но при этом не теряет независимости. При деменции легкой степени пациент не справляется с более сложными повседневными задачами, требующими планирования, значительной и длительной концентрации внимания, установления сложных логических связей. Задачи, ранее выполнявшиеся пациентом, не выполнимы. Становятся недоступны некоторые формы проведения досуга, в которых пациент охотно участвовал ранее, женщины с трудом справляются с приготовлением более сложных блюд, которые ранее выполняли без труда.

Оценка нарушенных функций в соответствии с критериями жизнедеятельности:

Способность к самообслуживанию - способность самостоятельно справляться с основными физиологическими потребностями, выполнять повседневную бытовую деятельность и сохранять навыки личной гигиены, обеспечивающая эффективное независимое (в соответствии с возрастными особенностями) существование в окружающей среде.

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение способности к самообслуживанию, сохранение способности к самообслуживанию при более длительной затрате времени, подробности его выполнения, сокращении их объ-

ема или эпизодической помощи посторонних лиц; нуждаемость в периодической (не чаще 1 раза в неделю) помощи других лиц в осуществлении некоторых бытовых потребностей при самостоятельной реализации других повседневных потребностей;

ФК 3 – выраженное нарушение способности к самообслуживанию, сохранение способности к самостоятельной реализации нерегулируемых насущных потребностей при нуждаемости в постоянной посторонней помощи других лиц.

Способность к самостоятельному передвижению – способность эффективно самостоятельно передвигаться (ползать, ходить, бегать, преодолевать препятствия, сохранять равновесие тела, удерживать позу, пользоваться личным и общественным транспортом) в своем окружении в рамках выполняемой бытовой или ведущей возрастной деятельности, обеспечивая возможность быстро и адекватно модифицировать свои действия. Способность к самостоятельному передвижению во многом обусловлена не столько тяжестью деменции, сколько непосредственно самой причиной деменции.

ФК 1 – легкое нарушение способности к передвижению, периодически возникающее умеренное или постоянное легкое нарушение статодинамической функции при сохранении способности к самостоятельному передвижению при изменении механики передвижения, более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости технических и иных вспомогательных средств;

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение способности к передвижению, ограничение возможности передвижения районом проживания с явным изменением походки, медленным темпом ходьбы, необходимостью использования технических и иных вспомогательных средств вне дома; неполная коррекция лекарственными средствами деятельности систем, обеспечивающих передвижение; использование общественного транспорта затруднено, но возможно без помощи других лиц;

ФК 3 – выраженное нарушение способности к передвижению, ограничение передвижения в пределах ближайшей к жилью территории с посторонней помощью или с помощью сложных технических и иных вспомогательных средств передвижения, использование общественного транспорта резко затруднено без помощи других лиц;

ФК 4 – резко выраженное нарушение способности к передвижению, полная утрата самостоятельного передвижения или возможность передвижения только в пределах жилья при помощи других лиц или сложных технических и иных вспомогательных средств.

Способность к ориентации – способность самостоятельно воспринимать и анализировать окружающую действительность (место, пространство, время, личность).

ФК 1 – легкое нарушение способности к ориентации, периодически возникающее ограничение способности к ориентации в сложной жизненной ситуации, не обычной обстановке при полной сохранности в привычных условиях;

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение способности к ориентации, отставание в развитии основных параметров ориентации (личность, место, пространство, время), частичное нарушение распознавания окружающих предметов, обусловленное умеренно выраженным нарушением восприятия зрительных образов или резко выраженным нарушением восприятия слуховых сигналов.

Способность к общению – способность устанавливать контакты с другими членами общества и поддерживать привычные взаимоотношения путем восприятия, переработки и воспроизведения информации. Основным средством коммуникации является устная речь, вспомогательным – чтение, письмо, невербальная речь.

ФК 1 – легкое нарушение способности к общению, способность к общению с незначительным снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости технических и иных вспомогательных средств; затруднение установления новых контактов при сохранности устоявшихся;

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение способности к общению, способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, невозможность поддерживать новые контакты при сохранности устоявшихся.

Способность контролировать свое поведение - способность к осознанию себя и адекватному поведению в соответствии с морально-этическими и социально-правовыми нормами среды обитания.

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение способности контролировать свое поведение, периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение на необычную ситуацию, не корригируемые способами медицинского воздействия при сохранности контроля в привычных условиях; сохранение способности осознавать себя, что позволяет пациенту самостоятельно выполнять повседневную деятельность, некоторые виды профессионального труда в обычных производственных условиях; постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции.

Способность к обучению – способность к восприятию, осмыслению, накоплению и воспроизведению информации и знаний (общеобразовательных, специальных, профессиональных), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми), выполнению необходимых практических действий.

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение способности к обучению, способность к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов по общим программам в учреждениях образования общего назначения, но в специальных группах, оснащенных техническими и иными вспомогательными средствами и технологиями, необходимыми для определенной категории инвалидов; обучение с использованием специальных методов и методик обучения, специального режима обучения;

ФК 3 – выраженное нарушение способности к обучению, способность к получению образования соответствующего уровня в соответствии с учеб-

ными программами, разрабатываемыми на основе образовательных стандартов в учреждениях образования, в специальных классах (группах), классах (группах) интегрированного обучения и воспитания с созданием специальных условий для лиц с особенностями психофизического развития; способность к обучению только в учреждениях специального образования при организации образовательного процесса для лиц с особенностями психофизического развития на дому с созданием при необходимости специальных условий.

Способность к трудовой деятельности – совокупность физических, психофизиологических и психологических возможностей, формируемых в результате физического, психологического и культурного развития личности, общего и специального образования, выработки трудовых навыков и мастерства, необходимых и достаточных для качественного выполнения любого (в том числе неквалифицированного) труда обычного содержания, обычным способом, в обычном объеме и обычных условиях, способность выполнять обычную для человека роль в жизни (с учетом возраста, пола, места жительства, образования), способность к самостоятельному проживанию, установлению социальных связей, поддержанию экономической независимости.

ФК 2 – умеренно выраженное нарушение способности к трудовой деятельности, способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации; способность выполнения неквалифицированного физического труда с уменьшением объема выполняемой работы; неспособность продолжать работу по основной профессии (должности) при сохранении возможности выполнять трудовую деятельность по профессии (должности) более низкой квалификации; сокращение продолжительности рабочего времени (неполный рабочий день, неполная рабочая неделя);

ФК 3 – выраженное нарушение способности к трудовой деятельности, способность к выполнению трудовой деятельности в специальных условиях, с использованием технических и иных вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц или при выраженном ограничении объема выполняемых работ за счет выраженного сокращения рабочего времени.

#### *Деменция умеренной степени*

Нарушения памяти препятствуют самостоятельному образу жизни. Удержанию подлежит лишь очень давно усвоенный материал, события отдаленного прошлого или информация, очень хорошо усвоенная и неоднократно подтверждавшаяся в связи с ее актуальностью. Новая информация удерживается лишь изредка и не на продолжительное время. Пожилой человек не в состоянии воспроизвести основные сведения. Не может ответить на вопросы, где живет, чем занимался несколько часов назад, как зовут хорошо знакомых ему людей. В силу нарушения когнитивных функций такие пациенты не могут самостоятельно делать покупки в магазинах, разумно обращаться с деньгами, утрачивают способность к приготовлению пищи, могут выполнять лишь самую простую домашнюю работу. Интересы и формы проявления активности все более ограничиваются и плохо поддерживаются.

Оценка нарушенных функций в соответствии с критериями жизнедеятельности:

Способность к самообслуживанию - ФК 3 (см. выше).

Способность к самостоятельному передвижению - ФК 1 – ФК 4 (см. выше).

Способность к ориентации – ФК 2 (см. выше); ФК 3 (выраженное нарушение способности к ориентации, значительно выраженное нарушение возможности распознавать людей и объекты на небольшом расстоянии, при наличии помех (низкая освещенность, мелькание) и в малознакомой обстановке; частичная дезориентация в месте, времени, пространстве и собственной личности; не восприятие звуков и устной речи при невозможности компенсации дефекта слуха адекватными способами).

Способность к общению – ФК 2 (см. выше); ФК 3 (выраженное нарушение способности к общению, способность сохранения отношений со значимыми людьми на бытовом уровне при утрате коммуникативных функций, распаде устоявшихся и невозможности установления новых контактов, не поддающиеся компенсации).

Способность контролировать свое поведение – ФК 2 (см. выше); ФК 3 (выраженное нарушение способности контроля поведения; возможность осознавать себя и значимых лиц сохранена только на уровне ближайшего окружения в домашних условиях, не поддается коррекции и развитию; затруднена возможность должным образом соблюдать личную безопасность; постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц).

Способность к обучению – ФК 3 (см. выше); ФК 4 (резко выраженное ограничение способности к обучению).

Способность к трудовой деятельности – ФК 3 (см. выше); ФК 4 (резко выраженное ограничение способности к трудовой деятельности, неспособность к трудовой деятельности, невозможность или наличие медицинских противопоказаний к любому виду труда).

#### *Деменция тяжелой степени*

Нарушения памяти характеризуются полной утратой способности удерживать новую информацию. Сохраняются лишь отдельные фрагменты ранее усвоенных сведений. Пожилой человек не в состоянии узнать даже близких родственников. Отсутствуют (либо почти отсутствуют) явные признаки интеллектуальной деятельности.

Оценка нарушенных функций в соответствии с критериями жизнедеятельности:

Способность к самообслуживанию – ФК 4 (резкое выраженное ограничение самообслуживания, приводящее к резко выраженной или полной потере личной независимости и нуждаемости в уходе (бытовом и (или) специальном медицинском)).

Способность к самостоятельному передвижению – ФК 3; ФК 4 (см. выше).

Способность к ориентации – ФК 3 (см. выше); ФК 4 (резко выраженное нарушение способности к ориентации, полная или резко выраженная дезориентация в месте, времени, пространстве и собственной личности).

Способность к общению – ФК 3 (см. выше); ФК 4 (резко выраженное нарушение способности к общению, утрата возможности общения и затруднение контактов со значимыми людьми (ближайшие родственники, лица, осуществляющие уход, родители, опекуны) на бытовом уровне, затрудняющее оказание адекватной помощи).

Способность контролировать свое поведение – ФК 3 (см. выше); ФК 4 (резко выраженное нарушение способности контроля своего поведения, невозможность или резко выраженное нарушение осознания собственной личности, окружающих предметов и людей, отсутствие или неадекватные реакции на обычную ситуацию, создающие угрозу личной безопасности, неконтролируемые нарушения физиологических отправления, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц).

Способность к обучению – ФК 4 (см. выше).

Способность к трудовой деятельности – ФК 4 (см. выше).

*Основания для установления группы инвалидности при деменции*

Основанием для установления I группы инвалидности является резко выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 4, приводящее к стойкой выраженной социальной недостаточности, требующее постоянного постороннего ухода (специального, медицинского и (или) бытового) и помощи других лиц, в случаях:

– резко выраженного нарушения функции одной из систем организма, приводящего к резко выраженному ограничению жизнедеятельности;

– выраженного нарушения функций двух и более систем организма, создающих синдром взаимного отягощения, приводящего к резко выраженному ограничению жизнедеятельности в одной из категорий жизнедеятельности;

– заболевания с абсолютно неблагоприятным в отношении жизни прогнозом на ближайшее время вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент проведения медико-социальной экспертизы.

Основанием для установления II группы инвалидности является выраженное ограничение жизнедеятельности, соответствующее ФК 3, приводящее к выраженной социальной недостаточности, в случаях:

– выраженного нарушения функции одной из систем организма, приводящего к выраженному ограничению жизнедеятельности;

– умеренного нарушения функций двух и более систем организма, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящего к выраженному ограничению жизнедеятельности;

– неблагоприятного клинико-трудового прогноза вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент проведения медико-социальной экспертизы;

– сомнительного трудового прогноза, несмотря на проведенные лечебные и реабилитационные мероприятия, противопоказаний к труду в связи с вероятным ухудшением состояния здоровья вне зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности.

## Приложение 2. Выявление признаков когнитивных нарушений и деменции

Сергеева Е. А., Милькота Н.В.

Диагноз деменция устанавливается врачами-психиатрами, как правило, в специализированных организациях здравоохранения в соответствии с клиническими протоколами с учетом изучения анамнеза, беседы с человеком и его родственниками, анализа результатов лабораторных и иных специальных исследований.

Тем не менее, наличие признаков деменции может быть установлено специалистами более широкого профиля (врачами общей практики, терапевтами) с использованием общепризнанного инструментария. Указанный инструментарий также может быть использован психологами (желательно – клиническими психологами, или прошедшими специальный инструктаж, или с привлечением врачей-психиатров) для раннего выявления деменции или когнитивных нарушений и своевременной организации работы по профилактике и реабилитации.

Вместе с тем, для подбора адекватного лечения необходимо, после выявления признаков деменции, рекомендовать человеку (его опекуну, родственникам) обратиться к врачу-специалисту.

В условиях стационарных учреждений социального обслуживания первые признаки деменции или когнитивных нарушений может заметить любой работник обслуживающего персонала (например, медицинские сестры, специалисты по социальной работе, руководители кружка, социальные работники, санитарки и др.). В связи с этим они должны владеть необходимой информацией и быть готовы обратиться к соответствующему специалисту на необходимость проведения развернутого обследования человека.

Среди работников нестационарных учреждений, оказывающих социальные услуги, наиболее подготовленными к выявлению деменции являются психологи. Тем не менее, не только они, но и заведующие отделениями, специалисты по социальной работе могут пройти обучение и быть готовы заниматься выявлением признаков деменции с целью формирования групп для обслуживания в зависимости от степени выраженности деменции. При этом первые признаки деменции могут заметить именно социальные работники, посещающие человека на дому. В связи с этим весь персонал учреждений должен иметь представление о признаках деменции.

На наличие когнитивных нарушений и деменции могут указывать следующие *признаки*:

- забывчивость (постоянное забывание договоренностей, режимных моментов, регулярное утрачивание «нити» разговора, повторение одних и тех же вопросов);
- нарушения речи (нетипичная безграмотность при построении предложений, постоянные сложности с подбором нужного слова, которых не было ранее, упрощение речи);
- эмоциональная нестабильность (частные колебания настроения без видимой причины, «ухудшение» характера, перепады настроения);

- нетипичное поведение (отказ от контактов, бесцельное хождение, частые ночные бодрствования, нарушение биологических ритмов и т. п.);
- нарушения концентрации внимания (сложно настроиться на какое-либо дело и продолжать его в течение необходимого времени);
- изменение внешнего вида, проблемы с адекватным подбором одежды по погоде, сезону, нетипичная неопрятность;
- сложности в решении задач, которые раньше давались легко (в области счета, распоряжения деньгами, пользования мобильным телефоном, поддержании порядка в своих вещах и т. п.);
- сложности с абстрактным мышлением;
- снижение интереса к хобби и взаимодействию;
- нарушение ориентации в пространстве и времени;
- яростное отрицание ошибок и проблем, «заикленность» на своей точке зрения.

Для определения, в какой степени вышеуказанные и иные аналогичные признаки свидетельствуют о наличии у человека когнитивных нарушений, деменции и для подтверждения его нуждаемости в специальных услугах, могут использоваться общепризнанные опросники.

Распространенным является использование теста «рисование часов». Его выполнение не занимает много времени, он прост и информативен, чувствителен к деменции разного происхождения и разной степени выраженности.

«Рисование часов» входит в состав теста Mini-Cog, цель которого – оценка кратковременной памяти и зрительно-пространственной координации. Время проведения данного теста также небольшое и составляет около 5 минут. Несомненным преимуществом данного теста является его простота, недостатком – низкая информативность для выявления легких и умеренных когнитивных нарушений, т. е. не достигших степени деменции.

Помимо кратких существуют и более развернутые тесты: «Краткая шкала оценки психического статуса» (тест Фольштейна, Mini-Mental State Examination – MMSE) и «Батарея лобной дисфункции» – Frontal Assessment Battery (FAB), а также Монреальская шкала оценки когнитивных функций или Мока-тест.

Несмотря на немалое количество заданий и необходимость определенного времени (около 15 мин.) для его проведения, MMSE также характеризуется низкой чувствительностью при деменции легкой степени выраженности – суммарный балл может оставаться в пределах нормального диапазона. В этом случае судить о наличии нарушений можно по динамике результатов (сравнивать результаты, показанные с интервалом в несколько месяцев): если у человека развивается деменция, результаты будут ухудшаться; при отсутствии заболевания показанный результат будет стабильным.

Следует учитывать, что на результаты (особенно при умеренных когнитивных нарушениях или деменции легкой степени выраженности) могут влиять как причина деменции, так и индивидуальные особенности человека. Например, FAB (количество баллов меньше 11) подтверждает наличие

лобной деменции. В то время как результаты MMSE в данном случае могут быть практически в норме. При болезни Альцгеймера в стадии легкой деменции снижается MMSE, а FAB снижен незначительно. В стадиях умеренной и тяжелой деменции оба показателя значительно снижены. Поэтому при наличии сомнений рекомендуется проведение нескольких тестов, а также повторное обследование через некоторый промежуток времени.

### **Общие рекомендации по проведению тестирования**

*При проведении всех тестов следует учитывать особенности ситуации человека: если человек переутомлен, плохо спал или испытал стресс в течение недавнего времени, связанный, например, с переездом или иными личными событиями, то результаты могут быть недостоверными. Поэтому перед началом опроса или при выявлении затруднений в его процессе, следует уточнить у человека общее самочувствие, настроение. При наличии сомнений в достоверности результатов, диагностике следует повторить через некоторое время при устранении факторов, имеющих негативное влияние на состояние человека.*

*Следует также учитывать, что наличие когнитивных нарушений может быть обусловлено наличием иных психических нарушений – например, депрессией. Поэтому при наличии признаков таких состояний важно рекомендовать человеку обратиться к психологу или психотерапевту для комплексной оценки психического состояния.*

*Также следует учитывать личностные особенности человека, уровень его образования, социокультурный статус и т.д. Например, для человека с высоким уровнем интеллекта результаты могут находиться в пределах общей нормы, хотя по сравнению с его «личной нормой», т. е. прежним уровнем будет иметь место довольно выраженное снижение. Такие риски можно устранить только проведением повторного тестирования, причем желательно, чтобы все тестирования проводил один и тот же специалист, что позволит повысить чувствительность результатов.*

*Интерпретируя ответы на вопросы, следует принимать во внимание тот факт, насколько человеку известна информация, о которой спрашивают. Например, человек может называть неверный адрес, потому что недавно переехал и не знает новый адрес. В таком случае следует спросить о прошлом адресе. Или человек может быть не в курсе, на каком этаже находится, поскольку находится в новом месте и не обратил внимание на этаж, когда ехал на лифте.*

*Особое внимание следует уделить форме проведения тестирования. Не следует упоминать слов «деменция» и «тест». Лучше, если тестирование пройдет в форме беседы, непринужденного общения или как тест-игра («А давайте попробуем проверить Вашу память?»). Это поможет снизить напряжение, уменьшить стресс и повысить результативность диагностики. Категорически не рекомендуется исправлять человека по ходу тестирования, чтобы не сбить и не уменьшить веру в себя. Можно задавать наводящие вопросы, чтобы достичь положительного результата и помочь успокоиться, однако ответы «с подказкой» не следует засчитывать как полноценные.*

*Нужно быть готовым к тому, что люди с деменцией легкой степени, у которых еще сохранилась функция контроля, могут испугаться невозможности ответить на вопросы и отказаться от продолжения тестирования или даже стать агрессивными. В таком случае не стоит продолжать тестирование, а лучше пообщаться с человеком и предложить ему поддержку и сопровождение.*

*Заметки, которые делает по ходу или после тестирования специалист ни в коем случае не должны быть видны человеку или стать известны третьему лицу. О результатах тестирования человеку с когнитивными нарушениями или членам его семьи следует сообщать деликатно, делая акцент на предлагаемых услугах и поддержке. Например: «Ваши результаты показывают, что Вы можете войти в нашу самую интересную группу для занятий». Или «Вам будет полезно поговорить с нашим специалистом, который приходит на дом, он предложит Вам много интересных занятий для поддержки памяти».*

### **Тест «Рисование часов»<sup>34</sup>.**

#### Особенности проведения

1. Специалист предлагает человеку чистый лист нелинованной бумаги и карандаш и говорит: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате. Стрелки часов должны показывать без пятнадцати два». Человек самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в нужные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции.

2. После того, как человек завершил выполнение задания, специалист рассматривает результаты. Если часы нарисованы неправильно, он может упростить задание, предложив дорисовать стрелки на уже нарисованном циферблате с числами.

#### Интерпретация результатов

Об отсутствии когнитивных нарушений свидетельствует способность человека самостоятельно нарисовать и циферблат, и правильное расположение стрелок.

Однако при возникновении когнитивных расстройств человек может допускать ошибки, которые оцениваются по десятибалльной шкале (рисунок 1):

10 баллов – норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;

9 баллов – незначительные неточности в расположении стрелок;

8 баллов – более заметные ошибки в расположении стрелок;

7 баллов – стрелки показывают неправильное время;

6 баллов – стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);

5 баллов – неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое;

---

<sup>34</sup> Описание данных тестов составлено по материалам сайта «memini.ru», на котором можно найти и иные тесты, используемые для выявления признаков деменции и иных психических нарушений в пожилом возрасте.

4 балла – утрачена целостность часов, часть чисел отсутствует или расположена вне круга;

3 балла – числа и циферблат не связаны друг с другом;

2 балла – человек пытается нарисовать циферблат, часы, но безуспешно;

1 балл – человек не делает никаких попыток выполнить инструкцию или невозможно понять, что изображено на рисунке.

Результаты выполнения повторного задания (т. е. рисования стрелок на готовом циферблате) могут указывать на вероятную причину деменции. Правильное расположение стрелок в готовом круге свидетельствует о деменции лобного типа или деменции с преимущественным поражением подкорковых структур. Неспособность правильно нарисовать стрелки даже на готовом циферблате указывает на деменцию при болезни Альцгеймера.

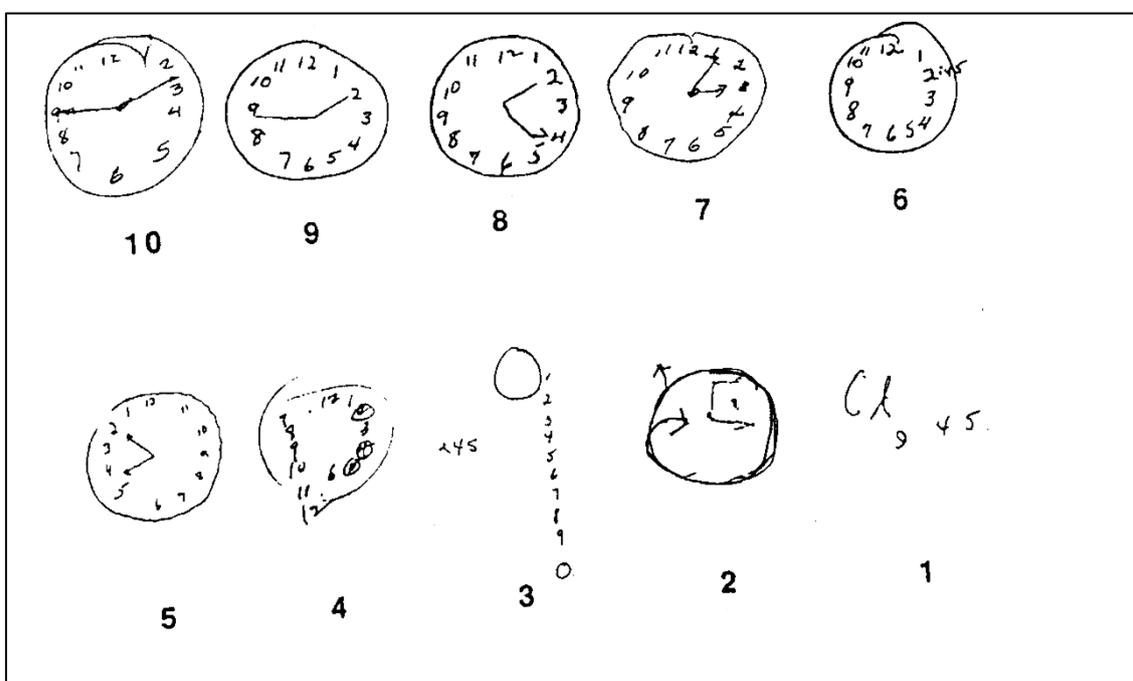


Рисунок 1 – Примеры рисунков по тесту «рисование часов» для выставления соответствующего балла (от 10 до 1)

### **Тест Mini-Cog**

#### Особенности проведения

1. Специалист предлагает человеку (проживающему) запомнить и произнести за ним три простых слова, не связанных между собой (например, лимон, ключ, мяч, или сахар, диван, замок, или др.)

2. Затем специалист предлагает человеку листок с нарисованным на нем кругом и просит его нарисовать внутри круга часы со стрелками, показывающими 11.20 (или любое другое время, где стрелки находятся не на цифрах 12 и 6).

3. После специалист предлагает человеку вспомнить слова, которые он заучивал (из пункта 1).

#### Интерпретация результатов

Если человек (проживающий) воспроизвел все слова, то это, как правило, свидетельствует об отсутствии у него деменции (но при этом могут быть легкие или умеренные когнитивные нарушения).

Если человек не может воспроизвести слова (полностью или частично), есть основания подозревать деменцию. При частичном воспроизведении слов следует обратиться к результату теста с часами. Если рисование часов нарушено, то есть веские основания подозревать деменцию, если стрелки нарисованы правильно, то, скорее всего, деменции нет и необходимо искать иную причину нарушений в поведении человека.

#### ***Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)***

##### Особенности проведения

Специалист предлагает человеку ответить на ряд вопросов и выполнить ряд заданий, каждый или каждое из которых оценивается по своей шкале (таблица 1).

Таблица 1 – Вопросы для MMSE

<b>Задание</b>	<b>Шкала</b>	<b>Пояснения</b>
1. Ориентировка во времени. Специалист просит человека (проживающего) полностью назвать сегодняшнее число, месяц, год и день недели. Если человек не называет все сразу, то специалист может задавать уточняющие вопросы	0–5	5 баллов, если человек самостоятельно и правильно называет число, месяц и год. Если приходится задавать дополнительные вопросы, ставится 4 балла. Дополнительные вопросы могут быть следующие: если названо только число спрашивают «Какого месяца?», «Какого года?», «Какой день недели?». Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает оценку на один балл
2. Ориентировка на месте. Специалист спрашивает: «Где мы находимся?» Человек должен назвать страну, область, город, учреждение в котором находится, номер комнаты (или этаж). Если человек отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы.	0–5	Каждая ошибка или отсутствие ответа снижает максимальный балл (5) на один балл
3. Восприятие. Специалист просит человека прослушать и повторить три слова, не связанных между собой (например, яблоко-стол-монета или автобус-дверь-роза). Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. При этом его предупреждают, что их нужно будет воспроизвести через несколько минут.	0–3	Правильное повторение каждого из трех слов оценивается в один балл. Следует предъявлять слова столько раз, сколько это необходимо, чтобы человек правильно их повторил. Однако оценивается в баллах лишь первое повторение

Задание	Шкала	Пояснения
<p>4. Концентрация внимания и счет. 4.1. Специалист просит человека устно отнять от 100 7 и так 5 раз подряд. (100-93-86-79-72-65). При ошибке человека один раз можно спросить – уверен ли он в ответе. Если ответ был указан неправильно, просят далее отнимать из правильного числа (например, 100-7 был дан ответ 94, тогда далее спрашивают, сколько будет 93 минус 7).</p> <p><u>Второй вариант</u> Человека просят произнести слово "земля" (или «столб») сначала по буквам вперед (без оценки), потом по буквам высказать его в обратном порядке (оценивайте «1» каждую букву в правильному месте слова).</p>	0–5	<p>За каждое правильное вычитание добавляется один балл.</p> <p>При произнесении слова наоборот за каждую букву в правильном месте слова начисляется 1 балл. Например, если произносится «ямлез» вместо «ялмез» ставится 4 балла и т. д.</p>
<p>5. Память. Специалист просит человека (проживающего) вспомнить слова, которые заучивались в п. 3</p>	0–3	Каждое правильно названное слово оценивается в 1 балл
<p>6. Речь. 6.1. Специалист показывает человеку два обычных предмета (например, ручку и часы) и спрашивает, как это называется. 6.2. Специалист просит человека выслушать и повторить предложение сложной конструкции: «Никаких если, и или но»</p>	0–3	<p>За каждый правильно названный ответ начисляется 1 балл.</p> <p>Дается одна попытка, при правильном повторе начисляется 1 балл</p>
<p>7. Выполнение 3-этапной команды. Специалистом устно дается команда, которая предусматривает последовательное совершение трех действий. Например: «Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое и положите на стол»</p>	0–3	За каждое правильно выполненное действие начисляется 1 балл.
<p>8. Чтение. Специалист передает человеку лист бумаги, на котором написаны три команды: «1. Закройте глаза. 2. Напишите предложение. 3. Срисуйте рисунок (два пересекающихся пятиугольника)</p> <p>Человека просят прочитать их и выполнить. Команды должны быть написаны достаточно крупными печатными буквами на чистом листе бумаги. Размер, предлагаемых для срисовывания пятиугольников должен быть не менее 1,5 см для одной грани/стороны.</p>	0–3	За правильное выполнение каждой из команд дается 1 балл

Задание	Шкала	Пояснения
<p>Правильное выполнение второй команды предусматривает, что человек должен самостоятельно написать осмысленное и грамматически законченное предложение. В предложение должны входить существительное и глагол, а так же само оно должно иметь значение. Не следует учитывать ошибки правописания.</p> <p>При выполнении третьей команды человеку дается образец (два пересекающихся пятиугольника с равными углами), который он должен перерисовать на нелинованной бумаге. Если при перерисовке возникают пространственные искажения или линии оказываются не соединены, выполнение команды считается неправильным.</p> <p><b>(См. приложение к тесту)</b></p>		
<b>Общий балл:</b>	<b>0–30</b>	

#### Интерпретация результатов

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует оптимальному состоянию когнитивных функции. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом:

- 28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функции;
- 24–27 баллов – преддементные когнитивные нарушения;
- 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0–10 баллов – тяжелая деменция.

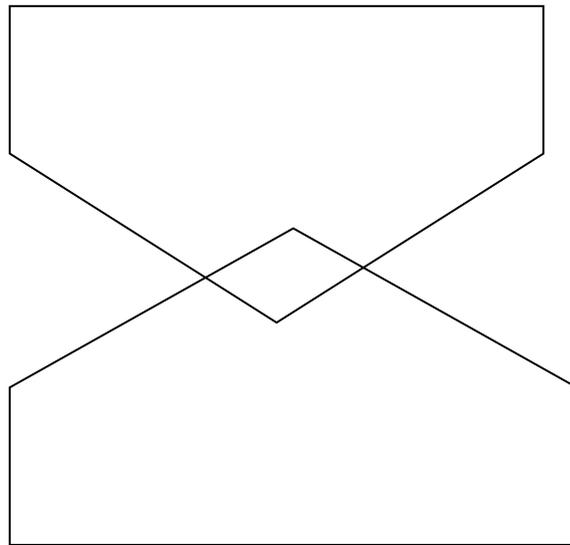
## Приложение 1 к тесту MMSE

Прочтите и выполните.

1. Закройте на несколько секунд глаза.
2. Напишите предложение.

Приложение 2 к тесту MMSE

Посмотрите внимательно на образец геометрических фигур и срисуйте его ниже.



## **Батарей лобной дисфункции (FAB)**

### Особенности проведения

Специалист предлагает человеку (проживающему) выполнить ряд упражнений (мини-тестов), каждый из которых оценивается по шкале от 0 до 3.

1. *Обобщение (концептуализация)*. Специалист называет пару предметов и спрашивает у человека (проживающего), что общего между предметами пары. Варианты пар: яблоко и груша, пальто и куртка, стол и стул. Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение (например, «это фрукты» в отношении пары «яблоко и груша»). За правильный ответ засчитывается 1 балл. Если человек затрудняется или дает иной ответ, ему говорят правильный ответ. Всего называются три пары.

2. *Словарный запас*. Специалист просит человека закрыть глаза и в течение минуты назвать как можно больше слов на распространенную букву (например, «с»). При этом имена собственные не засчитываются. Если за минуту человек назвал более 9 слов ему начисляется 3 балла, от 6 до 9 слов – 2 балла, от 3 до 5 слов – 1 балл, менее 3 слов – 0 баллов.

3. *Серии движений (программирование)*. Специалист и человек (проживающий) садятся друг напротив друга. Специалист говорит: «Следите внимательно за тем, что я делаю». После этого выполняет левой рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) – ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) – ладонь (кисть ставится горизонтально, ладонью вниз). Затем предлагает человеку выполнить правой рукой три серии этих движений вместе с ним. После чего приглашает человека продолжить серию самостоятельно. Правильное выполнение шести серий подряд самостоятельно – 3 балла, безошибочное выполнение трех серий подряд самостоятельно – 2 балла, неспособность выполнить самостоятельно серии без ошибок, но правильное выполнение трех серий со специалистом – 1 балл, неспособность выполнить три серии ни самостоятельно, ни со специалистом – 0 баллов.

4. *Конфликтующие инструкции*. Человеку дается инструкция: «Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд». Затем идет серия из трех пробных ударов: 1-1-1. «Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Еще одна пробная серия: 2-2-2. Затем выстукивается следующий ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата: правильное выполнение – 3 балла, не более 2 ошибок – 2 балла, больше двух ошибок – 1 балл, копирование ритма специалиста 4 раза подряд – 0 баллов.

5. *Реакция выбора (тормозной контроль)*. Дается инструкция: «Теперь, если я ударю один раз, Вы тоже должны ударить один раз». Пробная серия: 1-1-1. «Если я ударю два раза подряд, Вы ничего не делаете». Пробная серия: 2-2-2. Затем выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата аналогично п. 4.

6. *Исследование хватательных рефлексов*. Человек сидит перед специалистом, его просят положить руки на колени ладонями вверх. Ничего не говоря и не глядя на пациента, специалист подносит свои кисти к его ладоням и одновременно касается их, проверяя хватательный рефлекс.

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

#### Интерпретация результатов

После прохождения всех шести мини-тестов специалист подсчитывает общее количество баллов:

если человек набрал 16–18 баллов, это свидетельствует о нормальной лобной функции и, соответственно, отсутствии деменции;

если 12–15 баллов, то имеет место умеренная лобная дисфункция, т. е. когнитивные нарушения;

если общее число баллов менее 12, то можно подозревать выраженную лобную дисфункцию и деменцию.

### *Приложение 3. Основные направления, методы и формы работы с людьми с когнитивными нарушениями и деменцией<sup>35</sup>*

*Милькота Н.В., Сергеева Е.А., Рудько И.М., Абрамова С.П.*

#### **Когнитивная стимуляция**

Деменция связана с нарушением когнитивных способностей человека. Поэтому упражнения для когнитивной стимуляции мозга могут замедлить ухудшение когнитивных способностей, позволят не только дольше поддерживать мыслительные процессы на более высоком уровне, но способствуют укреплению социальных и эмоциональных отношений, помогут повысить самооценку человека с деменцией и уверенность в себе, расширить границы его личной автономии. Приобретение новых навыков (танцевать, рисовать, говорить на другом языке или играть на музыкальном инструменте) или просто тренировка когнитивных функций с помощью, например, тренировки мозга, даёт возможность мозгу адаптироваться к ситуации и реорганизовать свои нейронные сети, чтобы противостоять негативному воздействию деменции.

Когнитивная стимуляция – комплекс индивидуальных упражнений, подобранный с целью улучшения памяти, внимания и мышления, включая упражнения на классификацию объектов, игру слов, участие в текущих делах и др.

Целью этого вида терапии является восполнение когнитивного дефицита, методология чаще всего основана на восстановительном обучении. Наиболее отчетливых изменений в результате использования данной формы работы удастся добиться в отношении речи и мышления людей с деменцией, хотя и другие сферы психической деятельности также могут улучшаться под влиянием когнитивных техник. Косвенным результатом улучшения познавательной деятельности является улучшение повседневного функционирования человека, его поведения и социального взаимодействия.

Несмотря на кажущуюся простоту реализации данного метода работы, он должен применяться только под контролем квалифицированного специалиста (например, на этапе составления индивидуального плана работы, его корректировки при необходимости) и с осторожностью, поскольку повторные неудачи при выполнении заданий могут вызывать у людей с деменцией аффективные вспышки, нарушения поведения и даже депрессивные реакции. Исходя из этого, программа занятий должна быть сугубо индивидуальной и учитывать степень выраженности когнитивных нарушений и деменции у человека и его возможную реакцию на неудачи.

Следует учитывать, что, как правило, эффект, достигнутый в результате занятий по когнитивной стимуляции, не является долговременным и

---

<sup>35</sup> При написании данного раздела частично использованы материалы из: «Как быть рядом?». Пособие для родственников и лиц, ухаживающих за людьми с деменцией / ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» в рамках проекта «Мы вместе» гуманитарной программы «Место встречи: диалог», финансируемой фондом «Память, ответственность, будущее» и координируемой МОО «Взаимопонимание». – Минск, 2018. – 146 с.

быстро проходит после завершения курса. Поэтому занятия по когнитивной стимуляции следует проводить регулярно: например, по 30–60 минут (в зависимости от интереса и степени утомляемости пожилого человека с деменцией) 2–3 раза в неделю.

Занятия могут проводиться как в индивидуальной, так и групповой форме.

Как правило, занятия предполагают дозированное (во избежание утомления) предъявление различных заданий, служащих активизации и восстановлению отдельных компонентов психической деятельности и нужных для выполнения более сложных функций произвольного поведения. Постепенно задания усложняются, и по мере восстановления утраченных способностей, их объем увеличивается. Проживающему обязательно дается положительная обратная связь и оценка, что служит также восстановлению самооценки, нередко страдающей при нарушении когнитивных способностей.

Рекомендуется использовать упражнения, направленные на тренировку различных познавательных функций (слуховой и зрительной памяти, внимания, мышления, речевых функций, способности к анализу и синтезу и др.). При этом важно чередовать словесные и графические задания, а также задания различной степени сложности.

Не рекомендуется делать акцент на улучшении декларативной памяти, т. е. на заучивании. Более продуктивно использовать упражнения, связанные с конкретными особенностями повседневной активности, причем большую роль играет одновременное включение в задание различных сенсорных систем (зрение, речь, тактильные ощущения, моторная активность). Для того, чтобы человек с деменцией не забыл «выученное», следует на каждом занятии постоянно напоминать ему о его прошлых успехах.

Примеры упражнений можно найти на специализированных ресурсах, например:

на сайте ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (<http://www.mentalhealth.by/informatsiya/zdorovyy-obraz-zhizni/originalnye-materialy-po-formirovaniyu-zdorovogo-obraza-zhizni>);

сайте «memini.ru», посвященном различным аспектам деменции (<http://memini.ru/exercises>).

Для достижения максимального эффекта когнитивной стимуляции следует соблюдать основные правила:

- учитывать индивидуальные особенности получателя услуг, его уровень развития и степень выраженности когнитивных нарушений;
- начинать занятия при первых признаках когнитивных нарушений, т. е. как можно раньше, и осуществлять регулярно;
- важно включить в расписание деятельность по тренировке мыслительных способностей (когнитивные упражнения), например, чтение газеты в течение дня и беседа с родственниками и знакомыми о вопросах, стоящих на повестке дня;
- варьировать сложность, содержание, виды используемых упражнений в зависимости от состояния проживающего (степени усталости, заинтересованности, настроения, предпочтений и др.);
- сохранять уважительное, дружелюбное и заинтересованное отношение к проживающему во время занятий, избегать выражения негативных оценок, разочарования, недовольства.

При выборе видов деятельности для людей с деменцией, важно понимать, что в течение болезни коммуникационные каналы изменяются: смысл словесной информации утрачивается спустя несколько минут после того, как она была произнесена, в то время, как информация, поступающая посредством органов чувств (обоняния, вкуса, слуха, зрения и осязания), может храниться немного дольше. Следует использовать простые когнитивные возможности, которые ещё сохранились (например, сортировку и подбор пары), и тренировать их в течение дня приятным способом.

Можно сохранить способности посредством рутинной деятельности при сопровождении члена семьи, соблюдая необходимые правила безопасности. Например, можно заниматься лёгкими кухонными работами. Во время этой деятельности важно избегать критики или высказываний, вызывающих чувство неудачи или беспомощности.

Экскурсии в музеи оказывают своеобразное воздействие на память, пробуждая в людях воспоминания, вовлекают их в социальное взаимодействие. Люди становятся более умиротворёнными, они могут подолгу сидеть перед экспонатами или начинают делиться своими воспоминаниями, рассказывают о детях, которых уже давно не узнают.

### ***Занятия по ориентации в реальности***

Как сохранить когнитивные навыки человека, страдающего от деменции на ранних этапах болезни? Если «сбои» в памяти, ориентации и т. д. происходят всё чаще и чаще, важно укрепить навыки организации, которые позволяют ему компенсировать «сбои», происходящие из-за деменции:

- не прилагать усилия на запоминание распорядка дня, а записывать напоминания, вести большой календарь, в котором есть место для записи напоминаний, блокнот для записи сообщений и т. д.;
- у всех необходимых вещей (ключей, очков, кошелька и т. д.), должно быть постоянное место;
- повесить на видном месте номера телефонов родственников и других важных людей;
- развесить в соответствующих местах записки, напоминающие о критически важных действиях: «проверить, что газ выключен», «проверить, что дверь заперта».

Основная цель занятий по ориентации в реальности – помочь людям с потерей памяти и нарушениями ориентировки путем напоминания о фактах, касающихся этих людей и окружающей их обстановки. Иными словами, в процессе таких занятий люди с деменцией получают со стороны персонала указания и помощь в пространственно-временной ориентации.

Важную роль играет индивидуально составленная программа занятий, чтобы избежать перегрузки, тем более что большинство приводящих к деменции заболеваний довольно рано отрицательно сказываются на способности к ориентации, которую невозможно восстановить даже с помощью регулярных занятий. В связи с этим занятия по ориентации в реальности наиболее целесообразно проводить на ранней стадии когнитивных нарушений, при деменции легкой степени выраженности и при условии позитивного настроения человека, готовности участвовать в занятиях.

Тем не менее, поскольку человеку с деменцией необходимо хорошо ориентироваться в окружающей обстановке, важно «обеспечить» его той

информацией, которая ему необходима. Для этой цели могут использоваться зрительные и слуховые маркеры – «напоминания», конкретные точки опоры и помощь окружающих людей и пространства. Таким образом, основной формой работы здесь является круглосуточная ориентация в реальности, при которой лица, ведущие уход, активно представляют информацию пожилому человеку, поддерживая его способность ориентироваться в месте, времени и собственной личности, привлекая его внимание к характеристикам обстановки, отвечая на попытки человека понять окружающую его действительность, а также по возможности игнорируя проявления спутанности в его речи.

Занятия можно проводить как индивидуально, так и в группах. И в том, и в другом случае людей с потерей памяти ориентируют в окружающей обстановке, используя различные материалы и виды деятельности. Можно воспользоваться ориентирующими приспособлениями, такими как указатели пути, надписи на дверях и другие вспомогательные средства напоминания.

Групповые занятия, направленные на обучение ориентировке в собственной личности, времени и месте, как правило, рекомендуется проводить несколько раз в неделю (в группах до 6 человек, продолжительностью 30–45 минут). В рамках данных занятий полезно обращать внимание человека с деменцией на детали, которые могут ему помочь сориентироваться в реальности – как естественные, так и специально созданные (например, понять, что наступила ночь и пора спать, человеку может помочь указание как на темноту за окном, так и появление занавесок определенного цвета в комнате, тематической фигурки, проигрывание мелодии). Однако следует иметь в виду, что иногда (как правило, при прогрессировании деменции) слишком настойчивое, механистическое «удержание» человека в окружающей реальности понижает его самооценку и может приводить к проявлению агрессии или иных негативных симптомов. В таком случае продолжать целенаправленные занятия по ориентации в реальности нецелесообразно.

### **Эрготерапия**

Эрготерапия активно используется в реабилитации людей с двигательными нарушениями после перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения, дегенеративных неврологических заболеваний и т. д.

Целью эрготерапии является поддержка проживающих в осуществлении важных для них действий в сфере самообслуживания, повседневной активности и свободного времени в их личном пространстве. Специфическая деятельность, оборудование окружения и консультации используются целенаправленно и ресурсно-ориентированно (основываются на сохранившихся способностях и навыках), чтобы дать человеку возможность быть активным в повседневной жизни, участвовать в социальной жизни, улучшить качество жизни. Большую роль играет тренинг повседневной деятельности или навыков.

Таким образом, комплекс упражнений эрготерапии предназначен, прежде всего, для того, чтобы человек заново обрел навыки повседневной и бытовой активности с учетом имеющихся физических ограничений. Эрготерапия помогает научиться заново справляться бытовые нужды, обслуживать самих себя, развлекаться и общаться.

Прежде чем приступить к работе с человеком, специалист по эрготерапии должен проконтролировать, насколько человек активен в плане физической деятельности, общения и т. д. В процессе занятий необходимо ориентироваться на индивидуальный план работы, корректируя его с учетом динамики и достигнутых результатов.

Занятия в рамках эрготерапии направлены на восстановление двигательной активности при помощи различных тренажеров и игровых заданий с целью не только восстановления двигательных функций, но и адаптации человека к повседневной жизни с учетом имеющихся ограничений (например, тренировка повседневных навыков с помощью игры, ремесла и творчества, приспособление к окружающей среде, консультации о вспомогательных средствах в сфере мобильности и повседневной жизни). Используемые упражнения помогают замедлить прогрессирование заболевания, инвалидизацию человека. Эрготерапия способствует адаптации к новым условиям, помогает приспособиться к тем функциям, которые вернуть нельзя. В процессе эрготерапии человек осваивает действия, которые помогают ему в индивидуальных нуждах, например, гигиенические процедуры, уход за телом, взаимодействие с окружающими, участие в играх и различных формах проведения досуга.

Чаще всего эрготерапия направлена на развитие практических двигательных функций верхних конечностей, но может начинаться еще с обучения поворотам в кровати, присаживаниям, пересаживаниям, вставанию и перемещению, вплоть до обучения пользованию костылями, протезами, колясками. Если невозможно вернуть утраченные навыки и функции, то цель работы специалиста по эрготерапии – компенсировать их утрату некоторыми приспособлениями и устройствами (к примеру, можно обучить пользоваться специально оборудованным санузлом, научить человека обходиться только одной рукой при завязывании шнурков, застегивании пуговиц, наведении порядка и др.).

В зависимости от характера нарушений упражнения по эрготерапии могут включать упражнения на развитие мелкой моторики

Таким образом, для людей с деменцией интенсивная эрготерапия на ранних стадиях заболевания поможет избежать или отодвинуть сроки наступления потребности в постоянном постороннем уходе.

В данном случае достоинства работы заключаются главным образом, в восстановлении способности участвовать в повседневной жизни, целенаправленных активных действиях, интересах, потребности нахождения в окружении других людей, выполнения значимых ролей и самодостаточность. Вторичная эрготерапия может также оказывать благоприятное воздействие на смягчение психотических симптомов путем концентрации внимания человека на повседневной действительности.

**Реминисцентная терапия** (терапия воспоминаний, биографические методы).

Целью «терапии воспоминаниями» является стимуляция памяти и улучшение настроения человека с деменцией путем обращения к его жизненной истории и воспоминаниям. По данным некоторых исследователей, подобное воздействие действительно приводит к кратковременному улучше-

нию настроения, поведения и даже уровня познавательного функционирования.

Научные исследования подтверждают, что именно у людей с болезнью Альцгеймера значительно нарушена ориентация в собственной личности. Так называемые биографические методы основаны на том, чтобы поддерживать как можно дольше все более стирающиеся из памяти больного воспоминания о его жизни, использовать их в качестве фундамента для его самоидентификации. При подобном «лечении воспоминаниями» точками опоры служат, например, фотографии, отрывки из музыкальных произведений и песни, а также давно известные пациенту ароматы и блюда. Усиление собственного «я» человека с деменцией способно приводить к улучшению его когнитивных возможностей и одновременно уменьшать частоту и выраженность негативных эмоциональных и поведенческих проявлений.

Соответственно, для более широкого применения биографических методов необходимо владеть обширной информацией в отношении жизни человека с деменцией, его предпочтений, интересов. Подобную информацию можно получить у родных или у самого человека (например, при появлении первых признаков можно предложить проживающему вести «дневник воспоминаний» или записывать все значимые воспоминания в личное дело человека).

Как правило, биографические методы применяются индивидуально, однако может быть рекомендовано и проведение соответствующих занятий в группах – особенно в отношении проживающих, имеющих одинаковую степень выраженности деменции. В таком случае проживающие в бесконфликтной атмосфере с помощью определенных действий «вызывают к жизни» свои наиболее значимые воспоминания, делятся ими друг с другом и обсуждают с персоналом. В качестве «вспомогательного инвентаря», побуждающего к воспоминаниям, могут быть фильмы, слайды, фотографии, музыка и предметы из прошлого. Очень хорошо обращаться к конкретным предметам, значимым лично для проживающих.

Воспоминания о событиях из жизни и взаимоотношений с другими людьми улучшает самочувствие, укрепляет самосознание и чувство социальной принадлежности. Терапия, основанная на воспоминаниях, может осуществляться и как отдельная целенаправленная деятельность, и в качестве коммуникационного средства, когда обращение к прошлому помогает «расшевелить человека», включить его в социум.

### ***Стимуляция физической активности***

Важную роль для улучшения самочувствия и настроения граждан с деменцией на любой степени ее выраженности имеет физическая активность. Поощрение физической активности должно «красной нитью» включаться в распорядок дня человека с деменцией. Формами реализации здесь могут стать как поощрение безопасных прогулок (может быть особенно полезно в случае, если человек обнаруживает тягу к бесцельному хождению), привлечение к социальному туризму (как правило, на ранней стадии), различным мероприятиям по поддержанию здорового образа жизни.

Доказано, что физическая зарядка благоприятно влияет на людей с деменцией: уменьшается количество случаев падения и улучшается со-

стояние здоровья и качество сна, настроение и даже усиливается чувство уверенности в себе. Кроме того, физические упражнения в дневное время помогают уменьшать возбуждение днем и беспокойство ночью.

Целенаправленная работа также может осуществляться в рамках физиотерапии. Физиотерапия в случае деменции ориентирована на бросающуюся в глаза физическую симптоматику у человека. Так, например, она может быть направлена на уменьшение риска падения, который заметно выше у людей с деменцией. Основное внимание в случае физиотерапевтических мер уделяется двигательной терапии, которая дополняется сопровождающими мерами физической терапии, направленными на излечение от болезненных повторяющихся движений, болезненных состояний мышц и скелета, а также неправильного взаимодействия между мышцами и нервными клетками.

При лечении людей с деменцией следует придерживаться главных принципов:

- регулирование уровня нагрузки с тем, чтобы она соответствовала состоянию человека;
- дозирование физической нагрузки, т. е. выполнение упражнений с паузами, в несколько этапов;
- усиление эффекта при помощи использования различных массажей, а также приспособлений, уменьшающих нагрузку на определенные зоны (например, суставы);
- учет пожеланий человека при подборе вида и формы физической активности.

### ***Трудотерапия***

Трудотерапия играет важную роль для людей с деменцией, поскольку способствует поддержанию их физической активности, ощущения полезности и, значит, самооценки, а также может использоваться как вспомогательное средство в рамках «терапии воспоминаниями» или когнитивной стимуляции. Например, если человек всю жизнь любил вязать, предоставление ему возможности заняться любимым делом может дать основу для коммуникации, разговора о родственниках, которым дарились вязаные вещи, лучших связанных вещей или наиболее сложных узорах и т. д. Вязание даже простых узоров тренирует мелкую моторику, помогает повторять счет, задумываться о сочетании цветов и т.д. Кроме того, тренировка повседневных навыков в рамках трудотерапии помогает продлить период сохранения способности к самообслуживанию, что снижает нуждаемость в посторонней помощи и, соответственно, нагрузку на персонал дома-интерната.

Таким образом, для увеличения эффекта следует опираться как на состояние человека с деменцией (на поздней стадии человеку может быть доступно выполнение отдельных операций или видов работ), так и на его интересы, склонности (например, кто-то более охотно моет посуду, а кто-то – подметает пол).

Многие виды деятельности доступны людям с деменцией умеренной или даже тяжелой степени выраженности:

- мытьё фруктов и овощей. Это простое, приятное действие, которое стимулирует чувства посредством контакта с водой и прикосновения

к фруктам и к полотенцу для того, чтобы их вытереть. Для обеспечения безопасности лучше выполнять его не возле крана, чтобы человеку с деменцией не нужно было включать горячую воду, а путем погружения фруктов в тазик или в миску с водой. При этом для того, чтобы человеку было удобно, желательно позволить ему делать это сидя. Рекомендуется перемешать различные фрукты или овощи и попросить человека с деменцией разложить их после мытья в отдельные ёмкости. Необходимость сортировать вещи будет не только стимулировать чувства, но и тренировать когнитивные способности;

– выпечка простых печений. Прикосновение к тесту может вызвать приятные воспоминания. Помимо этого, разминание небольшого количества теста рукой задействует мелкие суставы кисти рук и обеспечивает людям с деменцией глубокую и пробуждающую стимуляцию. Формирование и выпечка печенья позволяет почти немедленно получить приятный продукт, который можно съесть, и это является дополнительным способом стимулировать чувство вкуса. Помимо этого, не менее важен запах, витающий на кухне. Следует помнить, что люди с деменцией тяжелой степени выраженности склонны брать в рот предметы и вещи, окружающие их. Пробовать тесто не опасно, но необходимо учитывать это обстоятельство и не заниматься этим видом деятельности с людьми, страдающими от проблем с глотанием;

– вытирание столовых приборов и их сортировка. Это действие может способствовать поддержанию когнитивных возможностей и вместе с этим создать ощущение собственной полезности. Важно наблюдать за его деятельностью со стороны и решать, зная данного человека и его поведение, доверить ли ему только сортировку столовых и чайных ложек, что не опасно, или доверить ему также и сортировку неострых вилок и ножей;

– складывание белья. Этот вид деятельности также требует когнитивных навыков и задействует руки, которые двигаются в различных направлениях. Для обеспечения безопасности и удобства данный вид работы лучше выполнять сидя. Подбор одинаковых пар носков – это также простое действие, которое совершенно не опасно, и которое является важным когнитивным упражнением. В зависимости от возможностей человека можно рассмотреть возможность включить в процесс сортировки белья простые математические упражнения (при условии, что это приятно и не вызывает стресс). Например: «сколько ещё маек осталось сложить?»;

– разведение растений в горшках или работа на огороде. Это создаст возможность совершать такие приятные действия, как полив растений и чистка сухих листьев. Рекомендуется выбирать растения с яркими цветами или растения с цветными листьями и ароматные пряные травы. Каждый раз, когда человек будет проходить мимо них, и в особенности когда он будет прикасаться к ним, он будет чувствовать сильный запах, стимулирующий это чувство.

Во время трудотерапии, как и во время любых занятий с людьми с деменцией, важно избегать критики или высказываний, вызывающих чувство беспомощности и никчемности.

При реализации трудотерапии и любой полезной деятельности пожилого человека, в том числе связанной и с самообслуживанием, важно избегать крайностей: не делать за человека то, что он может выполнить сам, избегать гиперопеки, но и не переусердствовать, избегать перегрузок.

### **Арт-терапия.**

В широком смысле под арт-терапией следует понимать использование различных форм проявления творческой активности в процессе рисования, лепки, прослушивания музыки, пения и танцев, разыгрывания пьес и т. д.

Арт-терапия рекомендуется как метод лечения людей с деменцией, поскольку она обладает существенным потенциалом для стимуляции, улучшения навыков общения и повышения самооценки. Считается, что различные виды деятельности, например рисование и живопись, предоставляют индивидам благоприятную возможность для самовыражения и позволяют делать выбор, учитывая цвета и темы их произведений.

Арт-терапия практически не имеет противопоказаний и доставляет удовольствие людям с деменцией различной степени выраженности за счет ощущения причастности к созидательной деятельности.

Занятия по арт-терапии могут использоваться как инструмент эмоциональной разгрузки людей с деменцией, снижения негативных эмоциональных и поведенческих проявлений, даже депрессии, а также как средство для когнитивной стимуляции (в процессе рисования нужно подбирать цвета, можно приклеивать фигуры в порядке увеличения, или разукрасить только фрукты из предложенного набора предметов) и реминисцентной терапии (исполнение песен юности часто способно активизировать внимание и способность к реакции у людей даже с деменцией тяжелой степени выраженности).

Арт-терапия при деменции улучшает эмоциональное состояние, помогает бороться с депрессией. Рука и мозг остаются взаимосвязаны на протяжении всей жизни. Через работу руками мы стимулируем мозговую деятельность. Это важно и для профилактики, и для замедления развития деменции.

В работе с людьми с деменцией важно понятие «двигательная память». Когда многое сложно вспомнить и прочесть, двигательная память помнит, как вырезать или рисовать, например.

Сложно выработать одну методику, как проводить занятия по творчеству. Всё очень индивидуально. Зависит и от человека, который поводит занятие, и от самих участников, их состояния. У каждого, кто занимается творчеством, есть свои предпочтения. На это и надо опираться, в первую очередь. Если специалист или родственник не любит работу с бисером, но решит провести занятие в этой технике, то, скорее всего, у него не получится вдохновить и мотивировать людей. Какой-то результат получится, но радости будет гораздо меньше. Поэтому важно опираться на свои интересы и предпочтения в творчестве. А если решили использовать новую технику, лучше, конечно, её освоить, прочувствовать, а потом предлагать человеку с деменцией.

Как правило, занятия проводятся в небольших группах. Самое главное – стараться стимулировать и поддерживать максимальную самостоятельность человека, разрешить ему выполнять упражнения в своем темпе, не подгоняя и не критикуя. В данном случае процесс важнее результата. По этой причине группы следует подбирать с учетом степени выраженности деменции и темперамента, чтобы уменьшить число разочарований от скуки у одних и постоянного «отставания» у других.

Одной из разновидностей арт-терапии является музыкотерапия. Этот метод предусматривает участие в музыкальной деятельности (например, пение или игра на музыкальном инструменте) или только слушание пения или музыки. Результаты исследований подтверждают более высокое качество общения и улучшение памяти в отношении событий своей жизни в группе подопечных интерната, которые регулярно слушали музыкальные произведения. Подобного улучшения не отмечалось в контрольной группе, участники которой занимались другими видами деятельности.

Один из самых распространенных вариантов музыкотерапии – групповое пение, которое положительно сказывается на настроении и самочувствии людей с деменцией. Для занятий следует отбирать самые популярные мелодичные песни, хорошо знакомые всем проживающим. На их исполнение, как правило, отводится примерно один час, в течение которого люди с деменцией (и без нее) не только вместе поют, но и живо общаются, а также выполняют физические упражнения под музыку. Эффективность пения в процессе реабилитации людей с деменцией связана с тем, что зона головного мозга, в которой хранятся воспоминания (это срединная префронтальная область коры), также выступает центром, соединяющим знакомую музыку и связанные с ней эмоции. Известно, что эта область одной из последних подвергается атрофии при болезни Альцгеймера. Поэтому пение благотворно влияет на умственную активность людей с деменцией даже тяжелой степени выраженности. Однако для достижения положительного результата важно именно активное участие в пении, а не просто прослушивание.

Занятия по музыкотерапии могут проводиться и индивидуально: в зависимости от характера человека, прослушивание музыки по индивидуальной программе, может быть более эффективно для успокоения, чем прослушивание традиционной релаксирующей музыки.

Существуют также методы комплексной терапии, соединяющей элементы танцев, спорта и драмы. Примером может служить танец «джабадео», который не имеет обязательных шагов или движений, а позволяет участникам взаимодействовать друг с другом посредством произвольных движений. Такой танец может также удовлетворять потребность в несексуальном физическом контакте, который многие люди с деменцией считают умиротворяющим.

Среди простых практик арт-терапии – организация экскурсий в музеи. Такие экскурсии способны оказать позитивное воздействие на память людей с деменцией, пробуждая в них воспоминания и вовлекая в социальное взаимодействие в процессе обсуждения увиденного. Кроме того, спокойное длительное хождение по картинной галерее способствует умиротворению и формирует позитивный настрой у людей с деменцией.

Актуальной разновидностью арт-терапии является художественная терапия с использованием методики «рисование по номерам».

Независимо от выбранного вида и метода для повышения эффективности занятий в рамках арт-терапии следует придерживаться следующих принципов:

- избегать организации занятий по детскому типу, речь идет о творчестве взрослых людей;

- поощрять обсуждение процесса;
- помогать делать первый шаг (первый мазок кисти и т. п.);
- использовать только безопасные предметы и материалы;
- не ограничивать время на выполнение работы.

*Сенсорные методы (например, ароматерапия, базальная стимуляция, снузелен).*

Несмотря на то, что эффективность данных методов для снижения выраженности когнитивных нарушений не доказана, они могут быть рекомендованы в качестве средства для нормализации и стабилизации состояния человека с деменцией, особенно при тяжелой степени выраженности данного синдрома.

Ароматерапия является самой популярной среди всех аналогичных методов. Этот метод, как правило, хорошо переносится, успокаивает, во время проведения сеанса возникают благоприятные возможности для более широкого общения. Два основных эфирных масла, используемых для ароматерапии при деменции, экстрагируются из лавандного и мелиссового бальзама. Преимущество ароматерапии также состоит в том, что эфирные масла можно вводить в организм различными способами, например в виде ингаляций, ванн, массажа и местно в форме крема. Это означает, что терапию можно назначать индивидам с разными проявлениями поведения: например, для нетерпеливого и беспокойного человека ингаляция может быть более эффективной, чем массаж.

К другим методам, которые следовало бы упомянуть, относятся светотерапия (использование яркого света) и метод мультисенсорной стимуляции.

Светотерапия все шире используется для нормализации колебаний суточных ритмов, которые могут объяснять психические нарушения, возникающие в ночное время, и «синдром заката» (рецидивирующая спутанность или возбуждение в конце дня или рано вечером) у людей с деменцией. Результаты исследований подтверждают положительный эффект светотерапии: уменьшение беспокойства и особенно улучшение сна у людей с деменцией.

Под базальной стимуляцией понимают возбуждение базальных чувств, например, посредством активации чувства равновесия, телесного контакта или вибрационных стимулов. Этот метод эффективен особенно тогда, когда отсутствует возможность речевого контакта.

Для мультисенсорной стимуляции обычно используют кабинет, в котором можно применять несколько стимулов, например свет (часто в форме волоконной оптики, которая может двигаться и меняться), ткани (подушки и вибрирующие прокладки), запахи и звуки. Их подбирают для каждого индивидуально, поэтому во время одного сеанса используются не все доступные формы стимуляции. Иными словами, в помещении с приятной атмосферой демонстрируются звуки, ароматы, световые эффекты, устанавливается мебель или предметы с различной поверхностью, которые можно трогать и ощупывать. Пребывание в таком помещении имеет целью возбуждение различных органов чувств и расслабление. Но поскольку нереальная атмосфера и многообразие раздражителей могут тяжело переноситься человеком с деменцией, этот опыт должен всегда проходить под наблюдением и в случае необходимости должен быть прерван.

*Приложение 4. Планы проведения занятий в организации, оказывающей социальные услуги, и на дому.  
Примеры заданий, упражнений<sup>36</sup>*

*Сергеева Е.А., Рудько И.М., Абрамова С.П.*

**Планы занятий**

Людей с лёгкой и умеренной степенью деменции можно определить в группы Дневного центра, для более людей с деменции более тяжелой степени выраженности рекомендуется проводить занятия по поддержанию когнитивных функций и социализации на дому. Также это относится к домам-интернатам.

***Примерный план для занятий в организации (Дневной центр) приведен в разделе 3.2. при описании соответствующей модели работы.***

***Примерный план для занятий на дому***

Периодичность: 1 раз в неделю, еженедельно, при участии приходящего специалиста. При наличии родственников рекомендуется занятия проводить ежедневно.

Длительность: 1–1.5 часа.

Занятие предполагает смену видов деятельности: когнитивная стимуляция, творческие задания, двигательные упражнения (координаторная гимнастика, межполушарная симметрия). Рекомендуется чередовать разные виды упражнений. Чем «тяжелее» человек, тем больше внимания следует уделять двигательной активности.

Рекомендации для занятий при нарушениях памяти. Начинайте встречу (занятие) с того, что просите напомнить, какое сегодня число (ориентируем человека в пространстве и времени). Узнайте во время беседы, знает ли человек какие цены сейчас в магазине, в курсе ли он, сколько сейчас стоит молоко или яйца (возможно, у него в голове цены двадцатилетней давности). Попробуйте с ним обсудить последние события яркие («А вы слышали, что...», «А пойдете ли вы на выборы?»), то есть узнать, держит ли человек руку на пульсе жизни.

В конце своего визита можно перечислить вместе с ним, что вы сделали. Так станет понятно, уловил ли он вообще ваше присутствие, также проверить, что он из этого помнит. Или он только смотрит на вас и помнит, что вы есть, вы были, потому что вы перед ним. А что вы делали до этого, он забыл. Тоже самое в следующий раз: когда вы придете, вы можете спросить: «Я забыла, мы с вами окна мыли или не мыли?», - вы точно помните, а помнит ли это он? Можно спросить, у кого из его родственников в этом месяце день рождения, например, или поздравляли ли его с какими-то праздниками в этом месяце, получал ли он пенсию. То есть интересоваться его функцией памяти.

---

<sup>36</sup> Печатается по: «Как быть рядом?». Пособие для родственников и лиц, ухаживающих за людьми с деменцией / ОБЕО «Хэсэд-Рахамим» в рамках проекта «Мы вместе» гуманитарной программы «Место встречи: диалог», финансируемой фондом «Память, ответственность, будущее» и координируемой МОО «Взаимопонимание». – Минск, 2018. – 146 с.

Рекомендации для занятий при нарушениях внимания. Важно не делать два дела одновременно (или мы готовим, или мы смотрим сериал, но не бегаем из кухни в комнату, помешивая при этом кашу и т. д.).

Рекомендации при двигательных нарушениях. Можно выполнить тест: «Вот мой палец, он никуда не шевелится и находится на одном месте. А вы, пожалуйста, своим указательным пальцем правой руки дотроньтесь до моего пальца – 5 раз. А теперь я не меняю положение пальца, а вы закройте глаза и повторите тоже самое 5 раз». Если человеку удастся сделать это, значит нарушения праксиса у него нет. Различия могут быть вплоть до района локтя на руке.

Рекомендации. Очень многие вещи можно использовать в пользу самого же человека с деменцией. Например, убираясь в квартире, вы нашли стопку чего-нибудь (на ваш взгляд, ненужного), то дайте домашнее задание к следующему вашему визиту пересмотреть эту стопку и разложить на «важное» и «не нужное». Даже если он оставит все как нужное, по крайней мере он что-то вспомнит («это от тети Вали», а это по такому поводу, а это по-другому...). Вы вовлекли человека в рабочий процесс.

Далее описаны упражнения, каждое из которых можно использовать в группах, а также приспособить к индивидуальным занятиям.

## **Примеры упражнений, заданий**

### **I. Упражнения на знакомство, приветствие, сбор группы**

1. Знакомство. Меня зовут + движение

2. Приветствие.

*«Оглянись по сторонам, кто пришел сегодня к нам».*

По кругу каждый называет своё имя.

*«Всех, кто к нам пришел, мы встречаем хорошо».*

3. Продолжи фразу «Меня зовут ..., но никто не знает, что я...».

4. Разминка «Мостик – цель». Становятся в две шеренги. Задание: каждый должен перейти своим способом, не похожим на других. Все остальные аплодируют. «У каждого свой путь, но все мы идем к единой цели и можем достигнуть ее разными способами».

5. Знакомство. Задание: назвать себя и что приносит вам удовольствие, что является источником огорчения.

### **II. Нейропсихологические упражнения**

*Пример 1.*

#### **Упражнения по развитию ручного праксиса**

Цель: распознавание основных геометрических фигур; классификация их по цвету, размеру, форме; развитие пространственных представлений, общей и мелкой моторики пальцев рук, стимулирование психических процессов восприятия, памяти, внимания, мышления, речи, выкладывание узоров и предметов окружающей среды по образцу, по словесной инструкции, стимулирование счетных операций, развитие тактильных ощущений, актуализация трудовых знаний, умений, навыков, развитие навыков самообслуживания.

### Упражнения на геометрическом материале

Задание 1. Выложить из квадратов-плиточек дорожку к дому. Посчитайте сколько плиточек вы выложили.

Задание 2. Вспомните, сколько этажей в вашем доме. На каком этаже вы живёте. Постройте дом из квадратов по три квадрата в ряд. Посчитайте сколько этажей в вашем доме.

Задание 3. Разложить геометрические фигуры по форме, цвету, величине на примере 2–3 геометрических фигур. Взять только красные треугольники или отсортировать большие треугольники от маленьких. Выбрать все ромбы и квадраты.

Задание 4. Выложить орнамент по образцу: ромб, овал, квадрат. Посчитать сколько в узоре ромбов.

Задание 5. Из ромбов выложить цветок по образцу. Посчитать сколько у цветка лепестков. Выбрать ромбы по цвету. Сложить из синих ромбов такой же цветок.

Задание 6. Посмотреть внимательно на геометрические фигуры. Закрыть глаза. Открыть. Скажите, что изменилось.

Задание 7. Выложить из овалов дорожку. Нечётные овалы опустить вниз.

### Задание 8. «Шнуровка»

Материал: дырокол, набор цветных шнурков, картон.

Вариант 1. По краю картона пробить отверстия дыроколом. Через полученные отверстия протянуть шнурок через край картона. Шнурок можно просовывать через отверстия, имитируя стежки. Этот вид работы можно использовать при изготовлении закладок или открыток, рамок для фото.

Вариант 2. В листе по кругу и в центре круга дыроколом делаем отверстия и протягиваем шнурки или упаковочную ленту в разных направлениях: слева-направо, сверху-вниз, чтобы получилась снежинка или колесо.

Вариант 3. Звезда Давида. Выполняется по образцу, как и предыдущее задание.

### Задание 9. Раскраски

Материал: раскраски, цветные карандаши или фломастеры. Раскраски лучше брать контрастные на бархатной бумаге чёрно-белые так как многие страдают плохим зрением и не видят, где нужно раскрашивать.

### Задание 10. Работа с нитями

Материал: шерстяные или хлопковые нити разных цветов, шаблон для наматывания из картона или пластмассы.

Вариант 1. Наматывание нитей на шаблон в разных направлениях.

Вариант 2. Сматывание нитей в клубок.

Вариант 3. Изготовление нитевых кукол.

### Задание 11. Нанизывание бусинок на нить или проволоку.

Материал: бусинки разных размеров и цветов, проволока или нить. Изготовление бус. Нанизывание бусинок на нить в определённой очередности по цвету и размеру.

### Задание 12. Работа с пластилином, солёным тестом, природным материалом

Материал: разноцветный пластилин или солёное тесто, шишки, жёлуди, каштаны. Изготовление поделок различной тематики, желательной для близкой человеку с деменцией.

### Задание 13. «Волшебный песочек»

Материал: коробка или миска с чечевицей или крупой, макаронами, фасолью и т.д. Набор бус или мелких предметов. Лоток с ячейками из-под конфет.

Вариант 1. Найди, что спряталось в «песке». Что это, назови.

Вариант 2. Разложи найденные бусины по ячейкам. Посчитай их. Сколько красных, синих. Из чего они.

### Задание 14. Работа с цветным картоном и цветной бумагой

Материал: картон, бумага, ножницы, клей, шаблоны.

Изготовление гирлянд, обводка и вырезание по шаблону поделок, склеивание деталей. Изготовление открыток, закладок, коробочек

#### *Пример 2.*

Задание: Определить, не глядя, на ощупь, какая буква находится в мешочке. Назвать слово на эту букву. Для этого задания используются деревянные буквы.

Это задание способствует развитию зрительной и сенсорной памяти, словесно-логическому и наглядно-образному мышлению, речи, моторике.

Описание задания: Перед началом можно вспомнить сколько букв в русском алфавите. Какие есть буквы (гласные и согласные). Назвать их. Гласные буквы можно пропеть. Затем, деревянные буквы раскладываются на столе. Участники видят их, берут в руки. Ведущий просит запомнить буквы, как они выглядят визуально и на ощупь. Далее буквы складываются в мешочек и ведущий с мешочком подходит к каждому, предлагает опустить руку в мешочек и не глядя, на ощупь определить, что это за буква. После того, как буква произносится вслух, участник достаёт её и сверяет результат.

Следующий этап - назвать любое слово на эту букву.

В этом задании может быть следующее продолжение (или разновидность): Придумать любое слово на эту букву, состоящее из четырёх букв (может быть предмет, имя и т. д.). На листе А4 (лист расположить горизонтально) выложить это слово с помощью других деревянных букв. По очереди обвести каждую букву. Разукрасить карандашами (восковыми мелками) получившееся слово. С этим словом придумать предложение и записать на обратной стороне листа. Потом, каждый по очереди показывает всем что у него получилось и зачитывает предложение с этим словом.

Можно продолжить дальше и предложить сочинить общий рассказ с использованием всех поучившихся слов. Один из участников начинает предложение с использованием своего слова. Следующий участник продолжает рассказ, поддерживая сюжетную линию и используя своё слово. Получается очень интересно и весело.

Мы всегда аплодируем друг другу в процессе и в результате выполнения задания. Конечно, помогаем на разном этапе тем, кому нужна помощь. Перед выполнением каждого задания напоминаем, что получится абсолютно у всех, и если понадобится помощь, мы помогаем друг другу.

#### *Пример 3.*

Задание: Используя циферблат часов и стрелки, надо показать время, которое произносит ведущий.

Для этого задания используется: Нарисованный или распечатанный циферблат по размеру на лист А4. Вместо цифр просто деления. В центре циферблата нарисована чёрная точка. Отдельно стрелки: большая и маленькая. Стрелки тёмного цвета, например, чёрного. Важно! Большую стрелку сделать (например) чёрного цвета, а маленькую другого. Когда всё выполнено в одном цвете, участники могут путаться в размерах стрелок.

Это задание способствует развитию: Мышления, памяти, пониманию пространства и времени, развитию мелкой моторики.

Каждому раздаётся лист с циферблатом и стрелки. Ведущий называет время. Задача участников правильно разложить стрелки на циферблате. Можно пройти, проверить у каждого. А можно, держа в руках, например, деревянный циферблат, показать правильный вариант. Все остальные сверяются с ним.

Ведущий называет время по-разному. Например, «Два часа дня» или «Четырнадцать часов». «Восемнадцать часов, двадцать минут» или «Без двадцати десять». «Двенадцать часов» или «Полночь». Здесь же можно вспомнить во сколько наступает Новый год? Или другие ассоциации с каким-то определённым временем.

В конце участникам можно предложить показать время, во сколько они ложатся спать. И во сколько встают утром. Интересно провести сравнение кто во сколько ложится и встаёт. Например, выясняется, что встают многие в одно время. И когда просыпаемся, интересно подумать, что в это же время уже проснулся и другой участник)

#### *Пример 4.*

«Речь как средство общения, социализации» – чтение, пересказ, беседа, обращение к личному опыту.

Цель: поддерживать социальную активность клиента

Задачи:

- поддержание и развитие словарного запаса;
- общение;
- содействие положительным эмоциям;
- помощь в установлении мысленных логических связей, осмыслении материала, запоминании;
- установление связей опыта клиента и текста произведения, обращение к воспоминаниям;
- анализ, рассматривание, передача, сравнение.

Рекомендации к подбору текстов:

- Тексты подбирают доступные по содержанию, близкие к опыту клиента, чтобы при пересказе он мог отразить личное отношение к данному событию.
- Следует подбирать сюжетные, с четкой композицией, с хорошо выраженной последовательностью действий тексты.
- Произведения для пересказа должны быть доступными по размеру.

Длительность занятий по чтению и пересказу – 30–45 минут (зависит от «включения» клиента).

Структура занятий по чтению и пересказу (определяется разнообразием задач):

- Вводная часть. Подготовка к восприятию текста. Можно провести краткую вступительную беседу, показать картинки, загадать загадки.
- Первичное чтение произведения. Предлагается послушать произведение, сообщаются его название, автор. **ВНИМАНИЕ!** Новый текст рассказывается (читается) без предупреждения о последующем пересказе, поскольку установка на пересказ ограничивает внимание, сосредоточивает на запоминании и тем самым мешает целостному восприятию художественного произведения.
- Беседа по содержанию прочитанного, направленная на анализ и запоминание текста.
- Повторное чтение с установкой на последующий пересказ.
- Пересказ.

Людам с проблемами запоминания тексты читаются заранее, несколько занятий подряд, не менее чем за неделю до пересказа (установлено, что отсроченные во времени пересказы более полны, последовательны и связны). Поэтому на следующем занятии им сразу сообщают о пересказе, читают уже знакомое им произведение, проводят беседу по его содержанию, при необходимости читают еще раз, далее следует пересказ.

Оценка пересказа:

- Осмысленность, т. е. полное понимание текста.
- Полнота передачи произведения, т. е. отсутствие существенных пропусков, нарушающих логику изложения.
- Последовательность и связность пересказа.
- Использование словаря и оборотов авторского текста и удачная замена некоторых слов синонимами.
- Плавность пересказа, отсутствие длительных, ненужных пауз.
- Выразительность и фонетическая правильность речи.
- Близость к тексту.
- Пересказ с творческими дополнениями (клиент придумывает отдельные эпизоды, начало, концовку произведения).

*Примеры текстов для пересказа и чтения*

I. ГОРКА. Н.Носов

Ребята построили во дворе снежную горку. Полили её водой и пошли домой. Котья не работал. Он дома сидел, в окно глядел. Когда ребята ушли, Котья нацепил коньки и пошёл на горку. Чирк коньками по снегу, а подняться не может. Что делать? Котья взял ящик с песком и посыпал горку. Прибежали ребята. Как же теперь кататься? Обиделись ребята на Котью и заставили его песок снегом засыпать. Котья отвязал коньки и стал горку снегом засыпать, а ребята снова полили её водой. Котья ещё и ступеньки сделал.

Вопросы к тексту:

Что делали ребята?

Где был в это время Котья?

Что случилось, когда ребята ушли?

Почему Котья не смог подняться на горку?

Что тогда он сделал?  
Что же случилось, когда прибежали ребята?  
Как поправили горку?

## II. ОСЕНЬ.

Осенью небо пасмурное, затянуто тяжёлыми тучами. Солнце почти не выглядывает из-за туч. Дуют холодные пронизывающие ветры. Деревья и кусты стоят голые. Облетел их их зелёный наряд. Трава пожелтела и засохла. Кругом лужи и грязь.

Вопросы к тексту:

Какое сейчас время года?

Что описывается в рассказе?

Какое осенью небо?

Чем оно затянуто?

Что сказано про солнце?

А ветры какие дуют?

Как автор говорит про деревья?

Что стало осенью с травой?

И ещё что отличает осень?

*Другие варианты занятий*

● **Классификация объектов.** Предложите человеку с деменцией классифицировать объекты. Например, вы можете попросить его навести порядок в шкатулке с пуговицами, а именно разложить их по цветам или размерам. Для этого упражнения вы можете также использовать продукты, такие как овощи, фрукты, ягоды или травы, или мелкие предметы: шарики, камешки, ракушки и т. д.

Эти виды деятельности послужат для стимулирования исполнительных функций, абстракции и рассуждения.

● **Сделать книгу.** Соберите старые журналы и попросите родственника с деменцией найти для вас что-то конкретное. Например, предложите ему найти картинки на следующие темы: птицы, дети, животные, автомобили, известные люди, еда... Проконтролируйте его, покажите, что вам действительно важен результат. Затем попросите его вырезать найденные объекты и, используя их, создать историю, сделать «книгу» своими руками. Удостоверьтесь, что ему под силу вырезать, и подберите для него ножницы с закругленными концами.

● **Автобиографический дневник.** Если человеку нравится писать, вы можете попросить его сделать автобиографический дневник его жизни. Начиная с тех пор, когда он был еще маленький, до настоящего дня. Просмотрите вместе старые фотографии, и вы сможете добавить их к дневнику, чтобы помочь автору и поддержать его историю. Попросите его рассказать вам в деталях, кто изображен на этих фотографиях, что они делали, сколько лет им было, и т. д. Пусть расскажет вам о забавных историях из своей жизни, поделится своими воспоминаниями и опытом.

Если ему не нравится писать, вы можете выполнить это упражнение только в устной форме и сделать вместе особенный фотоальбом, или даже записать видео, сделать «фильм» о нем и его историях.

С помощью этого вида деятельности стимулируются память и язык.

● **Угадайте, что в мешке.** Эта игра будет веселее, если в ней примет участие больше людей. Вы можете пригласить остальную часть вашей семьи принять участие в игре, детям это точно будет только в радость. Положите в большой мешок самые разные виды предметов: мячи, журналы, фрукты, носки, катушки ниток, салфетки, ложки... Теперь попросите участников по очереди опустить руку в мешок и угадать, какой предмет им попался.

Это упражнение служит для стимуляции способности распознавать объекты на ощупь.

● **Шеф-повар.** Хорошая стратегия когнитивной стимуляции для лечения деменции – это попросить вашего родственника помочь вам на кухне. Позвольте ему самостоятельно следовать рецепту, но не забывайте контролировать его. Попросите его выбирать несложные рецепты, адаптированные к его компетенциям. Это могут быть простые блюда, такие как фруктовый салат: попросите его нарезать кусочки фруктов (например, используя пластиковые ножи), добавьте йогурт и наслаждайтесь вместе вкусным и полезным рецептом! Или попробуйте приготовить более сложные рецепты, если ему это под силу. Вы сами это увидите на практике.

● **Заведите домашнего питомца.** Если вам нравятся животные, или у вас уже есть домашний любимец, то вы, возможно, заметили, что забота о нем идеально подходит для лечения всех видов заболеваний, в том числе деменции. Предложите человеку, страдающему этим заболеванием, принимать активное участие в уходе за животными, кормить их, выходить с ними на прогулку (если у вас есть собака). Это оказывает терапевтический эффект при многих заболеваниях.

● **Используйте силу музыки.** Используйте музыку в качестве союзника для когнитивного вмешательства. Включите музыку, которая нравится человеку с деменцией, которую он знает, и посмотрите, что происходит. Может быть, он будет подпевать в такт песне, или захочет станцевать, или просто отдохнуть и расслабиться. Вы можете придумать другие виды деятельности с использованием музыки. Например, вы можете вместе разучить тексты песен, проверить, знает ли он песню на память, обсудить, как он ее понимает, какие воспоминания вызывает у него та или иная мелодия.

● **Настольные игры.** Настольные игры являются большими союзниками для стимуляции когнитивных функций, а также помогают хорошо провести время. Сыграйте в лото, шашки или монополию. Конечно, виды игр не должны быть слишком сложными. Выбирайте игры, адаптированные к возможностям вашей семьи, все ваши родственники должны понимать правила и получать удовольствие от процесса. Если стандартные правила игры кажутся вам слишком сложными, вы всегда можете упростить их и разработать свои правила, которые будут понятны каждому игроку. Проявите творческий подход!

● **«Продолжи пословицу или крылатое выражение».**

Цель: Тренировка памяти, «безопасное» соревнование, выявление победителя и шуточная награда.

Длительность: 10–15 минут.

Материалы: Карточки, на одной стороне написано начало известной и простой пословицы, а на другой стороне – продолжение.

Краткое описание занятия. Ведущий поднимает карточку и громко зачитывает первую часть пословицы. Кто первым правильно назовёт вторую часть, получает карточку. Набравший большее количество карточек становится победителем. Ведущий объявляет победителя и назначает приз. Например, первым получить сегодняшней обед.

- **«Известные пары».**

Цель: активизация памяти, создание повода для приятных воспоминаний.

Длительность: 30 минут.

Материалы: Лист бумаги, на котором слева написаны имена известных мужчин, а справа – известных женщин. Например, Адам и Ева, Ромео и Джульетта, Ленин и Крупская и т. п.

Краткое описание занятия. Ведущий называет имя мужчины, а участники группы – соответствующее ему имя женщины. Надо соединить эти имена линиями. Преподаватели и волонтеры помогают более слабым участникам группы находить имена и соединять.

- **«Найди и коснись»**

Ведущий предлагает варианты. Например, чего-нибудь красного; холодного на ощупь; шершавого; того, что весит около 0,5 кг; круглого; того, что имеет толщину около 100 мм; прозрачного; чего-то длиной около 80 см, чего-то весом около 65 кг; из золота; чего-то что тяжелее 1000 кг; чего-то легче воздуха; чего-то из серебра; части одежды, показавшейся всем шикарной; руки, которую вы находите интересной; чего-либо, на ваш взгляд, безобразного; того, что двигается ритмично; числа 22; слова «незабудка».

- **«Узнай поближе»**

Участники делятся по парам. Можно раздать карточки, на которых написаны вопросы:

- Как меня хотели назвать при рождении и почему?
- Какой у меня был характер, когда я был маленьким?
- Что я любил делать?
- Как я баловался?
- Что я не любил делать?
- Что я любил есть?
- Самая смешная история о моём детстве

- **Работа с бусинками.**

Возьми 7 бусинок и назови на каждую свое качество, характеристику или что-то о себе.

- **«Гордиев узел».**

Все становятся в круг, вытянув руки вперед, закрыв глаза. По сигналу каждый ловит обе ладони любого партнёра. Игрок, назначенный ведущим, отделяется от своих партнёров и начинает распутывать ладони.

- **«Сбор на газете»**

Участники делятся на две группы. Каждая группа полностью должна уместиться на газете (уменьшается поверхность).

- **Игра «Чье это?»**

Достают из кармана предмет, кладут в мешок. Кому это принадлежит? Как ты догадался?

- **Невербальная инсценировка.**

Карточки, где написано, что изображать («У меня болит зуб», «Мне грустно», «Я потерял деньги», «Как приятно помечтать»).

- **Игра «Крестики-нолики».**

Поставить по 3 стула в 3 ряда

○ ○ ○

○ ○ ○

○ ○ ○

Карточки О Х; ведущий считает до 5; надо занять места; смотреть, кто победил.

- **«Мой портрет в лучах солнца»**

Нарисуйте солнце, в центре напишите своё имя и/или нарисуйте свой портрет. Затем напишите свои достоинства, все хорошие качества, которые вы знаете.

- **«Моё имя»**

Напишите своё имя крупными красивыми буквами. От каждой буквы вашего имени вниз столбиком напишите слово, которое начинается с этой буквы и характеризует вас.

- **«Познай самого себя»**

*На карточках надо написать 20 эмоциональных состояний: азарт, восторг, гнев, гордость, жадность, жалость, зависть, наглость, нежность, ненависть, обида, отвращение, отчаяние, смелость, страх, стыд, тоска, щедрость, ярость.*

*Карточки положить в мешок, участники по очереди тянут карточки и рассказывают случаи из СВОЕЙ жизни (или из своей внутренней жизни), когда они испытывали эти состояния. Попутно обнаруживается, что карточка попадает человеку не случайно.*

**Закончите пословицы и поговорки.**

1. Без труда
2. В тихом омуте
3. Поспешишь –
4. Знал бы, где упасть
5. Как запряжешь
6. Каждый сам кузнец
7. Много шума
8. Дурная голова
9. Кто рано встает
10. Куй железо
11. Лучше поздно
12. Не рой другому
13. Подальше положишь
14. Коней на переправе
15. Нашла коса
16. Как аукнется
17. В здоровом теле
18. Седина в бороду
19. Не было бы счастья
20. Утопающий хватается

### III. Упражнения в группе на двигательную активность.

#### *Разминка*

- Ходьба по залу с заданиями на осанку, с изменением положения рук:
  - а) на носках,
  - б) на пятках,
  - в) перекаат с пятки на носок.
- Ходьба на носках, руки на поясе, руки перед собой.
- Ходьба на наружных сторонах стоп, руки на поясе, руки перед собой.
- Игра «Гандбольные салки». Игроки, передавая мяч из рук в руки, стараются не выпускать его из рук, ускоряя при этом темп.
- Упражнение «Цапля»: стоя на правой ноге, сгибают левую ногу в колене, руки чуть в стороны, и стараются удержать равновесие на одной ноге. А потом – на второй ноге.
- Гимнастика для глаз. Располагаются свободно. Выполняют упражнения для глаз под музыку: вращение зрачками вправо, влево, вверх и вниз; вращение по кругу вправо, влево.

#### *Примеры упражнений вестибуляторно-координаторного тренинга*

- Из положения сидя руки в замок, вверх-вниз. Запоминается где верх, где низ. Затем вправо-влево. Круговые движения по часовой стрелке и против часовой. Задача - ориентировка в пространстве.
- Из нейтрального положения к правому и левому плечу.
- Вращение плеч вперед и назад. Это упражнение сложное, его можно разбивать на мелкие. Можно крутить одно плечо вперед, второе – назад.
- Руки внизу, перекрестно к плечу, правая сверху, затем левая.
- Руки в замке над головой, опустить вниз вместе с наклоном вниз.
- Сидя на стуле одной рукой опуститься вбок и дотронуться до ножки стула. Усидеть на стуле при наклоне головы.
- Поочередно ставить ноги на возвышение, начиная с одной из ног.
- Перекааты ног с пятки на носок сидя, сами ноги остаются на месте.
- Поочередно одна нога на носке, вторая на пятке, менять их местами.
- Ходьба по канату. Пятка-носок. Это может быть нарисованная линия. Поначалу следить глазами, позже усложнить, смотреть вперед, а не вниз. Потом пробовать реальную веревочку или канат.
- Ходьба перекрестно рука-нога. Потом какая нога, такая и рука поднимается вверх.
- Из нейтрального положения поочередно дотронуться до кончика носа.
- Встать на носочки и закрыть глаза.
- Межполушарная симметрия. Правая рука за кончик носа, левая – за правое ухо. Поменять местами. Левая рука – за нос, правая за левое ухо. Поменять. Добавить хлопок и поменять.
- Вытянуть руки вперед, сделать замок, вывернуть к себе, поднимать пальцы поочередно.
- Два кулачка. В одном поднять мизинец, во втором – большой палец. И менять.

- Одной рукой стучим в одном месте, гладим по кругу другой рукой. Затем поменять руки.
- Балерина. Обрисовать воображаемый шар в разные стороны.

### **Примеры упражнений по методике Bal-A-Vis-X**

#### Упражнения с Мешочками.

Мешочки наполнены крупным песком, поэтому шуршат. Размер 10\*10 см. Вес 210 грамм. Достаточно тяжелые, чтобы их почувствовать.

Занятия с мешочками – очень важные. Они формируют базовые мышечно-суставные увязки, обучают правильному захвату «мягкой» кистью, тренируют координацию «глаз-рука». Ниже представлены самые простые упражнения с Мешочками. Критерием освоения упражнения является способность его спокойного, уверенного выполнения в ровном, четком ритме в течение нескольких минут. «Рваный» ритм говорит о том, что упражнение не освоено. Если технических сложностей его выполнение не составляет, то нужно сосредоточить внимание именно на ритме.

При занятиях с мешочками вы можете попробовать:

- Варьирование высоты подбрасывания. Предложите, например, подбрасывать мешочек в воздух так, чтобы он слегка касался потолка. Затем бросать его так, чтобы он приближался к потолку как можно ближе, но не касался его.
- Варьирование траектории замаха. Замах можно делать не только снизу (по оси тела), но и с любого из боков. Пробуйте все варианты движений, которые приходят вам в голову!
- Выполнение упражнений с повернутым на 90 градусов в сторону корпусом.
- Выполнение упражнений с закрытыми глазами.
- Управление вращением мешочка во время полета.

#### **Варианты упражнений**

1. Подбрасываем вверх и ловим один мешочек двумя руками, сложенными чашкой. Взгляд неотрывно следит за мешочком на всем протяжении его полета.

2. Подбрасываем вверх и ловим мешочек одной рукой. (Начинаем с ведущей руки, затем выполняем упражнение для второй руки.) Основной хват – снизу. После того, как он освоен, пробуйте сначала ловить, а затем и подбрасывать мешочек с захватом сверху.

3. Подбрасываем вверх мешочек одной рукой (начинаем с ведущей), ловим другой и со звонким шлепком перекладываем его в «подбрасывающую» руку. Делаем упражнение в одну сторону, затем в другую сторону. Выполняем упражнение, четко акцентируя ритм!

Перекладываем мешочек из руки в руку не посередине тела, а сбоку. (Передающая рука пересекает среднюю линию тела, принимающая рука остается в исходном положении и НЕ движется навстречу передающей.) Взгляд неотрывно следит за мешочком!

4. Подбрасываем вверх мешочек одной рукой (начинаем с ведущей), ловим другой и со звонким шлепком перекладываем его в «подбрасывающую» руку за спиной. Делаем упражнение в одну сторону, затем в другую сторону.

5. Подбрасываем мешочек правой рукой вверх с небольшим уклоном влево и ловим левой рукой. Затем подбрасываем мешочек левой рукой и ловим правой. Цикл повторяется. Траектория полета мешочка очерчивает положенную на бок восьмерку (знак бесконечности). Каждая из рук движется по кругу, снаружи внутрь. Мешочек старайтесь ловить мешочек не жестко, а очень мягко, так, чтобы рука после контакта с мешочком продолжала его траекторию, поддерживая непрерывность движения. Сохраняем постоянный зрительный контакт с мешочком!

6. В каждой руке по мешочку. Подбрасываем их вверх одновременно и ловим каждый своей рукой. Основной хват – снизу. После того, как он освоен, пробуйте сначала ловить, а затем и подбрасывать мешочки с захватом сверху. Затем пробуйте менять хват в противофазе – одна рука кидает хватом снизу, ловит хватом сверху, кидает хватом сверху, ловит хватом снизу. Другая рука одновременно кидает хватом сверху, ловит хватом снизу, кидает хватом снизу, ловит хватом сверху.

При выполнении этого упражнения взгляд должен быстро переключаться с одного мешочка на другой. Неправильно просто неподвижно смотреть «в пространство».

7. В каждой руке по мешочку. Подбрасываем мешочек правой рукой вверх с уклоном влево. В то время, пока мешочек в воздухе, хлопком передаем мешочек из левой руки в правую перед тем, как поймать левой рукой летящий мешочек. Взгляд следит за летящим мешочком. То же в другую сторону.

8. В каждой руке по мешочку. Подбрасываем мешочек правой рукой вверх с уклоном влево. Хлопком передаем мешочек из левой руки в правую перед тем, как поймать левой рукой летящий мешочек (так же, как в упражнении 7.) Затем подбрасываем вверх-вправо мешочек левой рукой, а правой во время его полета хлопком передаем мешочек в левую. Таким образом, один мешочек у нас постоянно летает, а второй – передается из руки в руку.

9. Делаем то же, что в Задании 7, но, в то время, когда подброшенный правой рукой мешочек в воздухе, левая рука передает свой мешочек в правую за спиной. То же в другую сторону.

10. Подбрасываем мешочек правой рукой вверх с уклоном влево. В то время, пока мешочек в воздухе, передаем за спиной мешочек из левой руки в правую перед тем, как поймать левой рукой летящий мешочек. Затем подбрасываем вверх-вправо мешочек левой рукой, а правой во время его полета за спиной передаем мешочек в левую. Затем цикл повторяется.

11. Возьмите в каждую руку по мешочку. Подбрасывайте их вверх одновременно при обычном положении рук. Пока мешочки в воздухе, скрещивайте руки и ловите мешочки в положении рук крест-накрест. В этом положении подбрасывайте мешочки вверх и снова приводите руки в обычное положение. Затем цикл повторяется, но, если в первый раз при скрещивании рук у вас наверху оказывалась правая рука, то теперь наверху оказывается левая, и наоборот. Основной хват - снизу. После того, как он освоен, пробуйте сначала ловить, а затем и подбрасывать мешочки с захватом сверху. Затем пробуйте менять хват в противофазе.

12. Подбрасываем вверх мешочек одной рукой (начинаем с ведущей). В то время, пока мешочек в воздухе, поворачиваем ладонь и принимаем падающий мешочек на тыльную сторону ладони той же руки. Затем подбрасываем мешочек из этого положения, поворачиваем ладонь и ловим мешочек обычным образом.

13. Делаем то же, что в Задании 12, но одновременно с двумя мешочками в двух руках. После освоения попробуйте менять положение ладоней в «противофазное»: когда правая рука принимает и ловит мешочек в обычном положении, левая принимает и ловит его на тыльную сторону ладони, и наоборот.

Если вам нравится заниматься с мешочками, мы рекомендуем ознакомиться с методическими материалами по системе Bal-A-Vis-X. В них вы найдете огромное количество замечательных упражнений, которые могут выполняться не только в одиночку, но и вдвоем, вчетвером и т. д.

### Упражнения с мячиками

Упражнения с мячиками – важная часть программы Bal-A-Vis-X. Здесь человек не только видит объект, с которым выполняет какие-то манипуляции, но и слышит его, и благодаря этому может контролировать ритм. А ритм – основа очень и очень многих процессов в нашей нервной системе.

1. Ноги на ширине плеч, мяч держим в ладонях, сложенных чашкой. Кидаем мяч прямо вниз и ловим двумя руками. Взгляд все время неотрывно следит за мячом. Цель – ровный, неспешный ритм ударов с плавным движением рук.

Обратите внимание: во всех последующих упражнениях мяч ловится ладонью, обращенной вверх, сложенной в чашку. Мы не хватаем мяч сверху или сбоку.

Бросается же мяч рукой в положении рукопожатия (плоскость ладони перпендикулярна плоскости тела). Тыльная сторона кисти продолжает предплечье, находится с ней на одной линии.

2. То же, что в задании 1, но мяч бросаем одной рукой. Сначала правой, затем левой.

3. То же самое, но в каждой руке по мячу. Бросаем и ловим мячи одновременно.

4. Бросаем мяч двумя руками, как в задании 1, но мяч ударяется о пол дважды, прежде чем мы ловим его.

5. Бросаем мяч одной рукой, но позволяем ему удариться о пол дважды, прежде чем ловим его.

6. Бросаем два мяча двумя руками, как в задании 3, но позволяем мячам удариться о пол дважды, прежде чем ловим их.

7. Бросаем мяч правой рукой, ловим левой. Бросаем левой, ловим правой. Траектория движения мяча напоминает английскую букву V.

8. В каждой руке по мячу. Бросаем мяч правой рукой, ловим его правой рукой. Затем бросаем его левой рукой, ловим левой рукой. Продолжаем в медленном четком постоянном ритме.

9. То же самое, но каждый мяч ударяется о пол дважды, прежде, чем мы его ловим.

10. В каждой руке по мячу. Правая и левая рука бросают и ловят мячи попеременно, но без пауз. Одна рука начинает движение вниз до того, как вторая поймала мяч. Руки должны двигаться плавно и слаженно; звук ударов мячей образовывать ровный четкий ритм.

11. В каждой руке по мячу. Мячи бросаются вниз одновременно. Только правая рука ловит и бросает каждый мяч по очереди (мячи ударяются о пол одновременно). Затем выполняем это упражнение для левой руки. Когда движение освоено, попробуйте менять руки, не прерывая ритма.

12. В правой руке два мяча. Вниз бросается один мяч. В тот момент, когда первый мяч ударяется о пол, вниз бросается второй мяч. Продолжайте эту последовательность в ровном постоянном ритме. Затем выполняем это упражнение для левой руки. Когда движение освоено, попробуйте менять руки, не прерывая ритма.

13. В каждой руке по мячу. Одновременно бросаем два мяча вниз. Перекрещиваем руки и ловим мячи в положении рук крест-накрест. Бросаем мячи вниз в этом положении рук, возвращаем руки в обычное положение и ловим мячи «как положено». Затем повторяем; но, если в первый раз правая рука при перекрещивании оказывалась сверху, то в этот раз она оказывается снизу, и наоборот. Положение рук каждый раз меняется.

14. В каждой руке по мячу. Бросаем вниз мяч правой рукой слева, затем левой рукой справа. Продолжаем ловить и бросать правой рукой слева, левой справа. Упражнение выполняется без пауз, ритм – тот же, что и при выполнении упражнения 12.

15. В каждой руке по мячу. Мячи бросаются вниз одновременно. Только правая рука ловит и бросает левый мяч, затем только левая рука ловит и бросает правый мяч. (Получается, что каждый мяч ударяется о пол дважды, прежде чем будет пойман. И ловит его всегда противоположная рука.)

Следующие четыре задания очень не похожи на предыдущие. В них для отскока используется не пол, а стена.

16. Бросайте мяч в стену хватом снизу и ловите его хватом сверху. Сначала правой рукой, затем левой рукой. Затем кидая одной рукой, а ловя второй.

17. То же самое, что в задании 16, но мяч и бросается, и ловится хватом снизу. Сначала правой рукой, затем левой. Затем кидая одной рукой, а ловя второй.

18. То же самое, что в задании 16, но мяч и бросается, и ловится хватом сверху. Сначала правой рукой, затем левой. Затем кидая одной рукой, а ловя второй.

19. Мяч бросается в стену правой рукой, ловится левой, которая, поймав мяч, идет вниз-вправо, затем круговым движением вверх, и бросает мяч в стену из-за правого бока. Мяч ловит правая рука, которая аналогичным движением бросает его в стену из-за левого бока. Постарайтесь, чтобы ваши движения были красивыми и плавными, чтобы в них не было ничего лишнего.

Следующее упражнение – последнее. Мы рекомендуем заканчивать им каждое ваше занятие.

20. Возьмите мячик большим и указательным пальцами. Бросайте его вниз и ловите таким же «пинцетным» захватом. Затем бросайте и ловите мячик, зажимая его большим и средним пальцем. Большим и безымянным. Большим и мизинцем. Правой, затем левой рукой. Потом бросая пальцами одной, а ловя пальцами другой руки.

#### **IV. Упражнения по арт-терапии**

Пример 1.

**ТЕМА: ТРИ ОСНОВНЫХ ЦВЕТА «ЦВЕТОЧНАЯ ПОЛЯНА»**

**Вид занятий: рисование по памяти и впечатлению.**

**Время занятия: 1,5 часа**

**Задача: изобразить цветы, заполняя крупными изображениями весь лист бумаги (без предварительного рисунка)**

**Цели:**

- улучшить мелкую моторику рук;
- развивать внимательность к деталям, учиться из всего потока зрительной информации выбирать главные и второстепенные вещи;
- развивать память, внимание;
- обучать анализу формы и пропорции предметов, развивая тем самым свое логическое мышление;
- развивать наблюдательность и графические навыки;
- дать возможность вырваться из круговорота повседневности и взглянуть на окружающий мир, на собственную жизнь по-новому, замечая то, что прежде ускользало от внимания.

**Материалы:** ножницы, клей, бумага, палитра, гуашь/акварель (желтая, красная, синяя), фломастеры/маркеры (используют как вспомогательный материал для контуров, мелких деталей, обводки), тряпочки для промокания кистей и уборки рабочего места, вода в стаканах, кисточки.

**Зрительный ряд:** живые цветы; слайды цветов, цветущего луга; наглядные пособия, демонстрирующие 3 основных цвета и их смешение (составные цвета); таблицы, показывающие смешение цветов на палитре и перенос нового цвета на бумагу; репродукции с картин: Ф. Толстой «Букет цветов, бабочек и птичек», И. Хруцкий «Цветы и плоды» и др.

**Литературный ряд:** загадки по теме.

**Ход занятия:**

1. Организационный момент. Техника безопасности (карандаши, кисти, краски, ножницы и пр.). Помощь волонтеров в раскладывании оборудования (инструментов) для занятия.

2. Вступительная беседа на тему пор года, природы, красок в природе.

3. Загадки:

Черный Ивашка –

Деревянная рубашка

Где носом поведет,

Там заметку кладет. (Карандаш)

\*\*\*

*Разноцветные сестрицы  
Заскучали без водицы.  
Дядя длинный и худой  
Носит воду бородой,  
И сестрицы вместе с ним  
Нарисуют дом и дым. (Кисточка и краски.)*

\*\*\*

*Жмутся в узеньком домишке  
Разноцветные детишки.  
Только выпустишь на волю –  
Где была пустота,  
Там, глядишь, – красота.  
(Краски, цветные карандаши)*

*4. Работа над заданием.*

*Предлагается изобразить тремя основными цветами и их смесями крупные и мелкие цветы во весь лист. Цветы желательно не срисовывать, а придумывать на основе натуры.*

*Нарисовать цветы, заполняя крупными изображениями весь лист (без предварительного рисунка). Цветок в раскрытом состоянии.*

*Обращать внимание на созвучие слов «цветы» и «цветá», на схожесть названий некоторых цветов и цветовых оттенков: роза – розовый, сирень – сиреневый, василек – васильковый и т. п.*

*При необходимости занятие прерывается физкультминуткой.*

*Если занятие в группе, то можно провести составление коллективной композиции. Если есть возможность провести два или более занятия, можно усложнить задание: вырезать и приклеить на общем листе формата А4, фон зеленый (цветная бумага, загрунтованная). Нарисовать бабочек (развернутых), обращая внимание не на симметрию, а яркость узора. Вырезать, приклеить.*

*5. Подведение итога. Подчеркнуть, как смогли передать красоту цветов, используя 3 основных цвета, как проявили свою наблюдательность и графические навыки. Отметить разнообразие оттенков цветов, которые получаются от смешения одних и тех же красок, обращаем внимание на красоту большой совместной работы – композиции, которая дарит всем хорошее настроение.*

*Пример 2.*

**ТЕМА: «ОБИТАТЕЛИ ПОДВОДНОГО МИРА». УКРАШЕНИЕ И РЕАЛЬНОСТЬ**

*Принцип организации коллективной композиции: комбинированная работа – «сложи картинку» и «заверши рисунок» (2 разнотематические группы).*

*Форма организации коллективной деятельности: совместно-индивидуальная, свободное размещение на общей плоскости.*

*Вид занятий: рисование по памяти и представлению; работа по готовому трафарету, в технике аппликации.*

*Время проведения: 1,5 часа*

*Цели:*

– тренировка мыслительных способностей и укрепление чувства реальности

– развивать коммуникационные навыки

– улучшить мелкую моторику рук

– развивать внимательность к деталям, учиться из всего потока зрительной информации выбирать главные и второстепенные вещи;

– развивать память, внимание;

– обучать анализу формы и пропорции предметов, развивая тем самым свое логическое мышление;

– развивать наблюдательность и графические навыки;

– дать возможность вырваться из круговорота повседневности и взглянуть на окружающий мир, на собственную жизнь по-новому, замечая то, что прежде ускользало от внимания.

– поддержание положительного настроения и приятных эмоций

*Материалы:* цветная бумага, ножницы, клей, фломастеры.

*Зрительный ряд:* слайды и фотографии рыб, обитателей подводного мира, водорослей; репродукция картины А. Матисса «Красные рыбы».

*Литературный ряд:* загадки по теме.

*Музыкальный ряд:* музыкальные фрагменты из оперы Н. Римского-Корсакова «Садко».

*Ход занятия:*

Организационный момент. Помощь волонтеров в раскладывании оборудования (инструментов) для занятия.

Беседа по теме занятия.

*Загадки:*

По реке плывёт бревно.

Ох и злущее оно!

Тем, кто в речку угодил,

Нос откусит... (крокодил).

Крылья есть, да не летает,

Ног нет, да не догонишь. (Рыба.)

Перья есть, а не летает.

Глаза есть, а не мигает. (Рыба.)

У родителей и деток

Вся одежда из монеток. (Рыбки.)

С хвостом, а не зверь,

С перьями, а не птица. (Рыба.)

В воде – жива,

На суше – мертва. (Рыбка.)

Блещет в речке чистой

Спинкой серебристой. (Рыбка.)

Хвостом виляет,

Зубаста, а не лает. (Щука.)

На дне, где тихо и темно,

Лежит усатое бревно. (Сом.)

Скачет завирушка,

Не рот, а ловушка.

Попадут в ловушку  
И комар, и мушка. (Лягушка.)  
Стекланный домик на окне  
С прозрачною водой,  
С камнями и песком на дне  
И с рыбкой золотой. (Аквариум.)  
На окошке – пруд,  
В нем рыбёшки живут.  
У стекланных берегов  
Не бывает рыбаков. (Аквариум.)

*Работа над заданием. Коллективная композиция.*

Участники делятся на 2 группы, так как им предстоит выполнять разные задания. Участники первой группы изображают морских рыбок на отдельных листочках. Тут возможны в исполнении варианты:

а) рисуют по готовому трафарету силуэт рыбок и раскрашивают художественными материалами;

б) выполняют в технике аппликации (плоской или оригами), прорисовывая мелкие детали фломастерами;

в) рисуют свободно, по памяти и представлению.

Участники второй группы изображают силуэты водорослей на цветной бумаге и вырезают их. Кораллы (белые, розовые, красные), морские звезды выполняют из мягкой бумаги приемом обрывания, чтобы получить пушистые края.

При необходимости занятие прерывается физкультминуткой.

В конце занятия участники первой группы собирают свои работы в панно по принципу «сложи картинку», совместную композицию обобщают изображениями водорослей, которые наклеивают на панно участники второй группы по принципу «заверши рисунок».

Подведение итогов занятия. Общий просмотр и анализ сделанной работы.

Для проведения занятия необходимо подобрать тему, сделать образец, подготовить материалы, сделать заготовки.

*Пример 3.*

*Цели:*

*Закреплять:*

- счёт в прямом и обратном порядке в пределах 20, 30, 40 и т. д.;
- знания, что число не зависит от того, как оно расположено в пространстве;
- знания, что число не зависит от того, из каких предметов оно составлено;
- знания, что число не зависит от величины предметов;
- умение отвечать на вопросы «Сколько?», «Который по счету?», «На каком месте?». «Какой предмет между 6 и 8 предметом?»;
- представления о взаимном расположении предметов в пространстве (в ряду): до, после, между, перед, за, рядом; расположении себя в пространстве;
- знания о временах года и днях недели.

*Демонстрационный материал: модель «Времена года»: квадрат, разделенный на 4 части (времена года), окрашенные в красный, зеленый, голубой и желтый цвета. Желтая часть разделена еще на 3 части, окрашенные в светло-желтый, желтый и желто-коричневый цвета.*

*Раздаточный материал: листы бумаги, цветные карандаши, ручки, тетради.*

Упражнение «Сосчитай...»

*На столе, например, 20 предметов.*

*Необходимо ответить на вопросы «Сколько?», «Который по счету?», «На каком месте?». «Какой предмет между 6 и 8 предметом?».*

*Обратный счёт от 20 до 1;*

*Представления о взаимном расположении предметов в пространстве (в ряду): до, после, между, перед, за, рядом.*

*Задание: раскрасить детали картинки по номерам.*

Упражнение «Времена года».

*Предлагается модель «Времена года»: квадрат, разделенный на 4 части (времена года), окрашенные в красный, зеленый, голубой и желтый цвета. Желтая часть разделена еще на 3 части, окрашенные в светло-желтый, желтый и желто-коричневый цвета.*

*Задание: показать на модели осень. На сколько частей разделено это время года? Как вы думаете, почему здесь три части? Какие месяцы осени вы знаете? Последний месяц осени – ноябрь. Назовите месяцы осени по порядку». (Сентябрь, октябрь, ноябрь.). И так по каждой поре года.*

*Пример 4.*

Название: «Листопад»

Цель занятия. Развитие мелкой моторики, тренировка способности самостоятельного выбора цвета. Тренировка понятий «слева», «справа», восстановление в памяти понятий о геометрических формах. Получение конкретного результата и эмоционального удовлетворения.

Длительность: 60 минут.

Материалы: Лист цветного картона, цветная бумага, клей, ножницы.

Рекомендации по организации процесса и взаимодействию с участниками группы.

- Организация рабочего места (отсутствие лишних предметов, индивидуальные инструменты т. е. ножницы, клей, карандаш и т. д.)

- Работать только по этапам. В сложных случаях обязательна помощь волонтеров.

- Индивидуальный подход к каждому участнику группы. Чувствовать, сможет ли он справиться с каким-либо этапом работы. Заранее заготовить детали, но дать возможность попробовать самому.

- Дать возможность самостоятельного выбора (цвет картона, бумаги и т. д.)

- Подбадривать и хвалить на промежуточных этапах, даже если получается не так, как надо.

- В конце занятия уделить внимание каждому участнику, т. е. показать всем работу, похвалить, сделать фотографию.

- Привлечь всех участников группы к участию в уборке рабочего места (подобрать колпачки к фломастерам, разложить по коробкам карандаши, ножницы и т. д.)

Краткое описание занятия:

Из цветной бумаги вырезать ствол дерева и наклеить его на картон.

На верхушке ствола нарисовать круг – это будет основа кроны.

Разорвать цветную бумагу двух цветов на мелкие кусочки.

Намазать круг клеем и насыпать разноцветные кусочки.

Прижать крону дерева листочком бумаги, чтобы зафиксировать.

#### *Пример 5.*

Название: «Часы». Задание: создание циферблата (разметка круга, надпись соответствующих цифр и показания стрелок).

Цель занятия. Развитие мелкой моторики, ориентация во времени,

Материалы: ножницы, белый картон, цветная бумага, тесьма, фломастеры, карандаш, клей

Заготовки: прямоугольник 9 на 11 см, прямоугольник 8 на 10 см, круг диаметром 8 см, 2 круга диаметром 2 см, 2 полоски шириной 2 см и длиной 7 см.

Краткое описание занятия:

Из белого картона вырезать прямоугольник 9 на 11 см. Из цветной бумаги вырезать прямоугольник размером 8 на 10 см и склеить их. Из цветного картона вырезать 2 полоски и приклеить в виде крыши. Из белой бумаги вырезать круг диаметром 7 см и приклеить в центр работы. Нанести разметку циферблата простым карандашом, а затем обвести фломастером. С обратной стороны часов приклеить 2 отрезка тесьмы разной длины с кругами в виде гирь. Часы можно украсить декоративными элементами.

#### *Пример 6.*

Название «Праздник Шавуот»

Цель: Стимуляция мозгового кровообращения посредством развития мелкой моторики.

Длительность: 40–50 минут

Материалы: Образец работы, образец горы для обводки, белый картон, пластилин, цветная бумага, ножницы, карандаш, клей.

Краткое описание занятия: Занятие начинается с вопроса, знает ли кто, какой праздник был вчера и в чем его суть? Ведущий занятия рассказывает о празднике и предлагает сделать работу, которая поможет закрепить полученные знания – гора Синай, покрывшаяся цветами, после того, как Всевышний даровал Моисею скрижали Завета. Участники обводят образец горы карандашом, вырезают и приклеивают на белый картон. После этого приступают к изготовлению цветков – катают пальцами (желательно обеих рук) маленькие шарики из пластилина одного цвета, придавливают их к горе, придавая форму лепестков и делают серединку из шарика другого цвета. Таких цветков нужно изготовить не менее пяти штук. Одновременно продолжается беседа о Шавуоте (вспоминаем заповеди и т. д.) в конце работы на верху горы прикрепляются сделанные из пластилина скрижали.

### *Пример 7*

Название «Рисование животных»

Цель: развитие мелкой моторики, координации движений, когнитивных навыков.

Длительность: 30–40 минут

Материалы: акварельные краски, вода, белая бумага, салфетки. Образец создается в процессе объяснения задания.

Краткое описание занятия: Рисование пальцами различных животных или растений, используя все пальцы на руке. Палец обмакивается в воду, потом в краску. Техника рисования точечная и растянутая точка. Например, рисунок стрекозы. Туловище – отпечаток большого пальца, голова – отпечаток указательного, хвост – указательный, средний, безымянный, мизинец по очереди. Крылья рисуем, растягивая отпечаток указательного пальца. Стрекозами нужно заполнить весь лист. Выбор цвета по вкусу участников занятия.

### *Пример 8.*

Лепка из пластилина. Дайте шар из пластилина и предложите что-нибудь из него слепить: собаку, торт, грушу или пепельницу. Лепка из пластилина полезна для тренировки рук и стимулирования координации движений. Кроме того, это веселое упражнение, которое подходит для всей семьи и объединяет поколения. Используйте эту игру, чтобы собрать вместе три поколения, и научите внуков, бабушек и дедушек наслаждаться совместной деятельностью с единой общей целью: творить, создавать, фантазировать... и получать от этого удовольствие.

### ***Другие идеи для занятий***

- Поэзия и поэтические чтения (можно также писать стихи) –
- «Коробки памяти»
- Изготовление цветов
- Украшение печенья
- Рисование
- Постройки из Lego
- Достопримечательности города (викторина на ламинированных карточках)
- Музыка – разных жанров и из разных стран
- Травы и специи – запахи, смешивание их по цветам в маленьких пластиковых бутылочках, как делают с цветным песком.
- Обсуждение газет
- Изготовление ламинированных ковриков.
- Украшение фартуков пуговицами или аппликациями, которые стимулируют сенсорное восприятие
- Деньги – монетки и купюры разных стран
- Игра в имена с мягким мячиком (женские / мужские имена на определенной букву и т. д.)
- Лица известных людей (нужны карточки с изображениями)

- Игры (скрэббл, карточные игры, домино)
- Побросать или покатать мяч
- Рассортировать шашки
- Сделать друг другу массаж
- Посмотреть концерт
- Испечь печенье
- Создать коллаж из фотографий
- Расчесать друг другу волосы или заплести косы
- Погулять
- Посмотреть семейные фотографии
- Прополоть клумбу
- Навестить соседку
- Вырезать картинки из журналов
- Поболтать о любимых детских книгах или мультфильмах
- Рассортировать предметы по форме или цвету
- Попеть старые или любимые песни
- Поделиться воспоминаниями
- Убрать со стола и вытереть стол
- Сделать открытку для друга или родственника
- Расспросить о родственниках, например о брате или сестре
- Сделать вишневый пирог
- Устроить генеральную уборку в шкафу
- Разложить фотографии в альбоме
- Прогуляться по двору
- Вспомнить первый день в школе
- Смастерить кормушку для птиц
- Приготовить фруктовый салат
- Подмести кухню или дворик
- Сделать аппликацию из цветной бумаги
- Устроить чаепитие
- Поговорить о великих изобретателях и их изобретениях
- Посмотреть каталог одежды
- Рассматривая карту мира, порассуждать о дальних странах
- Составить свое генеалогическое дерево
- Полить комнатные цветы
- Сложить пазл
- Смотреть из окна на улицу и обсуждать прохожих
- Вспомнить спортивные игры, в которые человек любил играть в детстве и юности
- Написать письмо другу или родственнику
- Перемерить все наряды в шкафу
- Поиграть в «города»
- Сделать из бумаги бабочки или снежинки
- Вспоминать цитаты и известные высказывания
- Лепить из пластилина
- Сложить головоломку или кубик Рубика
- Почистить песком металлическую посуду
- Накраситься и устроить «бал»

- Купить или нарвать свежих цветов и расставить их по вазам
- Вспомнить известных людей
- Почитать стихи
- Нарезать из бумаги маленькие кусочки для записок
- Пускать мыльные пузыри
- Испечь кексы и украсить их ягодами, или глазурью, или сахарной пудрой
- Устроить фотосессию
- Сложить монеты в баночку или вазу, попутно пересчитав их
- Покормить птиц
- Вспомнить самое хорошее лето
- Смотреть пряжу в клубки
- Собрать и поставить в вазу осенние листья
- Посидеть в обнимку
- Поиграть на музыкальном инструменте
- Вместе записать в дневник, как прошел день, или визит к друзьям, или прогулка
- Расспросить о человеке, которого очень уважает
- Рассортировать игральные карты
- Поговорить о домашних животных

## *Приложение 5. Особенности коммуникации с людьми с когнитивными нарушениями и деменцией*

*Милькота Н.В., Сергеева Е.А.*

Смятение, вызванное деменцией – это обоюдная сложность. Таким образом, деменция – это, в первую очередь, двусторонняя проблема в общении. Если под сомнение ставится установка «Я – здоров» и «Он – болен», то для обеих сторон главная задача состоит уже не в том, чтобы «здоровому» разговаривать с «больным». Она состоит, скорее в том, чтобы действовать, общаться, смеяться, плакать и выражать себя в ситуации, которая обеими сторонами воспринимается как ненормальная. Это легче сказать, чем сделать; это – постоянно повторяющаяся и каждый раз требующая нового решения задача. И, кстати, в равной мере как для страдающего деменцией, так и для того, кто общается с ним или хочет вступить с ним в контакт.

Кроме того, на сегодняшний день именно интенсивность и качество общения с больным деменцией рассматриваются как решающее звено в необходимой ему поддержке. И если раньше шансы на общение оценивались как чрезвычайно ограниченные, то в настоящий момент во множестве исследовательских проектов изучаются специальные техники общения и стратегии обращения с больными деменцией.

Дж. Пауэлл. Помощь в общении при деменции

При деменции у человека довольно рано могут начаться проблемы с воспроизведением и пониманием речи. Вместе с тем следует помнить, что общение и социальное взаимодействие благоприятно сказываются на течении заболевания, в то время как социальная изоляция пожилых людей, отсутствие контактов и взаимодействия может ускорить прогрессирование деменции.

Весь персонал, контактирующий с человеком с деменцией, должен быть подготовлен к необходимости ведения особой коммуникации. Этим же приемам целесообразно обучать родственников. Самое главное, что нужно помнить: сложности в коммуникации обусловлены состоянием здоровья, а не «трудным характером».

С какими проблемными ситуациями родственники и персонал сталкиваются чаще всего?

- человек повторяет один и тот же вопрос снова и снова.
- постоянно рассказывает одну и ту же историю.
- с ним проблематично начать или поддерживать беседу.
- проблематично следовать разговору, особенно когда беседуют несколько людей.
- постоянно отклоняется от темы, часто невпопад меняет тему разговора.
- сложно вспомнить имена знакомых, названия мест или предметов.
- сложно уследить за ходом телепередачи.
- всё время говорит лишь о прошлом.

- начинает рассказывать что-либо, потом забывает, о чём говорил.
- видит нечто, чего нет.
- настаивает на ошибочных утверждениях<sup>37</sup>.

Рекомендации по правилам коммуникации с человеком с деменцией можно разделить на два блока: 1) способные улучшить понимание того, что хочет сказать человек и 2) помогающие лучше донести свою мысль, минимизировав риск негативной эмоциональной реакции.

*Улучшению понимания будут способствовать:*

- поддержка и помощь. Например, если человек не может найти нужное слово, задайте ему наводящий вопрос или попробуйте подсказать это слово, опираясь на контекст. Если человеку не удастся завершить начатую фразу, предложить возможные продолжения, дав возможность выбрать то, которое он имел в виду;
- использование контекста. Для лучшего понимания обращенной к Вам речи, если она представляется сбивчивой и малопонятной, максимально привлекайте знания о нем, о его привычках и предпочтениях, связывая их с ситуацией общения. Это поможет достроить недостающие для понимания фрагменты;
- ориентация не только на слова, но и на невербальные символы. Следите за реакцией человека, чтобы убедиться в правильности догадки;
- проявление эмпатии и готовности выслушать. Иногда достаточно просто выслушать человека, даже не до конца понимая смысла его слов. Просто терпеливо выслушайте, дав ему выговориться и показав, что Вам не безразличны его слова;
- подкрепление воспоминаний эмоциями. Человеку с деменцией может быть легче воспроизводить события, которые связаны с сильными чувствами. Поэтому если занятия доставляют удовольствие и общение является приятным, человек с деменцией скорее вспомнит Вас или, во всяком случае, будет более готов к продолжению работы;
- опора на сильные стороны человека. Общеизвестно, что человеку с деменцией легче извлечь из памяти более давние воспоминания, чем новые. Поэтому при беседе лучше обращаться к прошлому опыту, например, опыту детства и молодости;
- использование различных основ, позволяющих человеку с деменцией структурировать реальность. Например, плана-графика повседневных дел, к которому и человек с деменцией, и Вы сможете апеллировать в случае необходимости;
- избегание споров и конфликтов, особенно в присутствии третьих лиц. Люди с деменцией искаженно видят как окружающую действительность, так и прошлое, вспоминая вещи, которые никогда не имели места в реальной жизни. Если человек говорит Вам что-то несоответ-

---

<sup>37</sup> Пауэлл, Дж. Помощь в общении при деменции // Дженни Пауэлл / Помощь в общении при деменции. Информационно-координационный пункт инициативы федеральной земли Северный Рейн-Вестфалия «Деменция-сервис» перевод: этно-медицинский центр «Russische Ausgabe von „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ von Jennie Powell Heft 2 der Reihe - Demenz Service». – Кельн. С. 22.

ствующее действительности, не следует его переубеждать. Это не эффективно: человек не признает ошибку, но критика, скорее всего, вызовет конфликт и раздражение, агрессию. Иногда более продуктивно «подыграть», предложив иной подходящий способ решения проблемы. Например, если человек требует срочно выйти из дому под предлогом, что ему нужно забирать детей из школы, его необязательно убеждать, что дети взрослые и сейчас на работе. Можно сказать, что звонил его брат (другой известный родственник) и сказал, что забрал детей. Можно даже разыграть звонок этому родственнику, чтобы успокоить человека с деменцией. Если нет идей о разыгрывании ситуации, можно постараться сменить тему.

*Для более спокойного и продуктивного общения целесообразно:*

- стараться сохранять спокойствие, невозмутимость, уважение и доброжелательность к человеку с деменцией, говорить мягко и предупредительно. Ваша манера общаться способна задать правильный тон и положительный настрой в общении;
- следить за своей мимикой: для человека с деменцией она способна передать больше информации, чем Ваши слова;
- думать о возможных физических проблемах – таких как проблемы со зрением или слухом. Часто люди с деменцией не носят очки или не могут правильно пользоваться слуховыми аппаратами, что существенно препятствует общению. Помогите им решить указанные проблемы и это облегчит понимание;
- помнить, что инициатива в разговоре должна принадлежать Вам. По мере прогрессирования деменции человек все реже сможет и захочет начинать беседу сам;
- поддерживать визуальный и тактильный контакт во время общения для привлечения внимания к своим словам. Например, если человек сидит, лучше тоже присесть для установления зрительного контакта. Если человек позволяет, можно аккуратно дотронуться до его руки или плеча перед началом разговора;
- ограничить воздействие раздражающих факторов и посторонних шумов (во время разговора лучше выключить радио и телевизор, задернуть шторы или прикрыть дверь);
- не передвигаться во время общения и не говорить мимоходом;
- придерживаться невысокого темпа речи, избегать резкого повышения тона, говорить не торопясь, отчетливо и громко, но избегать крика, так как он искажает звучание слов;
- использовать в разговоре короткие и простые фразы, односложные предложения;
- говорить конкретно, избегая метафор и образов. Например, вместо «тоска зеленая» лучше сказать «мне грустно»;
- делать небольшие паузы в разговоре, чтобы человек с деменцией успевал осмыслить сказанное;
- избегать прямых вопросов. Если человеку с деменцией не удастся найти ответ (а такая вероятность повышается с развитием заболевания), он легко раздражается и становится агрессивным. Попробуйте получить нужную информацию косвенно, через утверждения;

- постараться избегать открытых вопросов, ответы на которые человек должен придумать сам. Лучше формулировать высказывание так, чтобы на него можно было ответить односложно (да/нет/не знаю).;
- воздерживаться от «испуганных» реакций, как, например: «осторожно!», «опять ты забыл!»;
- не экзаменовать человека с деменцией. Например, не говорить ему: «ты помнишь, как меня зовут?», «ну, попробуй же вспомнить, я тебе подскажу, начинается на букву...»
- в случае непонимания вопроса постараться переформулировать его;
- использовать наглядные образы или реальные предметы. Например, спрашивая, будет ли человек есть яблоко или грушу, лучше их показать. Понимать, что человек с деменцией воспринимает все конкретно: если Вы показываете сырой фарш и спрашиваете, будет ли он котлеты, то он, скорее всего, откажется, так как под котлетами будет иметь в виду именно показанное сырое мясо;
- использовать обращения к прошлому или юмор, который должен относиться к ситуациям, но не к человеку с деменцией, для эмоциональной разрядки и снятия напряжения;
- предупреждать возникновение раздражающих ситуаций в общении. Например, если Вас раздражает бесконечный вопрос о дате, поставьте на видное место календарь и сделайте привычкой начинать встречу с обращения к календарю и отметки даты. Хорошими идеями является создание различных напоминаний: плаката «важные люди» с фото близких родственников или краткого генеалогического древа с фото, альбома фотографий любимых мест и др.<sup>38</sup>;
- стараться избегать лишних движений (особенно резких, суетливых) или напряженного выражения лица, что может сформировать отрицательный фон общения;
- признавать право человека с деменцией на различные чувства, помогать человеку обозначить его эмоциональное состояние. Например, если Вы видите, что человек испытывает тревогу, что он опять что-то забыл, Вы можете сказать: Вы беспокоитесь, что снова забыли день недели? Это бывает. Я вчера вот тоже долго не могла понять, какое число и день недели.
- сохранять уважение к человеку с деменцией, разговаривать с ним как со взрослым, избегать общения как с ребенком или разговора о нем в третьем лице в его присутствии, даже если кажется, что человек Вас не понимает.

Следует всегда помнить, что «не существует абсолютно «правильного» и «неправильного» обращения с приведенными трудностями в общении при деменции. Лучше всего действовать методом проб и ошибок, пока не выяснится, какой подход к конкретному человеку в конкретной ситуации оптимален»<sup>39</sup>.

<sup>38</sup> Подробнее см. там же. С. 40 – 50.

<sup>39</sup> Там же. С. 23.

# **ЭЛЕКТРОННОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ**

## Зарубежный опыт работы в области деменции

### Приложение 6. Обзор опыта Англии

Гарретт П.

#### Концепция Британского правительства в области деменции

Деменция является ключевым приоритетом как для Национальной службы здравоохранения Англии (НСЗ Англии), так и для правительства. В феврале 2015 г. премьер-министр запустил Программу по борьбе с деменцией 2020, которая предусматривала обеспечение дальнейшего развития результатов, достигнутых в рамках Программы премьер-министра по борьбе с деменцией 2012–2015. В ней изложена цель НСЗ Англии о том, что к 2020 г. мы:

- лучшая страна в мире по уровню ухода и поддержки людям с деменцией, ухаживающим лицам и членам семей, и
- лучшее место в мире по проведению исследований по деменции и другим нейродегенеративным заболеваниям.

Ключевыми задачами этой концепции являются:

- равный для всех доступ к диагностике
- врачи общей практики играют ведущую роль в обеспечении координации и непрерывности ухода за людьми с деменцией
- каждый человек с диагнозом «деменция» получает надлежащий уход по итогам диагностики
- все сотрудники НСЗ прошли обучение по деменции в соответствии с возложенными на них функциями.

НСЗ Англии разработала пятилетний план внедрения изменений под названием «Достойный маршрут для деменции», который охватывает достойное предупреждение, достойное проживание, достойную поддержку и достойный уход из жизни.

Наши партнеры

Помощь, которую оказывают Национальной службе здравоохранения Англии другие организации и секторы, имеет важнейшее значение для улучшения качества услуг для людей с деменцией и ухаживающих за ними лиц.

Мы работаем в сотрудничестве с Обществом Альцгеймера (Alzheimer's Society), Общественным здравоохранением Англии (Public Health England), Департаментом здравоохранения (Department of Health), Ассоциацией директоров социального обеспечения взрослого населения (ADASS), организацией Care UK, клиническими уполномоченными группами, общими врачебными клиниками, Королевской Коллегией врачей общей практики (Royal College of General Practitioners (RCGP)), Королевским колледжем психиатров (Royal College of Psychiatrists (RCPsych)), а также другими заинтересованными организациями с целью развития Национальной службой здравоохранения Англии пятилетнего плана изменений для людей с деменцией.

### **Как это работает на практике?**

В Англии первой инстанцией для человека с деменцией является его врач общей практики. Данный специалист обычно проводит некоторые базовые тесты, и если есть подозрение на деменцию, то человек направляется в клинику памяти/ службу памяти, которыми управляет Национальная служба здравоохранения. Ни за эти услуги, ни за обращение к врачу общей практики плата не взимается.

Служба памяти/ клиника памяти предоставляет обследование, лечение и постоянную поддержку людям с деменцией и их семьям/ друзьям. Обычно обращаются люди в возрасте старше 65 лет, но в некоторых случаях встречаются люди и моложе. Службы памяти находятся в районах по месту жительства и предназначены для тех, кто обеспокоен симптомами (проблемами с памятью), связанными с деменцией. После того, как клиника/ служба памяти получит направление от врача общей практики, она будет проводить первоначальную оценку, обычно одним из врачей клиники, и, как правило, на дому у человека. Затем они могут предложить дополнительные диагностические тесты (например, сканирование головного мозга, анализ крови). Как только они получают результаты тестов, назначается встреча в клинике/службе памяти. На этом приеме они обсуждают с человеком результаты тестов, озвучивают диагноз и при необходимости предлагают лечение. Если ставится диагноз «деменция», то один из врачей общей практики регулярно посещает человека на дому для постоянного мониторинга и предлагает поддержку, консультации и помощь в размещении надписей в доме для лучшей ориентации человека с деменцией надписей. Врачи также могут предоставлять терапию по когнитивной стимуляции, фармацевтическое лечение, психологические упражнения (также доступные для членов семей, ухаживающих за людьми с деменцией), трудотерапию, сестринское вмешательство и помощь специалиста членам семьи, осуществляющим уход и родственникам. При необходимости человеку могут назначить ингибиторы холинэстеразы. В некоторых клиниках памяти есть специальные медсестры по деменции, которые называются «адмиральские медсестры». Они оказывают поддержку человеку с деменцией вместе с ухаживающим за ним лицом. Когда/ если человек выписывается из клиники/ службы памяти и если его ситуация изменяется, он может вернуться в клинику памяти через своего врача общей практики.

Местные органы власти и благотворительные организации, а также Национальная служба здравоохранения предоставляют для людей с деменцией ряд услуг, например, когнитивно-поведенческую терапию, дневные центры. Некоторые услуги бесплатные, а некоторые платные. Местные власти отвечают за проведение обследования, когда потребности людей в уходе достигают такого уровня, на котором им требуется помощь в личной гигиене. Существуют пороги ухода за взрослыми для получения доступа к помощи, установленные в «Равном доступе к услугам по уходу» (*Fair Access to care services (FACS)*).

Как правило, люди получают несколько часов патронажа в неделю, и это число увеличивается, когда увеличивается потребность в них. Услу-

ги патронажа обычно предоставляют частные компании или волонтерские организации. Человек оплачивает услуги либо самостоятельно, либо если он ограничен в средствах (его сбережения составляют менее 23,500 фунтов стерлингов), то местные органы власти оплатят ему положенные часы патронажа. Домашний уход обычно включает в себя помощь с личной гигиеной и может включать такие моменты, как помощь за завтраком. Если человеку нужно, чтобы ему предоставляли готовую еду, то это обычно организуется отдельно, в рамках услуги «Еда на колесах». Как правило, патронаж не предполагает когнитивных вмешательств. Однако некоторые частные компании по уходу на дому и благотворительные организации начинают предлагать индивидуальную терапию по когнитивной стимуляции.

Если человек нуждается в проживании в учреждениях интернатного типа либо сестринских услугах, то в зависимости от его финансового состояния, услуги будут оплачиваться им самостоятельно, местными властями либо Национальной службой здравоохранения (только в случае если существует особая необходимость в уходе).

В настоящее время особое внимание уделяется обучению семей и общин на тему деменции силами общественного движения «Общество, настроенное дружелюбно по отношению к деменции». Цель заключается в том, чтобы люди могли достойно жить в обществе как можно дольше, и были госпитализированы или отправлены в интернаты только тогда, когда это абсолютно необходимо. К консультантам или активистам по вопросам деменции можно обратиться через местные органы власти и благотворительные организации

Родственники, осуществляющие уход за людьми с деменцией, также имеют право на оценку своих потребностей. Это называется оценкой ухаживающего лица. Известно, что люди, которые заботятся о ком-то с деменцией, сталкиваются с повышенной изоляцией и трудностями в сохранении собственного здоровья и благополучия, а также в соблюдении своих собственных интересов. Ухаживающим лицам обычно предлагают программы групп поддержки или мероприятий для лиц, осуществляющих уход за людьми с деменцией. Некоторые службы предоставляют еженедельную программу, в рамках которой в течение дня люди с деменцией и те, кто за ними ухаживает, могут вместе участвовать в мероприятиях. Сотрудники данных служб отправляют людей, которые осуществляют уход, в соответствующие местные и национальные организации, которые помогают им следить за здоровьем и благополучием. Они поддерживают связь с местными политическими деятелями, принимают участие в консультативных инициативах и разработках, которые касаются пожилых лиц, осуществляющих уход, и/или людей с деменцией. Они призывают ухаживающих лиц к участию в развитии программ в своих районах, например, Альянс по борьбе с деменцией. Они консультируют ухаживающих лиц по ряду вопросов, затрагивающих их, включая здоровье, питание, финансы, перерывы и действия, эмоциональную поддержку, консультирование, а также общее состояние здоровья и образ жизни.

**Опыт благотворительных организаций по поддержке людей, живущих с деменцией, в Великобритании** (на примере работы благотворительной организации «Еврейская забота» (Jewish Care), Лондон, Великобритания)

В Великобритании очень развит благотворительный сектор, и благотворительные организации часто сотрудничают с местными (государственными) органами по вопросам социального и медицинского обслуживания или дополняют и расширяют услуги, предоставляемые государством.

Организация «Еврейская забота» – это ведущая общественная организация. Она является самой крупной еврейской благотворительной организацией в Великобритании, которая присутствует в жизни 10,000 человек, еженедельно предоставляя им широкий спектр услуг, начиная с молодежных клубов и заканчивая интернатами для пожилых людей. В организации работают 1,300 сотрудников из числа представителей различных культур и 3,000 волонтеров, которые помогают им оказывать услуги.

Как и во многих странах, понимание и осведомленность британского сообщества о деменции значительно выросли за последние два десятилетия. В Великобритании произошел переход от медицинской модели ухода, когда к людям с деменцией относились как к пациентам, к модели, где большое значение придается их социальному, когнитивному и психологическому благополучию. Была принята модель, которую Томас Китвуд (1997) описал как лично-ориентированный подход. Это подход, при котором особое внимание уделяется аутентичному контакту и общению. Китвуд описал лично-ориентированный уход как форму работы, в которой подчеркиваются общение и отношения. Эта форма работы с людьми, живущими с деменцией, развилась в подход, ориентированный на отношения. Данный подход признает важность создания и укрепления отношений и тот факт, что отношения очень важны для людей с деменцией. Ориентированный на отношения подход полностью совпадает с идеей принадлежности к некому обществу и подчеркивает важность сохранения этой принадлежности.

В 2009 году правительство Великобритании приступило к реализации национальной стратегии «Достойная жизнь с деменцией», в которой предусмотрены следующие 3 основные этапа по улучшению качества жизни людей с деменцией и тех, кто осуществляет уход за ними (см. таблицу ниже).

1. Повышение уровня знаний о деменции и устранение негативных стереотипов в восприятии
2. Предоставление ранней диагностики, поддержки и лечения людям с деменцией и членам их семей и ухаживающим лицам
3. Развитие услуг, которые бы позволили лучше удовлетворять изменяющиеся потребности

В рамках стратегии был опубликован доклад, касающийся чрезмерного назначения антипсихотических медицинских препаратов людям с деменцией.

Обзор Рамочной программы преобразований Национальной службы здравоохранения Англии «Достойный маршрут для деменции»

<b>ДОСТОЙНЫЙ МАРШРУТ ДЛЯ ДЕМЕНЦИИ</b>				
<b>ДОСТОЙНОЕ ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ</b>	<b>ДОСТОЙНАЯ ДИАГНОСТИКА</b>	<b>ДОСТОЙНАЯ ПОДДЕРЖКА</b>	<b>ДОСТОЙНОЕ ПРОЖИВАНИЕ</b>	<b>ДОСТОЙНЫЙ УХОД ИЗ ЖИЗНИ</b>
Риск развития деменции сводится к минимуму	Своевременная точная диагностика, уход, планирование и проверка в течение первого года	Доступ к надежной высококачественной медицинской и социальной помощи для людей с деменцией и ухаживающих за ними лиц	Люди с деменцией могут жить в нормальных условиях в обществе, где безопасно и их принимают	Люди с деменцией достойно уходят из жизни в местах, которые они сами выбрали
«Мне дали информацию о снижении риска развития деменции лично у меня»	«Меня обследовали своевременно» «Я могу принимать решения и знаю, что как себе помочь, и кто еще может помочь»	«Ко мне относились с уважением» «Я получаю самое лучшее лечение и поддержку, которые лучше всего подходят для моей деменции и моей жизни»	«Я знаю, что они со мной, заботятся обо мне и поддерживают меня» «Я чувствую себя частью общества»	«Я уверен, что мои последние дни пройдут так, как я захотел» «Я могу рассчитывать на достойный уход из жизни»
<b>ВКЛЮЧАЕТ:</b>	<b>ВКЛЮЧАЕТ:</b>	<b>ВКЛЮЧАЕТ:</b>	<b>ВКЛЮЧАЕТ:</b>	<b>ВКЛЮЧАЕТ:</b>
Предотвращение <sup>(1)</sup> Уменьшение рисков <sup>(5)</sup> Информация о здоровье Поддержка исследований <sup>(5)</sup>	Диагностика <sup>(1) (5)</sup> Оценка памяти <sup>(1) (2)</sup> Обсуждение проблем <sup>(3)</sup> Изучение <sup>(4)</sup> Предоставление информации <sup>(4)</sup> Комплексное и расширенное планирование помощи <sup>(1) (2) (3) (5)</sup>	Выбор <sup>(2) (3) (4)</sup> ППСД <sup>(6) (2)</sup> Взаимодействие <sup>(2)</sup> и помощь <sup>(3)</sup> Проживание <sup>(3)</sup> Стационарное лечение <sup>(4)</sup> Технологии <sup>(5)</sup> Медико-социальные службы <sup>(5)</sup> Труднодоступные группы <sup>(3) (5)</sup>	Комплексные услуги <sup>(1) (3) (5)</sup> Поддержка лиц, осуществляющих уход <sup>(2) (4) (5)</sup> Передышка для ухаживающих лиц <sup>(2)</sup> Согласованная помощь <sup>(1) (5)</sup> Содействие независимости <sup>(1) (4)</sup> Взаимоотношения <sup>(3)</sup> Досуг <sup>(3)</sup> Безопасное общество <sup>(3) (5)</sup>	Паллиативный уход и боль <sup>(1) (2)</sup> Уход из жизни <sup>(4)</sup> Предпочитаемое место смерти <sup>(6)</sup>
<p><i>Ссылки: (1) Руководство Национального института здравоохранения и совершенства медицинской помощи Великобритании (НИЗС) (2) Стандарт качества НИЗС 2010 (3) Стандарт качества НИЗС 2013 (4) Маршрут НИЗС (5) Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) Маршрут для деменции (6) ППСД – Поведенческие и психологические симптомы деменции</i></p>				
<b>ДОСТОЙНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Исследования и инновации с участием людей с деменцией и людей, осуществляющих за ними уход, мониторинг лучших практик и использование новых технологий для влияния на изменения.</li> <li>Построение скоординированной стратегии исследований с использованием академических и медицинских сетей, исследовательской и фармацевтической промышленности.</li> </ul>				
<b>ДОСТОЙНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Сотрудничество с Ассоциацией директоров социального обеспечения взрослого населения, Ассоциацией местных органов управления, Обществом Альцгеймера, Департаментом здравоохранения Англии по совместному введению в действие стратегий для обеспечения комплексного обслуживания, гарантирующего целостный комплексный подход к оказанию помощи</li> </ul>				

#### **ДОСТОЙНОЕ ВВЕДЕНИЕ В ДЕЙСТВИЕ**

- Разработать лично-ориентированное руководство на основе руководства НИЗС, стандарты и результаты на основе фактических данных и передового опыта. разработать ориентированные на человека инструкции по вводу в эксплуатацию стандартов и результатов NICE на основе руководящих принципов, фактических данных и наилучшей практики.
- Согласовать перечень минимальных стандартов по обслуживанию для установленных действий, составить бизнес-планы, определить полномочия и распределить ресурсы

#### **ДОСТОЙНОЕ ОБУЧЕНИЕ**

- Разработать учебную программу для всех сотрудников, которые работают с людьми с деменцией, будь то в больнице, общеврачебной практике, уходе на дому или в общине.
- Улучшать подготовку и повышать осведомленность в общинах и в обществе в целом, привлекая Друзей деменции, больницы, сообщества, интернаты, дружественные к деменции

#### **ДОСТОЙНЫЙ КОНТРОЛЬ**

- Разработка показателей для установления и достижения национального стандарта для услуг по деменции, определяя для каждой услуги источники информации и набор «профилированных» целей.
- Привлечение Группы интенсивной поддержки для предоставления поддержки «глубокого погружения» и помощи с целью уменьшения расхождений и улучшения изменений.

Организация «Еврейская забота» взяла данную стратегию за основу и разработала собственную Стратегию по деменции, которая очень близка целям и задачам национальной стратегии. Ниже приводится краткое изложение стратегии, осуществляемой «Еврейской заботой», а также достигнутый прогресс.

### **Стратегическая цель 1**

*Повысить информированность о деменции в обществе и развеять любые неправильные представления об этом состоянии*

Ранее в еврейской общине, как и в обществе в целом, представление о деменции было лишь в общих чертах, но информации было мало и многие люди считали деменцию неотъемлемой частью процесса старения. В еврейской общине, как и в обществе в целом, бытовало мнение, что для людей с деменцией может быть сделано очень мало или вообще ничего. Часто деменция вызывала негативные ассоциации и нежелание говорить о ней. Это могло привести к тому, что люди с деменцией становились изолированными и отстраненными от активного участия в обществе, и это же касалось их супругов, и/или других членов семьи, осуществляющих уход. В сложившейся ситуации было не принято говорить о деменции, и иногда это было вызвано страхом перед ней.

В течение последних двенадцати лет организация «Еврейская забота» сотрудничала с местной еврейской общиной через различные службы в синагогах и школах, с целью содействия более глубокому пониманию деменции. С 2012 года «Еврейская забота» реализует программы «Друзья деменции» с помощью своих волонтеров. Данная организация также способствовала тому, чтобы еврейская община стала общиной, дружественной по отношению к людям с деменцией. Уровень осведомленности и понимания деменции значительно повысился, и социальные работники синагог переходят в своей работе с людьми с деменцией к подходу, более ориентированному непосредственно на человека и на отношения его и его семьи. Эта работа продолжается, и в «Еврейскую заботу» регулярно поступают просьбы об обучении и поддержке из синагог и других общественных служб. В еврейских газетах была опубликована серия информационных статей о деменции. Эти статьи были призваны показать, что при правильном уходе и поддержке люди с деменцией могут жить достойно. Основная их идея была в том, что людям с деменцией важно сохранить их связи с общиной и важно, чтобы семьи и другие социальные сообщества принимали их и адаптировались к их изменяющимся потребностям. Еврейская община также получила поддержку в рамках национальных программ просвещения по деменции, проводимых организацией «Общество Альцгеймера», и почувствовала более позитивный и информативный подход к деменции в средствах массовой информации. Организация «Еврейская забота» также работала над тем, чтобы способствовать установлению внутри общины отношений, направленных на противостояние вызовам деменции вместе. Работа «Еврейской заботы» и других благотворительных

служб в общине привела к тому, что произошел постепенный переход от боязни говорить о деменции к большей открытости и совместной работе для противостояния этой проблеме. Существенное значение имеет и повышение уровня осведомленности о роли, важности и опыте членов семей, которые осуществляют уход за людьми с деменцией. Значительным стало и то, что школы связываются с интернатами и дневными центрами и с раннего возраста предоставляют своим ученикам возможность узнать о деменции и, что более важно, пообщаться с людьми, живущими с деменцией.

Большое количество членов общины, добровольно предлагающих услуги организации «Еврейская забота», является очень важным аспектом продвижения позитивного отношения к деменции. Когда волонтеры предлагают свою помощь, они получают подготовку и информацию.

У них есть возможность увидеть, как нужно работать, чтобы улучшить жизнь людей, живущих с деменцией, и увидеть возможности для достойной жизни в этом состоянии. Волонтеры часто выступают в поддержку людей с деменцией в своих сообществах, устраняя негативные стереотипы и демонстрируя способы изменения ситуации для людей с деменцией и их семей. Часто добровольчество является способом, которым члены семей возвращают долг общине после того, как их родственник, за которым они осуществляли уход, умирает. Они считают необходимым делать вклад своими навыками и знаниями, которые они приобрели, осуществляя уход за своим родственником, в улучшение жизни других людей с деменцией. Для них волонтерство может быть отличным источником самореализации и способом отплатить общине за заботу и поддержку.

### **Стратегическая цель 2**

*Предоставление членам общины возможности получения ранней диагностики деменции и доступа к услугам помощи и поддержки*

По аналогии с Национальной стратегией по деменции реализация стратегии организации «Еврейская забота» в этой области тоже была сосредоточена на обеспечении того, чтобы люди с деменцией и члены их семей имели доступ к эффективным услугам для ранней диагностики и далее направлялись для оказания наиболее подходящей поддержки. Ранняя диагностика позволяет людям участвовать в планировании своего будущего. Однако, бытовало мнение, что диагностика деменции мало помогает, потому что деменция неизлечима. Организация «Еврейская забота» работала над повышением осведомленности о том, что поддержка, консультации, услуги и лечение имеются, и что они могут значительно повлиять на состояние человека, живущего с деменцией, и членов его семьи, которые осуществляют за ним уход.

Организация «Еврейская забота» осуществляет комплексную поддержку людей, живущих с деменцией и ухаживающих лиц. Как правило, первой точкой контакта является «Еврейская служба помощи», которая представляет собой бесплатный сервис. Персонал службы помощи обучается работе с людьми с деменцией и хорошо осведомлен об услугах,

предлагаемых на местах. Сотрудник службы может рекомендовать звонящим обратиться за услугами по месту жительства как в организацию «Еврейская забота», так и в другие организации. Если требуется дополнительная поддержка, то подключается специалист по общинной и социальной работе для обсуждения конкретных потребностей. Если необходима поддержка для ухаживающего лица, то отдельное обращение может быть сделано в службу для членов семей, осуществляющих уход. Там оказывают помощь и дают указания, как получить доступ к поддержке в рамках системы Национального здравоохранения и местных органов власти. Также будут предоставлены возможности узнать больше об услугах организации «Еврейская забота», и о других организациях и благотворительных учреждениях.

В составе службы по общинной поддержке и социальной работе есть служба специалистов по деменции. Данная служба поддерживает тесную связь с местными и национальными службами и может оказывать в общине помощь людям с деменцией. Эта служба также тесно сотрудничает со всеми службами организации «Еврейская забота», особенно теми, которые предназначены для людей с деменцией, например, Кафе памяти. После первоначального контакта со справочной службой, с человеком может связаться член службы по общинной поддержке и социальной работе. Они могут назначить встречу для более углубленного разговора. Сотрудник службы по общинной поддержке и социальной работе может оставаться в контакте с человеком в течение нескольких недель, месяцев или дольше. Часто сотрудники службы работают с человеком от этапа ранней диагностики до более поздних этапов, когда человеку может понадобиться дальнейшая помощь (например, на дому или в учреждении интернатного типа). Данная служба может давать очень практические советы, например, начиная с того, как подать заявку на оформление доверенности, действие которой не прекращается вследствие признания доверителя недееспособным, до эмоциональных аспектов жизни с деменцией. Чаще всего сотрудник помогает человеку найти службы, например, «Пение для памяти» или «Кафе памяти», «Уход на дому», «Уход с проживанием ухаживающего лица», дневные центры и учреждения интернатного типа. Сотрудники посещают с проверкой человека и ухаживающего за ним родственника «на местах», например, в пансионатах. Сбор полной информации о человеке с деменцией и его жизни является очень важной частью процесса в рамках общинной поддержки и социальной работы. Он включает в себя сведения о том, что человек любит или не любит, что предпочитает, какова история его жизни (если человек готов поделиться этой информацией). Эта история жизни может быть очень полезна для сотрудников, осуществляющих профессиональный уход, например, для патронажных работников, которые будут понимать, как войти в контакт с человеком, как строить с ним отношения и какую помощь и деятельность можно предложить в соответствии с его предпочтениями. Благодаря хорошим системам обмена релевантной информацией можно обеспечить наилучший уход и поддержку.

Сотрудники службы для членов семей (бесплатный сервис) обучаются работе с людьми, которые ухаживают за своими родственниками с деменцией. Сотрудники оказывают помощь и поддержку, необходимую для того, чтобы члены семей и дальше могли продолжать свою важную роль (если они этого хотят). Сотрудники предлагают эмоциональную поддержку, дают практические советы и рекомендации, предоставляют информацию о доступе к различным услугам, выступают от их имени для обеспечения им любой помощи, на которую они имеют право. Часто члены семьи получают постоянную поддержку со стороны сотрудника службы в течение ряда лет. Она может включать регулярные телефонные звонки, личные встречи и встречи в группах поддержки для членов семей. Группы поддержки для родственников дают возможность поговорить и поделиться опытом с другими людьми, которые заботятся о своих супругах/ родственниках с деменцией. Участники таких групп часто описывают эти встречи как «спасательный круг», который помогает им справляться с осуществлением функций по уходу. Иногда они – частые участники встреч, иногда они надолго пропадают, но знают, что не нужно оставаться наедине с собой, и, если понадобится, они могут рассчитывать на эмпатию и грамотный совет.

Существует также сеть других услуг, предлагаемых организацией «Еврейская забота» специально для людей, живущих с деменцией, и они включают:

**Кафе памяти**, которые предлагают теплые благоприятные условия для неформального общения для людей с деменцией и членов их семей. Некоторые кафе проходят раз в месяц, некоторые раз в две недели. Форматы могут быть различные, но обычно встречи происходят в здании общин. Обычно встречи проводятся обученными волонтерами при поддержке специалиста по деменции. Предлагается хорошая компания, легкое угощение и обсуждение актуальных тем, также могут проводиться индивидуальные консультации. Иногда люди предпочитают посещать данные кафе вместо более формальных или структурированных служб, таких как дневные центры. Часто участники кафе формируют отношения с другими людьми с деменцией или членами семей, обмениваются контактными данными и поддерживают связь в промежутках между встречами. Люди отмечают это как очень важный аспект, и это помогает значительно уменьшить чувство изоляции.

Группы **«Пение для памяти»** предлагают занятия по пению, которые также создают благоприятную среду, объединяющую людей с деменцией и ухаживающими за ними людьми, и имеют форматы, схожие с «Кафе памяти». Уникальной особенностью этих групп является занятия пением, где ведущие групп разрабатывают репертуар песен и сочетают его с легкой двигательной активностью. Занятия направлены на улучшение самочувствия, а также на предоставление возможности социального участия и взаимной поддержки. Люди часто поют песни, посвященные еврейским праздникам, и народные песни. Это может вызвать желание делиться воспоминаниями детства и юности и часто усиливает чувство

принадлежности и общей культурной самобытности. В группах «Пение для памяти» и «Кафе памяти» очень важное значение придается отношениям. Встречи в рамках этих групп помогают создать ощущение безопасности и единения с другими участниками. Со временем внутри группы развиваются связи, и формируется чувство принадлежности. Люди часто отмечают чувство целеустремленности и удовлетворения, потому что они смогли поддержать других участников и поделиться с ними опытом. Группы часто дают людям возможность поделиться прошлым опытом, связанным с работой, семьей, детством, музыкой и песней. Это усиливает чувство идентичности, значимости и ощущение, что человек имеет значение как личность.

Организация «Еврейская забота» управляет тремя **дневными центрами** для людей с деменцией, которые открыты с понедельника по пятницу. Средняя посещаемость у них в день – 22 человека с деменцией. Центры предлагают людям, живущим с деменцией, помощь в принятии решений и использовании их способности выбора, а также разработку стратегий для жизни с деменцией. Все дневные центры празднуют еврейские праздники и соблюдают еврейские традиции. Это позволяет людям сохранить свое еврейское культурное наследие и почувствовать себя частью теплой общины. Люди часто посещают дневные центры в течение нескольких лет, начиная с относительно ранней стадии развития деменции до более поздних этапов. Организация «Еврейская забота» приняла решение продолжать поддерживать эти дневные центры для людей с деменцией в то время, когда местные власти и другие организации прекратили. В «Еврейской заботе» считают, что центры для людей с деменцией и членов их семей являются очень ценными. Родственники людей с деменцией часто отмечают, что благодаря этим центрам люди с деменцией могут оставаться жить в своих домах. За последние 6 лет финансирование местными органами власти дневных центров значительно уменьшилось. Ранее в некоторых районах финансирование предоставлялось без учета материального положения, и пороговый уровень нуждаемости был ниже. В «Еврейской заботе» большинство участников сами оплачивают услуги, но организация субсидирует каждое место более чем на 50 %. Оказание дальнейшей поддержки свидетельствует о намерении организации помочь людям с деменцией жить в общине достойно.

Услуга **«Уход на дому»** в организации «Еврейская забота» призвана предложить членам еврейской общины поддержку, необходимую им для самостоятельного проживания в собственном доме при помощи сотрудников, которых учат понимать культуру и традиции. Соблюдение законов кашрута очень важно для многих получателей услуг организации «Еврейская забота». Поэтому в их кухнях и столовых у них часто используется раздельная посуда для молочных и мясных блюд (они их не смешивают). Они также могут строго соблюдать правила отдыха в субботу и во время других основных праздников. Для человека с деменцией эти традиции и обычаи, основанные на вере, часто могут быть основой их идентичности, и понимание этого со стороны ухаживающего лица может быть жизненно

важным; может помочь избежать ненужного стресса и сохранить чувство принадлежности и благополучия. Со временем у патронажных работников появляется информация, ориентированная на конкретную личность, о том, что важно для человека, включая его веру и традиции. Знакомые слова и фразы (язык), связанные с культурой, также могут иметь значение и помогать человеку чувствовать себя в безопасности, например, пожелание человеку «Мазаль тов» (приветствие) на бар-мицве его внука. «Еврейская забота» развивает культуру обмена знаниями и приглашает своих сотрудников присоединиться к еврейским традициям, так как считает это жизненно важным при оказании услуг с учетом специфики еврейской общины. Большая часть часов патронажа, предоставляемых для людей с деменцией, приходится на личную гигиену и легкую работу по дому. Однако некоторые клиенты также обращаются с просьбой об индивидуальной помощи, связанной с мероприятиями по стимулированию, такими как когнитивная стимулирующая терапия, и организация обучила некоторых патронажных работников методам ее проведения.

Организация «Еврейская забота» управляет **интернатными учреждениями**, которые предоставляют услуги людям с деменцией. Эти здания были отремонтированы, перестроены и/ или построены специально для повышения качества жизни людей с деменцией с использованием современных принципов проектирования с учетом деменции. Патронажные работники и медсестры получают постоянное обучение по деменции. Работники по уходу получают квалификацию через Рамку квалификаций и кредитов (Qualification and Credit Framework (QCF)), и дополнительно проходят внутреннее обучение и наставничество, предоставляемое социальной службой для людей с особыми потребностями и деменцией (подробное описание стратегии этой службы смотрите в Стратегической цели 3) Сотрудники также проходят обучение по уходу за человеком в конце его жизни, и мы работаем над тем, чтобы люди могли достойно жить с деменцией вплоть до конца и умереть в знакомой еврейской среде. Интернаты и интернаты с медицинским обслуживанием организации «Еврейская забота» предлагают еврейскую среду, как описано выше. Они, как правило, являются центрами общения для членов семей и друзей их обитателей. Четыре интерната были построены по модели кампуса, где есть место для общинных собраний, кафе/ столовой и/ или общинных центров и дневных центров по деменции. Развиваются тесные связи с местными школами и синагогами. Раввинам и прихожанам предлагается посещать интернаты и следить за тем, чтобы люди, живущие в домах, поддерживали контакты со своей религиозной общиной. Прохождение школьной практики в интернатах очень приветствуется, а визиты мам с детьми являются очень популярным компонентом в программе мероприятий. Добровольцы – очень важная характерная особенность жизни в интернате. В еврейской общине очень сильна традиция заниматься волонтерством и вкладывать свое время и навыки в благотворительные дела. В интернатах «Еврейской заботы» волонтеров можно увидеть проводящими встречи и мероприятия, экскурсии, оказывающими дружескую

поддержку и помощь во время еды. Они являются важным связующим звеном с общиной и часто присоединяются к местным комитетам по сбору средств для поддержки интернатов. «Еврейская забота» стремится совершенствовать и развивать отношения, ориентированные на интересы конкретного человека и ищет новые подходы. Специалист по трудотерапии применяет подход к деменции, который широко используется в Соединенных Штатах, Австралии и Европе, но по-прежнему практически неизвестен в Великобритании. Это «Образ жизни по методике Монтессори», который был разработан в начале 20-го века Кармероном Дж. Кампом на основе новаторской работы Марии Монтессори по методам обучения детей. Он фокусируется на сильных сторонах человека и сенсорной стимулирующей среде. В интернатах для людей с деменцией «Образ жизни по методике Монтессори» направлен на создание общин, управляемых резидентами, и уважение, преумножение и поощрение способностей, интересов и предпочтений людей с деменцией.

**«Квартиры для независимого проживания»** организации «Еврейская забота» предлагают арендное жилье с предоставлением патронажа, который оказывается сотрудниками, находящимися в месте расположения, и предназначены для того, чтобы помочь людям жить независимо, если/когда у них развивается деменция. На момент заселения в квартиру большинство резидентов не имеют установленного диагноза. Однако у значительной части жильцов деменция будет продолжать развиваться. Службы по независимому проживанию организации «Еврейская забота», стремятся поддержать человека с деменцией в его стремлении жить самостоятельно, в своей квартире как можно дольше. Но, если потребуются, он может перейти на более высокий уровень ухода, который может быть предоставлен в этом же кампусе или в этом районе. В настоящее время в «Еврейской заботе» есть один комплекс независимого проживания (45 человек), который базируется в общинном кампусе в Голдерс Грин, Лондон, вместе с интернатом для людей с деменцией и общинным центром. Данный комплекс расположен в оживленном еврейском районе с множеством кошерных магазинов и ресторанов. Большинство жителей, живущих там, являются жертвами Холокоста или беженцами. «Еврейская забота» в настоящее время разрабатывает еще два комплекса независимого проживания в Лондоне (для размещения 32 и 45 жильцов). Спрос на такой вид жилья растет. Как и в случае с другими услугами, описанными выше, резиденты говорят о преимуществах проживания в особой культурной и религиозной среде с чувством общности и принадлежности. Они также придают большое значение местоположению, которое географически находится в районах с сильными еврейскими общинами и важными объектами.

### **Стратегическая цель 3:**

*Предоставление людям с деменцией постоянного доступа к высококачественным услугам от начала возникновения деменции до конца жизни.*

Организация «Еврейская забота» намерена и впредь улучшать услуги, которые она предоставляет евреям с деменцией и их семьями, и обеспечивать им качественную поддержку, которая отражает возникающую передовую практику и новые способы работы. Она стремится развивать своих сотрудников для приобретения основных навыков и знаний в области ухода за людьми с деменцией, создавая маршрут, который обеспечивает людям с деменцией и ухаживающим за ними людьми возможность получать услуги с учетом культурных особенностей, создавая условия и привлекая их в качестве партнеров по уходу на всех этапах состояния.

С 2012 года в организации «Еврейская забота» есть специальная служба для поддержания развития персонала во всей организации по уходу за людьми с деменцией. Эта служба – социальная служба для людей с особыми потребностями и деменцией. Ее стратегия обучения и развития направлена на развитие следующих основных компетенций:

***Подход, ориентированный на отношения***

Подготовить сотрудников и волонтеров организации, чтобы лучше взаимодействовать с людьми и строить с ними отношения как с равными. Это включает хорошую коммуникацию, эмпатию, активное слушание, способность поставить себя на место другого человека (совместная работа с человеком и поддержка его в участии в общине). Данный подход подразумевает понимание того, как поддерживать и поощрять отношения между людьми (в соответствии с пожеланиями человека с деменцией), а также как создавать для такого человека возможности вносить свой вклад в сообщества.

***Изобретательность и креативность***

Речь идет о том, чтобы в работе с персоналом и волонтерами использовать их собственную изобретательность и уверенность в ее использовании. На практике это означает уверенность в том, что они осознанно фокусируются на потребностях людей, получающих услуги организации «Еврейская забота», в том числе на их психическом здоровье и благополучии. Это означает возможность использовать творчество по отношению к людям, которые пользуются услугами, включая создание спонтанных возможностей для развлечения и наполненной смыслом жизни. «Еврейская забота» ценит личные качества и заботливое отношение своих сотрудников и волонтеров и то, как эти характеристики могут усилить ощущения людей, которые пользуются услугами.

Креативность - это не только участие в художественной деятельности, но и отход от привычного с помощью новых подходов. Совместное творческое участие может применяться на индивидуальном занятии или групповом, и специалист по творческой практике играет скорее вспомогательную роль, а не руководящую. Он принимает направление от человека с деменцией, начиная с того места, где они находятся. Деятельность фокусируется на сильных сторонах человека, а не на деменции или ограничениях. Выбор для каждого участника предоставляется на уровне, подходящем для конкретного человека. Оценивается вклад каждого. Участие

в деятельности может быть вербальным или невербальным, сенсорным или всего лишь наблюдением. Именно в процессе деятельности, в которой устанавливаются значимые связи, развивается память и проявляется креативность.

### **Формирование благоприятной культуры ухода**

Работа с персоналом и волонтерами строится таким образом, чтобы их методы работы поддерживали и укрепляли возможности получателей услуг и уменьшали их ограничения. Сотрудники и добровольцы понимают, что в центре внимания находится человек, и они оказывают ему поддержку. Речь идет о том, чтобы дать человеку возможность достичь того, чего он хочет, и полностью раскрыть его потенциал. Сотрудники и волонтеры должны стремиться выявить и понять, что же человек может делать, и работать творчески, чтобы это улучшить. В этом контексте важно уметь определять и владеть хорошими стратегиями реагирования на такие нарушения, как потеря зрения, потеря слуха и агнозия, чтобы человек мог адаптироваться и достичь того, что хотелось.

### **Ориентация на психологические, эмоциональные, культурные и духовные потребности**

Сотрудников подводят к пониманию того, что с деменцией и инвалидностью часто ассоциируются одиночество и изоляция. Их обучают отвечать на эмоциональные и психологические потребности, и понимать, что они так же важны, как и физические. Иногда это предполагает согласование индивидуальных потребностей с жилыми помещениями общего пользования и понимание и способность реагировать на межличностный и социальный характер окружающей обстановки и среды.

### **Навыки для рефлексивной практики**

Важнейшее значение имеет сопровождение персонала и волонтеров в процессе обучения и профессионального развития посредством рефлексивной практики. Уход, ориентированный на отношения и на личность - это непрерывный процесс обучения, поскольку этот подход является индивидуальным для каждого человека. Сотрудники и волонтеры получают поддержку посредством рефлексивной практики; создания и развития надлежащих методов работы для улучшения качества жизни (включая процессы, стандарты и документацию).

## Приложение 7. Обзор опыта Германии

Милькота Н.В.

### **Актуальность проблемы деменции и меры социальной политики**

Согласно оценкам исследователей, общая численность людей с деменцией в Германии в 2016 г. составила более 1,7 млн, из которых женщины составили 67 %<sup>40</sup>. При этом особенность социально-демографических тенденций – прежде всего демографическое старение приведет к тому, что по прогнозам численность людей с деменцией к 2040 г. составит около 2,8 млн человек. Все это обуславливает повышенный интерес к проблеме деменции в Германии.

В Демографической стратегии Федерального правительства, которая была принята в 2012 г.<sup>41</sup>, а впоследствии актуализирована и расширена в 2015 г.<sup>42</sup>, значительное внимание уделяется правам и вопросам качества жизни пожилых людей, а также людей с деменцией. В частности, речь идет о реформировании системы долгосрочного ухода и создании условий для независимого проживания и обеспечения достойной жизни для людей с деменцией.

При разработке Национальной демографической стратегии по инициативе Федерального правительства в качестве одной из 10 рабочих групп был создан Альянс для людей с деменцией (Alliance for People with Dementia), в который вошли представители разных федеральных министерств, земель, ассоциаций местных органов власти, организаций социального обслуживания, ученые и общественные организации. На первом заседании 19 сентября 2012 г. по случаю Всемирного дня болезни Альцгеймера, партнерами была принята совместная декларация, на основе которой разработана повестка дня с конкретными резолюциями и мерами<sup>43</sup>. Альянс фокусируется на вопросах старения с достоинством, формирования дружественного отношения общества к людям с деменцией и готовность к их инклюзии, а также необходимости высокого качества медицинского обслуживания и ухода.

---

<sup>40</sup> Assessing the socioeconomic impact of Alzheimer's disease in Western Europe and Canada [Electronic resource] / The Economist Intelligence Unit Limited. – 2017. – Режим доступа : <https://perspectives.eiu.com/sites/default/files/AssessingthesocioeconomicimpactofAlzheimer'sinwesternEuropeandCanada.pdf>. – Дата доступа : 31.01.2019.

<sup>41</sup> Every Age Counts. The Federal Government's demographic strategy [Electronic resource] // Режим доступа : [https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/EN/publikationen/2012/demografiestrategie\\_englisch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile/](https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/EN/publikationen/2012/demografiestrategie_englisch.pdf?__blob=publicationFile/). – Дата доступа : 31.01.2019.

<sup>42</sup> Jedes Alter zählt. "Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen". Weiterentwicklung der Demografiestrategie der Bundesregierung [Electronic resource] // Режим доступа : [https://www.demografie-portal.de/DE/Informieren/Dialogprozess/Weiterentwicklung\\_Demografiestrategie.pdf](https://www.demografie-portal.de/DE/Informieren/Dialogprozess/Weiterentwicklung_Demografiestrategie.pdf). – Дата доступа : 31.01.2019.

<sup>43</sup> Alliance for people with dementia. The fields of action [Electronic resource] / Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth // Режим доступа : [https://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/BF1501\\_001\\_Allianz-Nationale\\_Demenzstrategie\\_EN\\_RZ.pdf](https://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/BF1501_001_Allianz-Nationale_Demenzstrategie_EN_RZ.pdf). – Дата доступа : 31.01.2019.

В отчете о результатах работы по реализации Национальной демографической стратегии 2017 г.<sup>44</sup> отмечается, что Федеральное правительство Германии поддерживает усилия по улучшению положения женщин и мужчин с деменцией и их родственников в различных областях. Для этого наряду с Альянсом для людей с деменцией учреждены 500 соответствующих местных альянсов<sup>45</sup>. Они предлагают людям с деменцией и их родственникам наилучшую возможную поддержку и консультации на местном уровне. Их цель – улучшить качество жизни и помочь мужчинам и женщинам с деменцией жить в собственном социальном окружении как можно дольше.

В рамках повестки дня "Вместе для людей с деменцией", которая была разработана в рамках Альянса, был принят ряд мер по улучшению условий жизни людей с деменцией и их родственников. Основное внимание уделено созданию условий для самостоятельного волеизъявления людей с деменцией, учета их интересов и обеспечения их участия в социальной жизни.

В указанной повестке дня определены четыре направления действий<sup>46</sup>.

Наука и исследования. Речь идет об активизации усилий партнеров, включая академическую, неакадемическую науку и промышленный сектор, по всем направлениям исследований (в том числе в области геронтологии, психологии и социальных наук) с тем, чтобы улучшить понимание развития деменции и определить возможности для профилактики, диагностики, лечения и реабилитации. Это позволит оптимизировать поддержку, медицинские, социальные и иные услуги, предоставляемые людям с деменцией, и зафиксировать преимущества для всех заинтересованных.

Социальная ответственность. Основной целью работы по данному направлению является повышение информированности населения в отношении деменции для формирования местных сообществ, дружественных людям с деменцией (Dementia-Friendly Local Communities), т. е. создания условий для реализации прав людей с деменцией и участия в жизни общества наравне с другими гражданами. Инклюзия является заявленной целью Конвенции ООН о правах инвалидов, которая также была ратифи-

---

<sup>44</sup> Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung. Arbeitsgruppenergebnisse zum Demografieipfel am 16. März 2017 [Electronic resource] // Режим доступа : [https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/170317\\_demografiestrategie\\_ergebnisse.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/170317_demografiestrategie_ergebnisse.pdf). – Дата доступа : 31.01.2019.

<sup>45</sup> Festveranstaltung zum Abschluss der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz [Electronic resource] / Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend // Режим доступа : <https://www.lokale-allianzen.de/service/meldungen/festveranstaltung-zum-abschluss-der-lokalen-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz.html>. – Дата доступа : 31.01.2019.

<sup>46</sup> Alliance for people with dementia. The fields of action [Electronic resource] / Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth // Режим доступа : [https://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/BF1501\\_001\\_Allianz-Nationale\\_Demenzstrategie\\_EN\\_RZ.pdf](https://www.allianz-fuer-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/BF1501_001_Allianz-Nationale_Demenzstrategie_EN_RZ.pdf). – Дата доступа : 31.01.2019.

Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung. Arbeitsgruppenergebnisse zum Demografieipfel am 16. März 2017 [Electronic resource] // Режим доступа : [https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/170317\\_demografiestrategie\\_ergebnisse.pdf](https://www.dbb.de/fileadmin/pdfs/2017/170317_demografiestrategie_ergebnisse.pdf). – Дата доступа : 31.01.2019.

цирована Германией и таким образом является обязательной. Инвалиды, включая лиц с деменцией, имеют право на самоопределение, недискриминацию, равные возможности и равное участие в жизни общества. Создание и развитие необходимых рамочных условий является задачей всего общества. Она также включает в себя дестигматизацию людей с деменцией, повышение осведомленности о различных формах и проявлениях деменции и внесение изменений в то, как мы взаимодействуем с людьми с деменцией.

Поддержка людей с деменцией и их семей. Для людей с деменцией сохранение своих компетенций, самоопределения, социального статуса и чувства собственного достоинства имеет особое значение. Несмотря на когнитивные ограничения, они давно осознают необратимый характер своего заболевания. По мере прогрессирования деменции они все больше зависят от поддержки и помощи. Развиваемые формы поддержки и помощи должны быть направлены на признание и укрепление ресурсов человека с деменцией и сохранение его самоопределения. Данное направление работы является довольно широким и включает в себя вопросы организации консультаций, сопровождения и поддержки для людей с деменцией и их близкого окружения, развития жилищного и городского строительства и благоустройства с учетом потребностей данной группы, вопросы противодействия насилию, обеспечения безопасности и свободы передвижений, гражданского участия и др.

Структурирование системы поддержки и медицинской помощи (здравоохранения). Люди с деменцией и их семьи нуждаются в целостной, мультисекторальной поддержке и системе помощи и ухода, учитывающего не только различные клинические картины и фазы заболевания, но также индивидуальные потребности в поддержке, важной для жизни в местном сообществе. Таким образом, система здравоохранения должна быть ориентирована на человека и обеспечивать координацию и предложение поддержки на всех стадиях деменции, т. е. для молодых и пожилых людей, для одиноких и проживающих в семье и др. Проживающим в сельской местности также должна быть гарантирована система поддержки, включая реабилитацию и профилактику, а также доступ к медицинской помощи и уходу на дому. Особое внимание должно уделяться квалификации медицинского персонала и вопросам качества медицинской помощи с учетом потребностей людей с деменцией.

Эти области деятельности включают более 90 целевых соглашений и 155 конкретных мер. Повестка дня постоянно реализуется под эгидой и ответственностью членов Альянса. Для дальнейшей работы в 2018 г. был создан Координационный центр местных альянсов<sup>47</sup>.

Признание важности проблемы деменции в Германии подтверждается решением о разработке Национальной стратегии по деменции, принятым Министерством здравоохранения и Министерством по вопросам се-

---

<sup>47</sup> Netzwerkstelle „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz [Electronic resource] / Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend // Режим доступа : <https://www.lokale-allianzen.de/service/meldungen/netzwerkstelle-lokale-allianzen-fuer-menschen-mit-demenz.html>. – Дата доступа : 31.01.2019.

мей, пожилых, женщин и молодежи в сентябре 2018 г.<sup>48</sup> Процесс разработки стратегии начат в январе 2019 г.<sup>49</sup>

Вместе с тем на уровне отдельных федеральных земель уже в течение ряда лет приняты и реализуются стратегии и план действий по проблемам деменции. Например, в 2013 г. была принята Баварская стратегия в области деменции<sup>50</sup>. Она направлена на повышение осведомленности населения о деменции и улучшение условий жизни людей с деменцией и их близких.

Основными целями Баварской стратегии являются:

- изменение восприятия в обществе людей с деменцией;
- сохранение самоопределения и достоинства людей с деменцией любой степени тяжести;
- улучшение условий жизни и качества жизни для людей с деменцией и их близких;
- обеспечение участия в общественной жизни для членов семьи и самих людей с деменцией;
- обеспечение надлежащего, ориентированного на потребности, обслуживания и ухода.

Таким образом, в Германии как на уровне Федерального правительства, так и на уровне земель

### **Диагностика деменции**

Согласно отчету 2016 г., в Германии уход за 70–80 % людей с деменцией осуществляется на дому супругами (партнерами) (около 40 %), детьми (около 30 %), друзьями или другими родственниками (около 30 %). При этом родственники часто прибегают к дополнительной помощи амбулаторной службы по уходу или службы по уходу в течение дня. Однако для установления диагноза как условия получения разных форм поддержки необходимо пройти определенную процедуру, которая связана с подтверждением наличия деменции и нуждаемости в уходе.

Как правило, первым лицом, с которым контактирует человек деменцией, по поводу возникших симптомов в Германии является семейный врач. Если у него возникают подозрения на наличие когнитивных нарушений, то он направляет человека к врачу-специалисту (неврологу, психиатру).

Врач-специалист в свою очередь проводит нейропсихологическое исследование и направляет человека для прохождения развернутой диагностики в специализированное амбулаторное отделение: отделение ис-

---

<sup>48</sup> Bundesgesundheitsminister Spahn und Bundesfamilienministerin Dr. Giffey starten die Entwicklung einer Nationalen Demenzstrategie / Bundesministerium für Gesundheit // Режим доступа : <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/3-quartal/nationale-demenzstrategie.html>. – Дата доступа : 31.01.2019.

<sup>49</sup> Auftakt zur Nationalen Demenzstrategie [Electronic resource] / Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen // Режим доступа : <https://www.demenz-service-nrw.de/nachricht/items/auftakt-zur-nationalen-demenzstrategie.html>. – Дата доступа : 31.01.2019.

<sup>50</sup> Demenz - Lebensbedingungen Demenzkranker verbessern // <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/demenz/>.

следования памяти. При необходимости человека могут направить в специализированный стационар дневного пребывания (геронтопсихиатрия).

Только после прохождения всех процедур человек будет иметь подтвержденный диагноз «деменция».

### **Определение потребности в уходе**

Система определения нуждаемости граждан в социальных услугах (уходе) является частью обязательной системы страхования по уходу. Она была введена в 1995 году как отдельное направление социального страхования. Сегодня большинство жителей Германии (около 70 миллионов) застрахованы по общей программе, 9,5 миллионов предпочли частное страхование по вопросам ухода.

Ранее лица, нуждающиеся в уходе, – получатели услуг за счет средств страхового фонда, были разделены на три категории. Но это деление распространялось в основном на людей с физическими ограничениями, тогда как многие люди с психическими и ментальными нарушениями оказывались без поддержки. Поэтому в 2016 г. в Германии была осуществлена реформа системы ухода. Прежние три ступени ухода (Pfleigestufe I – III) преобразуются в пять степеней ухода (Pflegegrad 1 – 5), при назначении которых будет приниматься во внимание активность человека во всех основных сферах жизнедеятельности: мобильность, способность к самообслуживанию, умение самостоятельно преодолевать нагрузки, вызванные болезнью и применяемой терапией, поддерживать контакты с окружающими, когнитивные способности. В рамках этой дифференциации особое внимание решено уделить людям с психическими и ментальными нарушениями.

Низшая степень в новой классификации (Pflegegrad 1) не имеет аналога в нынешней системе и введена главным образом с профилактической целью. Этот вид поддержки предназначен для лиц с минимальной потребностью в уходе с целью предотвращения дальнейшего ухудшения состояния здоровья и связанного с этим увеличения зависимости от посторонней помощи. В рамках Pflegegrad 1 предусмотрены все необходимые консультации как для пациентов, так и ухаживающих родственников (последним может быть предоставлено право посещения специальных курсов), обеспечение необходимыми средствами ухода, возмещение затрат на оплату отдельных видов помощи (до 125 евро в месяц), а также содействие в получении и дооборудовании квартир, пригодных для проживания лиц с ограниченными возможностями.

Определение потребности в уходе осуществляется экспертами (независимыми оценщиками), которые не являются ни сотрудниками страховых касс (то есть структур, финансирующих услуги), ни государственных или негосударственных организаций, оказывающих социальные услуги. При этом к проведению оценки могут привлекаться несколько лиц для обеспечения объективности результата – особенно в ситуации, если речь идет о повторной (контрольной) оценке.

В целом технология определения потребности в уходе такова:

1. человек (его представители или даже иные лица, контактирующие с человеком по роду своей профессиональной деятельности) подают заявление в страховую кассу;

2. касса обращается в специальную службу для проведения оценки потребности;

3. эксперт (оценщик) договаривается о дате и времени проведения оценки. При этом оценщик может прийти немного раньше – например, для исключения случаев «постановочной» демонстрации имеющихся проблем;

4. по результатам проведения оценки готовится заключение, которое направляется в страховую кассу;

5. лица, обратившиеся за помощью, информируются о результатах оценки. В случае, если они не согласны с заключением, может подаваться несогласие и проводиться повторная (контрольная) оценка;

6. в случае, если подтверждена нуждаемость в уходе, человек выбирает организацию, оказывающую услуги.

Для проведения оценки используется специальная форма, которая разработана для пожилых людей или людей с ограниченными возможностями.

Несмотря на наличие установленной формы, осуществление диагностики предполагает использование смешанного механизма, сочетающего:

– фиксацию ответов на вопросы, содержащиеся в анкете. При этом ряд вопросов не имеют вариантов ответа и предполагают изложение сути ситуации в свободной форме, например, «Как оценивается собственная физическая ситуация?», «Как оценивается собственная психическая ситуация?»;

– наблюдение в ходе проведения оценки за реакцией заявителя, его способностью выполнять действия. Так оценщик замечает, кто открыл дверь, при приветствии оценивает силу рукопожатия, общий тонус человека; могут использоваться также специальные «тесты»: например, оценщик «случайно» роняет ручку и следит за реакцией заявителя; или в процессе просит принести воды и т. п. Кроме того, при нуждаемости в конкретных действиях может поминутно просчитываться необходимое время ухода;

– изучение имеющейся документации (заключений врача, результатов предыдущей оценки и т. п.).

Все это позволяет обеспечить комплексный и индивидуальный подход при определении потребности в уходе.

Для сбора всей необходимой информации в форме предусмотрены 5 блоков, которые включают в себя информацию о различных областях жизнедеятельности человека:

- личная информация и ситуация (включает данные о человеке, где и кто проводит оценку, что послужило поводом для проведения оценки, на получение какой услуги подавалась заявка и кем, какой уровень обслуживания был ранее, прилагаемая документация);

- история болезни (анамнез) (заболевания, которые были ранее, жалобы, семейные заболевания и т. д.);

- особенности жизненной ситуации и условий проживания (проживает дома и какие условия/в специальном учреждении);

- получение ухода и помощи (от других лиц) (оказывают ли помощь родственники/другие лица, организации);

- выявление нарушений и рисков (физические и психические отклонения).

После получения всей необходимой информации заполняются отдельные два блока: сводная форма результатов новой оценки для определения потребности в уходе и помощи; результаты и рекомендации.

Переаттестация (то есть повторное определение потребности в уходе), как правило, осуществляется ежегодно.

Таким образом, осуществляется очень тщательная оценка потребности с целью оказания человеку с деменцией только той поддержки и помощи, в которой он действительно нуждается. Это делается для того, чтобы предотвратить атрофию сохранных возможностей и навыков и профилактировать усугубление состояния.

### **Особенности осуществления ухода**

Каждой ступени нуждаемости в уходе (Pflegegrad) соответствует определенная сумма, которая дифференцируется в зависимости от наличия или отсутствия деменции. Указанная сумма используется для покрытия расходов амбулаторных социальных служб, осуществляющих уход на дому, либо для компенсации (как правило, частичной) расходов на стационарное обслуживание. В случае осуществления ухода родственниками они также могут получать определенные выплаты для компенсации связанных с этим расходов (Pflegegeld), которые, однако, как правило, отличаются (в меньшую сторону) от сумм, выделяемых на профессиональный амбулаторный и стационарный уход (Pfleagesachleistungen). При этом можно и комбинировать обе формы, т. е., например, 40 % получить в виде финансовых выплат на родственников и 60 % для компенсации расходов амбулаторной службы. Конкретная служба выбирается самим человеком или родственниками и получает выплаты напрямую из страховой кассы (безналичный расчет).

Для обеспечения качества ухода на дому со стороны родственников:

– даются подробные рекомендации по уходу (например, что делать за человека, а что – только вместе с ним);

– ухаживающим членом семьи ведется «дневник»;

– ежегодно организуются «консультационные визиты», цель которых состоит в том, чтобы оценить состояние человека, за которым осуществляется уход, и дать рекомендации как можно улучшить уход. В случае, если возникают сомнения в том, что осуществляемый уход не в полной мере соответствует потребностям человека с деменцией, то рекомендуются дополнительные консультации врача, обучающие курсы и др. В случае же отказа от консультационных визитов и рекомендаций, ухаживающее лицо может быть лишено соответствующих компенсационных выплат.

При этом ухаживающий член семьи может делегировать свои функции другим членам семьи. При определении суммы компенсации учитывается нуждаемость в уходе, а не занятость ухаживающих родственников. На период отпуска, больничного и т. п. ухаживающий член семьи может подать заявление на предоставление на это время услуг амбулаторной фирмы по уходу.

Однозначным приоритетом в Германии является система амбулаторного ухода (надомное обслуживание). Это связано с более высокой стоимостью стационарного обслуживания, а также стремлением максимально продлить проживание человека в привычных условиях.

С целью стимулирования развития амбулаторного ухода активно развиваются амбулаторные службы, включая систему круглосуточного ухода (сиделки). Человек самостоятельно выбирает амбулаторную социальную

службу и может ее поменять по своему усмотрению. Это создает конкуренцию среди организаций, осуществляющих уход, и способствует повышению качества услуг. Кроме того, размер компенсации затрат на стационарный уход на 1–3 ступенях нуждаемости в уходе устанавливается в меньшем размере. В итоге, если человек предпочитает стационарное обслуживание, он будет доплачивать значительную сумму. Только в случае, если доходов человека недостаточно для оплаты стационарного ухода, ему выплачивается социальная помощь.

Несмотря на приоритет амбулаторного ухода, в Германии также существует система стационарных учреждений.

За последние десятилетия система стационарных учреждений также претерпела существенные изменения: от крупных домов-интернатов перешли сначала к небольшим, а в настоящее время наиболее популярной моделью является модель «совместного проживания», т. е. проживания получателей услуг в небольших домах в отдельных комнатах при наличии общего пространства (кухня, гостиная).

В рамках «классических» домов по уходу для людей с деменцией могут выделяться отдельные этажи и создаваться специальные условия: обеспечивается круглосуточное наблюдение сиделками, применяется другой подход к питанию, строятся закругленные коридоры, чтобы люди могли длительно ходить и не теряться, устанавливаются перила, используются функциональные кровати и т.д. Активно используются цветные маркеры (например, цвет дверей всех санитарно-гигиенических помещений будет одинаков), световые указатели (например, для включения ночного освещения могут использоваться датчики движения), рисунки, символы и пиктограммы (например, на двери комнаты каждого проживающего могут прикрепляться значимые для него изображения, его фото и др.). В такие стационарные учреждения проживающим разрешено приносить свою мебель и личные вещи, чтобы можно было частично воссоздать прежний, домашний интерьер, поддерживать воспоминания и облегчить адаптацию в новом месте проживания.

При этом человек по желанию может уйти на праздники или выходные (если речь о тяжелом состоянии, то его могут забрать родственники).

### **Основные направления немедикаментозной поддержки**

Учитывая крайне высокую актуальность проблемы деменции, в Германии ведется комплексная работа в данном направлении. Данная работа включает одновременное оказание как медицинской, медикаментозной помощи, так и социального обслуживания («социальная реабилитация», «психосоциальные интервенции»). Результаты исследований, проведенных в Германии<sup>3</sup>, свидетельствуют о достаточно высокой эффективности так называемых «психосоциальных интервенций», поэтому в системе социального обслуживания пожилых граждан с деменцией особый акцент делается именно на системе социальной реабилитации по сравнению с уходом. Доказано, что социальная реабилитация способствует сохранению

---

<sup>3</sup> В Германии имеется серьезная основа для регулярного проведения подобных исследований, поскольку детальная диагностика деменции и назначение лечения, включая выдачу «социального рецепта», т. е. назначения мер социальной реабилитации (аналогично нашим социальным услугам), осуществляются в «клиниках памяти», функционирующих при университетах.

(или даже улучшению) способностей и навыков, оказывает благоприятное влияние на течение заболевания и позволяет улучшить качество жизни, несмотря на деменцию, и обеспечить более продолжительное совместное проживание в домашних условиях.

Задачами социальной реабилитации в отношении пожилых граждан с деменцией являются:

- стабилизация психоэмоционального состояния человека с деменцией и членов его семьи;
- уменьшение других неблагоприятных симптомов (например, беспокойства или апатии);
- стабилизация и поддержка оставшихся (сохраненных) навыков и способностей человека с деменцией;
- развитие компетенций родственников при сопровождении человека с деменцией;
- улучшение совместной повседневной жизни;
- активация и ориентация семьи в имеющихся ресурсах.

Соответственно для решения указанных задач используются разнообразные методы и технологии работы, среди которых:

- терапия воспоминаний (биографический метод, предполагающий поддержание исчезающих из памяти пациента воспоминаний о его прошлой жизни посредством показа и рассказа о событиях, изображенных на старых фотографиях, воспоминаниях о забытых картинах, ароматах, звуках любимых музыкальных произведений и т. п.);
- арт-терапия (привлечение к креативной творческой деятельности с целью улучшения эмоционального состояния, уменьшения депрессии, стимулирования памяти, навыков работы в группе и общения – групповому пению, рисованию, лепке, посещению музеев и т.д. с обязательным обсуждением процесса);
- формы терапии, ориентированные на движение и музыку (гимнастика, игры с мячом, игра в кегли; танцы, движение под музыку; пение; занятия музыкой; воспоминание под музыку; расслабление под музыку);
- самопомощь, общение с другими гражданами, живущими с деменцией;
- разъяснение картины заболевания для граждан на ранней стадии;
- консультации для родственников и их обучение.

Согласно исследованиям, проведенным в Германии в 2016 г., эффективность воздействия различных методов и форм работы обусловлена степенью выраженности деменции (таблица).

**Рекомендуемые и возможные психосоциальные интервенции при деменции различной степени выраженности**

легкая степень выраженности	умеренная степень выраженности	тяжелая степень выраженности
когнитивная стимуляция		–
эрготерапия		–
реминисцентная терапия (методы воспоминаний)		
физическая активность		
–	мультисенсорные методы (снузелен)	
интервенции по отношению к членам семьи (обучение, управление поведением, стратегии преодоления, возможности разгрузки членов семьи)		

Так, при деменции легкой и умеренной степени выраженности рекомендуются:

- когнитивная стимуляция (комплекс индивидуальных упражнений, подобранный с целью улучшения памяти, внимания и мышления, включая упражнения на классификацию объектов, игру слов, участие в текущих делах и др.);

- эрготерапия, особенно в домашней обстановке (занятия, направленные на восстановление двигательной активности преимущественно верхних конечностей при помощи различных тренажеров и игровых заданий с целью не только восстановления двигательных функций, но и адаптации человека к повседневной жизни с учетом имеющихся ограничений (например, тренировка повседневных навыков с помощью игры, ремесла и творчества, приспособление к окружающей среде, консультации о вспомогательных средствах в сфере мобильности и повседневной жизни).

В то время как при умеренной и тяжелой степени выраженности деменции возможно использование мультисенсорных методов (например, снузелен – нахождение в помещении, в котором создается успокаивающая, но в то же время стимулирующая обстановка, благодаря использованию световых эффектов, запахов, звуков, специальных материалов, стимулирующих тактильные ощущения; базальная стимуляция, ароматерапия).

При этом на всех стадиях рекомендуются:

- реминисцентная терапия (методы воспоминаний), осуществляемые в индивидуальной или групповой форме;

- стимуляция физической активности;

- интервенции по отношению к членам семьи (обучение, управление поведением, стратегии преодоления, возможности разгрузки членов семьи).

Кроме того, признается значимость методов активации и сохранения повседневных поведенческих моделей и навыков, основанных на тренировках и обучении, направленных на стимуляцию сохранившейся нейропластичности.

При обучении как родственников, так и персонала, важным является формирование у них понимания и практических навыков коммуникации с человеком с деменцией. Примерами здесь могут служить:

- валидация по Н.Фейл, состоящая в избегании негативных событий (сочувствующее, уважительное и позитивное базовое отношение к человеку с деменцией даже при проблемном поведении). В основе лежит гипотеза, что любое поведение имеет значение, например, является выражением чувств или результатом собственного отношения к болезни;

- личностно-ориентированный уход по Т.Китвуду, направленный на интеграцию посредством социального взаимодействия, укрепляющего целостность личности;

- правило ABC Дж. Пауэлл (А – avoid conflicts (избегать конфликтов), В – be practical (быть практичным, С – clarify feeling (проявлять истинные чувства));

- чуткая коммуникация по Дж. Энджелю.

## **Инновационные практики и проекты (на примере Федеративной Земли Северный Рейн-Вестфалия)<sup>51</sup>**

В Германии сформирован развитый рынок социальных услуг. При этом большинство НГО консолидированы в рамках нескольких крупных ассоциаций. Актуальной является задача обеспечения единых подходов к оказанию услуг, в том числе и людям с деменцией. Это решается двумя способами: во-первых, разработкой и принятием соответствующих рамочных документов, стандартов, организацией обучения персонала (в Германии для оказания услуг по уходу требуется специальное обучение персонала, которое может осуществляться на уровне среднего специального или высшего образования) и т.д., а, во-вторых, созданием специальных координационных структур, в функции которых входит не собственно оказание услуг (только в исключительных случаях), но поддержание деятельности «сети» сервисных организаций.

Примером такой структуры является Сервисный центр по деменции, созданный в муниципалитете г. Дортмунд.

Указанный центр создан на базе Специализированной службы для пожилых людей в сотрудничестве с отделением геронтопсихиатрии дортмундской клиники Краевого союза Вестфалия-Липпе (LWL). В его штате имеется 2 ставки специалистов, на которых на условиях частичной занятости трудятся 4 человека.

Деятельность специалистов Центра, как правило, сосредоточена на институциональном консультировании, то есть консультировании субъектов, работающих по проблеме деменции, и лишь в исключительных случаях непосредственным получателем услуг может стать человек с деменцией.

Целью всех мероприятий, организуемых центром, является достижение ситуации, в которой:

- человек с деменцией, который в рамках своих возможностей может вести жизнь, которой он доволен;
- человек, занимающийся опекой, который не натывается постоянно на собственные границы.

Основными задачами Сервисного центра по деменции являются, в том числе:

- информационная работа по формированию корректного понимания потребностей людей с деменцией и созданию дружественной среды;
- повышение квалификации специалистов по вопросам деменции и проведение профессиональных встреч;
- проведение мероприятий по снижению нагрузки на родственников в связи с уходом за людьми с деменцией;
- содействие трансферу знаний, то есть популяризации знаний и результатов исследований в области деменции, проводимых на уровне научных центров университетов.

---

<sup>51</sup> Содержание данного раздела подготовлено благодаря образовательной поездке, организованной для белорусской делегации Международным образовательным центром г. Дортмунд при поддержке Программы поддержки Беларуси Федеративного правительства Германии в сентябре 2018 г.

Деятельность Сервисного центра по деменции тесно связана с деятельностью Бюро для пожилых людей г. Дортмунд. Указанная служба работает как единый канал информирования для пожилых людей и их окружения по всем вопросам, касающимся реализации прав и получения поддержки, то есть представляет по сути «одно окно» для пожилых, контактный, консультационный и координационный центр, расположенный рядом с местом проживания пожилого человека. Необходимую поддержку в указанном бюро можно получить и по вопросам деменции.

В деятельности Бюро пожилых выделяются следующие 4 ключевых компонента:

- консультирование пожилых людей и профессиональное консультирование по вопросам ухода;
- кейс-менеджмент (социальное сопровождение);
- сетевая работа, то есть поддержание в актуальном состоянии информации о партнерах;
- поддержка гражданского участия.

В рамках первого и второго направления осуществляется поддержка в решении следующих вопросов:

- получение простых в организации форм поддержки пожилых людей: группы посещений, сопроводительные службы, группы по работе с деменцией;
- адаптация жилья;
- уменьшение нагрузки на родственников, занимающихся уходом;
- получение помощи при необходимости в уходе (амбулаторная, полустационарная, стационарная помощь);
- заблаговременная подготовка (заблаговременная доверенность и распоряжение по принятию медицинских решений в случае утраты дееспособности);
- подача заявки для получения услуг и ухода и информирование по вопросам финансирования;
- коммуникация, встречи, здоровье и образование с целью более активного социального участия пожилых людей.

Сетевая работа реализуется путем:

- развития и выстраивания скоординированного сотрудничества между субъектами существующего сектора услуг и обслуживания;
- общей информационной работы касательно услуг и возможностей для пожилых людей и т. д.;
- создания простых в организации форм работы с пожилыми людьми с деменцией;
- при необходимости – совместного предоставления консультационных услуг для мигрантов;
- объединения в единую сеть существующих возможностей повышения квалификации и приобретения профессиональных навыков для родственников, волонтеров и сотрудников;
- идентификации пробелов в обслуживании в районе города и совместной разработки предложений по устранению данных пробелов.

Поддержка гражданского участия осуществляется в форме:

- поддержки общественных объединений;
- организации проектов по освоению новых сфер деятельности для добровольного участия в таких областях как образование, культура, контакты и общие мероприятия, помощь в быту, особенно для людей старше 60 лет;
- содействия добровольному участию пожилых людей в группах, объединениях, проектах, учреждениях и ассоциациях;
- общей информационной работы и мероприятий по привлечению новых волонтеров;
- поддержки мероприятий, объединяющих разные поколения, путем организации подходящих форм сотрудничества (например, школы и пожилые люди).

Еще одним хорошим примером консолидации усилий является деятельность Городского центра по вопросам пожилых муниципалитета г. Арнсберг, в котором при поддержке Фонда Роберта Боша, а в последствии федеральной земли и иных источников была создана обучающая мастерская для людей с деменцией и реализован специализированный проект по деменции.

Целями проекта стали:

- улучшение качества жизни людей с деменцией;
- облегчение бремени для родственников, занимающихся опекой и уходом;
- публичное обсуждение темы деменция;
- разработка новых программ, мероприятий и локальных сетей.

В ходе реализации проекта:

- проведены мероприятия по привлечению партнеров, готовых приступить к реализации конкретных идей на местах;
- проведена информационная кампания с целью “нормализации” деменции, то есть превращению этой темы из табуированной в привычную и понятную. Информационная кампания включала мероприятия, а также распространение плакатов и создание единой информационной линии, обратившись на которую можно получить консультацию по теме деменции;
- проведены обучающие мероприятия для работников, наиболее часто сталкивающихся с людьми с деменцией, например, для водителей автобуса;
- основана сеть по вопросам деменции для регулярного обмена информацией и организации совместных мероприятий, в которую среди прочих вошли Службы стационарного и амбулаторного ухода, медицинские организации, представители служб поддержки в повседневной жизни, Совета пожилых людей, благотворительные ассоциации, партнеры проекта и др.;
- проведено консультирование на местах, внедрены элементы кейс-менеджмента (социального сопровождения), организовано долгосрочное сопровождение, предоставление индивидуальных «подходящих» программ, например «тайм-аут»;

– все местные программы и консультационные структуры по теме «Деменция и возраст» сведены воедино, например в брошюре «Поддержка в пожилом возрасте», в которой даются ответы на вопрос «Где я могу что найти?»;

– реализовано множество творческих мероприятий (рисование, цирк поколений, хор духовных песнопений для пожилых людей «Серебряные локоны», театральная мастерская, кооперация «детские сады – дома престарелых» и др.).

Таким образом, в Германии как на общенациональном уровне, так и на уровне Федеральных земель деменция определена в качестве одного из приоритетных направлений социальной политики и реализуется путем интеграции усилий всех партнеров (органов управления, науки и образования, гражданского и бизнес-сообщества и др.) для обеспечения полноценного социального и гражданского участия, достойного качества жизни людей с деменцией и их близкого окружения.

## Справочная информация

### Приложение 8. Особенности создания терапевтической среды и безопасной среды в учреждении социального обслуживания

Прощаев К.И., Ильницкий А.Н.

Создание терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания основано на принципе разделения пациентов на клиничко-реабилитационные гериатрические группы после специализированного гериатрического осмотра.

#### Клиничко-реабилитационные гериатрические группы

1. Активные пациенты с отсутствием или легкими нарушениями гериатрического статуса.
2. Пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса.
  - 2.1. Пациенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом.
  - 2.2. Пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями.
3. Пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса.
  - 3.1. Пациенты с умеренным/тяжелым когнитивным дефицитом или умеренными/тяжелыми двигательными нарушениями.
  - 3.2. Терминальная стадия старческой астении.

Первая клиничко-реабилитационная гериатрическая группа пациентов не имеет умеренных и выраженных ограничений общей двигательной активности и когнитивных нарушений.

Вторую клиничко-реабилитационную гериатрическую группу составляют пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы: пациенты с наличием умеренного когнитивного дефицита при отсутствии нарушений или с легкой степенью нарушений общей двигательной активности и пациенты с умеренными нарушениями общей двигательной активности, у которых не выявлено когнитивных нарушений.

Третья клиничко-реабилитационная гериатрическая группа – это пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса. В свою очередь, они также делятся на две подгруппы: пациенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций и пациенты со значительными нарушениями общей двигательной активности и тяжелым когнитивным дефицитом (терминальная стадия старческой астении).

#### Мероприятия терапевтической среды

##### в стационарном учреждении социального обслуживания

При создании терапевтической среды в стационарном социальном учреждении целесообразно выделить базовые, т. е. общие основные мероприятия для всех клиничко-реабилитационных гериатрических групп и специальные мероприятия для каждой группы пациентов в зависимости от гериатрического статуса.

### **Базовые мероприятия терапевтической среды**

**Цель.** Создание и поддержание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности пожилых людей путем использования всех компонентов среды (физических условий, медицинского, психологического и социального), взаимодействующих между собой и имеющих реабилитационное и терапевтическое воздействие на пациента независимо от его возраста и гериатрического статуса.

При формировании терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания базовые или общие мероприятия должны включать три составляющие: интерьерный и экстерьерный компоненты среды; социально-медицинские; психолого-педагогические мероприятия, направленные на создание благоприятных условий как для жизни, так и для реабилитации пожилого человека, исключая воздействие потенциально неблагоприятных факторов.

### ***Интерьерный и экстерьерный компоненты среды***

**Цель.** Социотерапевтическое воздействие окружающей среды на личность пожилого человека.

**Содержание.** Важное значение при формировании окружающей среды играет эстетическое оформление всех помещений (холлов, коридоров и комнат), использование современных дизайнерских решений, безопасных строительных материалов. В жилых комнатах рекомендуется создание максимального уюта, обеспечение комфортного температурного режима, оснащение удобной мебелью, адаптированной к нуждам пожилых людей и инвалидов, индивидуальное освещение, использование элементов домашней обстановки (картины, фотографии, предметы домашнего интерьера, разнообразие комнатных растений).

В учреждении необходимо предусмотреть рациональное размещение информации (часы с крупным циферблатом, календари, указывающие дату и день недели, «бегущая строка», общая информация на стендах о работе организации, сотрудниках учреждения, режим дня, расписания мероприятий, информационные указатели помещений, в том числе пиктограммы, тактильно-информационные знаки).

В коридорах, в палатах, в туалетных и ваннных комнатах следует установить поручни, перила на лестницах и лестничных площадках, оснастить учреждения знаками доступности.

В целях профилактики синдрома падений необходимо создание широких свободных проходов, обеспечение достаточной освещенности во всех помещениях, исключение скользких неровных поверхностей, фиксация ковровых покрытий к полу. В жилых комнатах следует предусмотреть наличие кнопки вызова персонала.

Для обеспечения достаточного питьевого режима осуществляется установка кулеров и пурифайеров в коридорах и холлах.

Необходимо уделить особое внимание благоустройству территории учреждения, созданию эстетически оформленной среды с использованием ландшафтных элементов в оформлении мест отдыха (установка удобных скамеек для отдыха, беседок и павильонов; оформление широких, с гладким покрытием, прогулочных дорожек; разбивка газонов и цветочных клумб,

посадка деревьев и кустарников), организацию на территории учреждения магазинов и кафе.

Следует провести мероприятия по созданию безопасной безбарьерной среды для пожилых людей (достаточная освещенность территории, удобные подъездные пути, оборудование пандусов, поручней, подъемников, оснащение информационными знаками), устранение препятствий и опасных приспособлений. Для оздоровительных занятий рекомендуется оборудование спортивных площадок, оснащение их специальными уличными тренажерами.

В целях расширения коммуникативных возможностей необходимо обеспечить:

- снабжение пожилых людей книгами, журналами, газетами, настольными играми;
- организацию местной радиосвязи, выпуск ежемесячной газеты, буклетов, памяток, брошюр;
- создание видеofilьмов о работе учреждения;
- функционирование сайта учреждения;
- возможность пользоваться современными информационными технологиями (стационарным и мобильным телефоном, компьютером, Интернетом).

### ***Социально-медицинские мероприятия***

**Цель.** Поддержание максимально возможного качества жизни и сохранение здоровья пожилых людей в стационарном учреждении социального обслуживания.

**Содержание.** Социально-медицинский компонент терапевтической среды должен включать средства и методы медико-социальной реабилитации, направленные на коррекцию ведущих гериатрических синдромов.

Обязательным условием является оценка общего состояния пациентов, показателей жизнедеятельности и динамическое наблюдение медицинским персоналом, при необходимости измерение температуры тела, контроль артериального давления. При назначении медикаментозного лечения и проведения процедур, связанных со здоровьем, осуществляется строгий контроль за выдачей и приемом лекарств.

С целью поддержания физической активности, рекомендуется использовать разнообразный арсенал реабилитационного оборудования и средств для занятий лечебной физкультурой, кинезотерапией, включающих разнообразные виды компенсирующих приспособлений и устройств.

В стационарном социальном учреждении должны учитываться потребности в обеспечении одеждой и обувью с учетом запросов и пожеланий пожилого человека, подбор вещей по сезону, размеру, росту, удобной (при необходимости ортопедической) обуви для пациентов в целях профилактики синдрома падений.

Следует обеспечить пациентам достаточный питьевой режим, разнообразное питание в столовой учреждения 3–4 раза в день, при необходимости организовать диетическое питание, а также возможность самостоятельного приготовления пищи в специально отведенных местах.

## **Психолого-педагогические мероприятия**

**Цель.** Создание благоприятного психологического микроклимата в стационарном учреждении социального обслуживания.

**Содержание.** Психолого-педагогический компонент включает мероприятия по социально-психологической адаптации пожилых людей:

– анкетирование пожилых людей, поступающих на стационарное обслуживание в дом-интернат, в целях получения общей информации о личной истории пожилого человека, его увлечениях, привычках и предпочтениях, которые затем могут быть использованы для его включения в социальную жизнь учреждения. Это позволит выявить «кризисных пациентов», нуждающихся в дополнительной психологической, социальной, бытовой поддержке;

– информирование о работе учреждения, о возможностях учреждения, о специалистах, досуговых мероприятиях, о расположении помещений.

Из методов работы рекомендуется проведение индивидуальных и групповых консультаций психологов, специалистов по социальной работе. Учитывая психологические особенности пациентов старших возрастных групп, на занятиях возможно использовать релаксационные и акустические методики (медитация, аутотренинги).

С целью повышения жизненной активности пожилых людей следует применять арт-терапевтические методики (музыкотерапия, фототерапия, ме-муаротерапия, библиотерапия, сказкотерапия, изотерапия, терапия творческим самовыражением). Эти мероприятия направлены также на оптимизацию психического состояния и поддержание интеллектуального уровня пациентов.

В целях установления межличностного общения, гармонизации взаимоотношений, улучшения общего эмоционального фона пожилых людей, повышения уверенности их в своих силах целесообразна организация выставок творческих работ проживающих, создание фото- и арт-альбомов, участие пожилых людей в оформлении стендов, в выпуске ежемесячной газеты дома-интерната.

Психоэмоциональные проблемы пожилых людей можно скорректировать с помощью общения с животными, используя для этих целей методики анималотерапии, иппотренинга, иппотерапии и др., поскольку такие занятия оказывают гармонизирующее воздействие на пожилого человека.

Для пожилых пациентов следует организовать образовательные мероприятия, включающие обучение их навыкам самоконтроля за состоянием здоровья, контролю эмоций, правильному питанию, а также занятия по профилактике развития и прогрессирования когнитивных расстройств, обучение пожилых людей компьютерной грамотности.

Для улучшения психоэмоционального состояния пожилых людей следует вовлекать их в активную досуговую деятельность, включающую развлекательно-образовательные и оздоровительные формы: концерты, праздники, выставки, конкурсы, физкультурные турниры, интеллектуальные игры, викторины, просмотр фильмов, экскурсии, организовать различные формы досуга с добровольностью в их выборе (кружки, любительские объединения, клубы по интересам).

Кроме того, необходимо обеспечить возможность контактов пожилых людей с родственниками, близкими и знакомыми людьми в условиях стационарного учреждения социального обслуживания.

## **Специальные мероприятия терапевтической среды для клинико-реабилитационных гериатрических групп**

**Цель.** Сформировать терапевтическую среду в стационарном социальном учреждении в зависимости от гериатрического статуса пациентов и распределения их на клинико-реабилитационные гериатрические группы.

Для этого проводится комплексный гериатрический осмотр пациентов старше 65 лет, который включает в себя традиционный сбор анамнеза, клинический осмотр и специализированный гериатрический осмотр.

В связи с этим специальные мероприятия терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания представлены для трех групп в зависимости от дифференцировки пациентов по степени выраженности и сочетанию нарушений общей двигательной активности и нарушений когнитивных функций.

### ***Терапевтическая среда для активных пациентов***

**Характеристика** клинико-реабилитационной гериатрической группы: пациенты не имеют выраженных ограничений общей двигательной активности и нарушений когнитивных функций или имеют легкие нарушения гериатрического статуса. Это социально-активные пожилые люди, не имеющие значительных ограничений в физической активности, имеющие высокий уровень мотивации, потребность осуществлять посильную трудовую деятельность, участвовать в общественно-полезной и культурно-досуговой деятельности.

**Цель.** Поддержание здоровья и продление активного долголетия («healthpromotion»).

**Содержание.** В дополнение к базовым мероприятиям терапевтической среды для данных пациентов рекомендуется шире использовать мероприятия, направленные на продление активного долголетия.

Для этой категории пациентов необходимо активное включение в лечебно-трудовую деятельность, в том числе работу на штатных должностях учреждения. Трудовая деятельность благотворно влияет на пожилого человека, оказывая при этом клинический, психологический и реабилитационный эффект. Трудовая терапия стимулирует физиологические процессы, повышает эмоциональный тонус, улучшает настроение, способствует установлению прочных контактов с окружающими.

Виды трудовой терапии и трудовой занятости могут быть близкими как к профессиональной деятельности, так и содержать эпизодические поручения, в зависимости от состояния здоровья пожилого человека.

Трудовая посильная деятельность может включать такие виды труда, как: дежурство на вахте, работу по уборке территории, в швейной мастерской, в библиотеке, в молельной комнате; помощь садоводу, работу в теплицах, разбивку клумб, уход за цветниками; помощь в прачечной, участие в погрузочных работах, подсобные работы; уход за слабыми больными.

Рекомендуется проводить работу по реализации обучающих и образовательных программ по самообслуживанию, само- и взаимопомощи, пропагандировать важность и необходимость сохранения активного образа жизни для поддержания жизнедеятельности с включением в спортивно-

оздоровительные мероприятия. Для этой группы пациентов целесообразно, создать школы здоровья для контроля социально значимых заболеваний, например, артериальной гипертонии и сахарного диабета.

Следует организовать обучение пожилых людей навыкам рукоделия, компьютерной грамотности, шире использовать мероприятия по социально-психологическому сопровождению, развлекательно-образовательные формы досуга и праздничные мероприятия, объединять пожилых в клубы по интересам.

Для мобилизации творческого потенциала и жизненной активности пожилых людей рекомендуются арт-терапевтические занятия в разных формах.

Таким образом, терапевтическая среда для первой клинико-реабилитационной гериатрической группы имеет профилактическое значение и включает мероприятия, направленные на мобилизацию резервов пожилого человека и продление его активного долголетия.

### ***Терапевтическая среда для пациентов с умеренными нарушениями гериатрического статуса***

**Характеристика** клинико-реабилитационной гериатрической группы: пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы:

– пациенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом при отсутствии нарушений или с легкой степенью нарушений общей двигательной активности;

– пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями, у которых не выявлено когнитивных нарушений.

Терапевтическая среда для второй группы пациентов должна иметь реабилитационное воздействие, направленное на компенсацию ограниченной жизнедеятельности в зависимости от гериатрического статуса.

### ***Терапевтическая среда для пациентов с ведущим умеренным когнитивным дефицитом***

**Характеристика** клинико-реабилитационной гериатрической группы: пациенты с геронтопсихиатрическими синдромами, такими как сосудистые деменции, невротические расстройства, депрессии.

**Цель.** Создание безопасного, комфортного и спокойного проживания, психологическая и социальная адаптация, профилактика обострений психических хронических заболеваний.

**Содержание.** Для пациентов с когнитивными нарушениями терапевтическая среда оказывает выраженное реабилитационное воздействие и рассматривается как существенно влияющая на результат лечения как в стационарных, так и внебольничных условиях.

Окружающая среда в доме-интернате для пациентов данной подгруппы должна быть более понятной и не вызывать у них беспокойства. В окружающей обстановке рекомендуется применять метод цветотерапии, включающий успокаивающее цветовое оформление жилых комнат, коридоров, холлов; проводить подбор вспомогательных аксессуаров в соответствии с когнитивным статусом, частую смену настенных украшений, фотографий, рекомендуется использование разнообразного арсенала информационных

указателей, в интерьере помещений – наличие декоративных растений, создание «живых» уголков.

Необходимо создание безопасных бытовых условий проживания, устранение потенциально опасных предметов, включающих электрические приборы, электрические и телефонные провода.

В работе с пациентами данной группы целесообразно использовать разные формы занятий по когнитивной реабилитации, тренировке памяти, освоению новых навыков пользования сотовым телефоном, компьютером, Интернетом (показ, разъяснение, тренировка, коррекция), разные виды психотерапии с использованием релаксационных и акустических методик, разнообразные формы музыкотерапии, использование медитации, проведение аутотренинговых занятий, погружение в сказку.

Для этой группы пациентов рекомендуется использовать методы когнитивной реабилитации (например, составление пазлов, запоминание пословиц, отгадывание загадок), разнообразные варианты арт-терапевтических методик, шире использовать иппотерапию, адаптационный контакт с животными, гарденотерапию, эрготерапию, лечебную физкультуру, методы биологической обратной связи.

С целью активизации пациентов данной группы необходимо вовлекать пожилых людей в посильную трудовую деятельность, физкультурные и культурно-досуговые мероприятия, побуждать их к общению.

Таким образом, терапевтическая среда для данной клинико-реабилитационной гериатрической группы пожилых людей должна быть понятной и безопасной, формировать чувства востребованности, заинтересованности и постоянной занятости, направленные на поддержание членов группы и компенсацию психических расстройств.

### ***Терапевтическая среда для пациентов с ведущими умеренными двигательными нарушениями***

**Характеристика** клинико-реабилитационной гериатрической группы: пожилые люди с умеренными нарушениями общей двигательной активности.

В этой подгруппе пациентов преобладают лица с нарушением функции передвижения. Эти пациенты имеют ограничения жизнедеятельности, но в целом активны, могут передвигаться в пределах учреждения, используя вспомогательные средства передвижения.

**Цель.** Создание безбарьерной среды, компенсация ограничений жизнедеятельности с помощью средств реабилитации и повышение активности пожилых людей.

**Содержание.** Обеспечение инфраструктуры стационарного социального учреждения и жилых помещений специальными приспособлениями в соответствии с нуждами инвалидов и пожилых людей, имеющих нарушения в передвижении, является обязательным условием оказания геронтологической помощи.

С этой целью в доме-интернате необходимо использовать разнообразные реабилитационные и компенсирующие устройства, индивидуальные технические средства реабилитации, включающие:

– оборудование жилых комнат приспособлениями для открывания фрамуг, адаптационными дверными ручками;

– протезно-ортопедическое обеспечение в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов, ортезы, протезы, опорные трости, ходунки, костыли, кресла-коляски прогулочного или комнатного типа);

– использование различных видов оборудования для поддержания независимости пациента в пределах кровати (подъемники, веревочные лестницы, ручные блоки, турнички, боковые поручни и др.);

– использование различных видов оборудования для пересаживания и вставания пациентов (скользящие доски, подъемники, приспособления для стояния и ходьбы);

– обеспечение одеждой и обувью с учетом ограничений жизнедеятельности пожилого человека, использование ортопедической обуви.

Обязательно обучение пациентов данной группы навыкам пользования техническими средствами реабилитации (показ, разъяснение, тренировка, коррекция), поддержание средств реабилитации в исправном техническом состоянии.

Таким образом, в стационарном учреждении социального обслуживания для пациентов данной клинико-реабилитационной гериатрической группы должна быть сформирована безбарьерная доступная среда.

### ***Терапевтическая среда для пациентов с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса***

**Характеристика** клинико-реабилитационной гериатрической группы:

Данную группу составили пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы:

– пациенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций;

– пациенты с терминальной стадией старческой астении.

Эти пациенты находятся в отделениях милосердия, преимущественно на постельном режиме и нуждаются в постоянном постороннем уходе.

**Цель.** Организация активизирующего гериатрического ухода для поддержания соматического и психического благополучия пожилых людей в отделениях милосердия.

**Содержание.** Для повышения качества гериатрического ухода необходимо оборудовать комнаты отделений милосердия разнообразными аксессуарами и средствами реабилитации, облегчающими уход (функциональные кровати, подъемники, поручни для удобства приподнимания в кровати и вставания с нее, прикроватные и надкроватные столики для приема пищи, приспособления для мытья пациентов, подголовники, противопролежневые матрасы и подкладные круги, судна). При уходе необходимо и важно использовать специальные гигиенические средства и абсорбирующее белье (подгузники, пеленки, простыни) у лежачих пациентов с недержанием.

Рекомендуется создать благоприятные условия окружающей среды: соответствующий самочувствию пациента температурный режим, обеспечить минимизацию шума, световых раздражителей, адекватную гидратацию, правильную организацию питания и кормление лежачих пациентов.

Осуществление гериатрического ухода должно проводиться в соответствии с индивидуальным планом и включать мероприятия активизирующего ухода: при проведении гигиенических процедур, при необходимости помощи в пользовании туалетом или судном, перемещении в кровати и в передвижении по палате, по коридору.

С целью поддержания активности в повседневной жизни и достижения максимально возможного уровня самостоятельного функционирования необходимо проведение мероприятий по физической реабилитации, активизирующей кинезотерапии, минимизация пассивного ухода, проведение когнитивной гимнастики.

На общее состояние этих пациентов влияет психическая активность. Для поддержания возможного качества жизни необходимо проводить мероприятия по организации психологической поддержки в процессе ухода, в том числе обеспечить возможность сопровождения пациентов на прогулки. В терминальной стадии старческой астении гериатрический уход направлен на поддержание витальных функций пациентов с использованием арсенала вспомогательных и реабилитационных средств.

Таким образом, терапевтическая среда для третьей клинико-реабилитационной гериатрической группы включает мероприятия по гериатрическому уходу с целью поддержания жизнедеятельности пациентов старших возрастных групп.

## *Приложение 9. Права людей с деменцией: международный контекст*

*Станиславчик Е.А.*

Всеобщая декларация прав человека, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г., определила единую, целостную систему неотъемлемых прав человека. Однако международные аналитические доклады, связанные с положением людей, живущих с деменцией, ежегодно говорят о регулярных нарушениях в реализации прав последних, включая проявления различных форм дискриминации и насилия. В связи с этим важно проблему деменции рассмотреть через призму правозащитного подхода, который предполагает, что в центре любой политики и практики должны стоять права человека.

Конвенция о правах инвалидов (далее – КПИ), вступившая в силу в 2008 году, возложила на государства-участники обязанность по обеспечению прав людей с инвалидностью через национальное законодательство и внедрение соответствующих мер. В статье 1 КПИ говорится об обязательстве каждого правительства «в поощрении, защите и обеспечении полного и равного осуществления всеми инвалидами всех прав человека и основных свобод, а также в поощрении уважения присущего им достоинства».

Однако, даже несмотря на то, что многие страны уже приняли соответствующие изменения в своем законодательстве, ежегодно во всем мире эксперты по правам людей с инвалидностью отмечают явное несоблюдение прав людей, имеющих когнитивные нарушения, включая деменцию, в виде применения прямого физического и психологического насилия, а также неоправданных мер химического и физического ограничения, как со стороны родственников, так и со стороны персонала в медицинских и социальных учреждениях. Подобные действия оправдываются необходимостью защиты человека от себя самого, но на деле ярко демонстрируют явные пробелы не только в правовой системе, но и в вопросе реализации мер реабилитации и поддержки. В этом случае следует говорить не только о недостатках в области права, но и о серьезных проблемах этического характера.

28 сентября 2017 года Совет по правам человека утвердил резолюцию о психическом здоровье и правах человека. Резолюция была предложена Постоянными представительствами Бразилии и Португалии при поддержке 59 стран-соавторов. Документ делает акцент на важность принятия правозащитного подхода в контексте психического здоровья и необходимость обеспечения доступа лиц с психическими заболеваниями и психосоциальными нарушениями к целому ряду вспомогательных услуг, которые основаны на уважении прав личности. Резолюция призывает отказаться от всех видов практики, которые не учитывают права, волю и предпочтения каждого и которые приводят к чрезмерной медикаментации, стигматизации и дискриминации в психиатрических учреждениях<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> Совет по правам человека. Резолюция. Психическое здоровье и права человека. – Режим доступа : [http://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/a\\_hrc\\_36\\_l\\_25\\_russian.pdf](http://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/a_hrc_36_l_25_russian.pdf). – Дата доступа : 20.08.2018.

Существует ряд основополагающих принципов, которые имеют фундаментальное значение для применения на практике подхода, основанного на правах человека:

- 1) Участие
- 2) Недискриминация и равенство
- 3) Расширение прав и возможностей
- 4) Подотчетность
- 5) Верховенство права

#### 1) УЧАСТИЕ

##### **Право на принятие решений**

Фундаментальным в контексте реализации прав людей с деменцией, был и остается вопрос дееспособности. Принятие решений является ключевым моментом в вопросе автономности личности, позволяющим контролировать свою жизнь. Способность принимать самостоятельные решения фактически делает человека видимым для закона, наделяя его решения юридической силой. В связи с этим лишение человека дееспособности и наделение третьей стороны полномочиями в вопросе принятия решений за него, фактически означает лишение права на самоопределение и многими экспертами определяется как «гражданская смерть».

Невозможность принятия решений в отношении вопросов, имеющих ключевое значение в повседневной жизни, значительно повышает риск оказаться жертвой злоупотреблений и фактически противоречит международным нормам в области прав человека. В статье 12 КПИ говорится, что государства-участники должны обеспечить «чтобы все меры, связанные с реализацией правоспособности, предусматривали надлежащие и эффективные гарантии предотвращения злоупотреблений в соответствии с международным правом прав человека<sup>53</sup>. Такие гарантии должны обеспечивать, чтобы меры, связанные с реализацией правоспособности, ориентировались на уважение прав, воли и предпочтений лица, были свободны от конфликта интересов и неуместного влияния, были соразмерны обстоятельствам этого лица и подстроены под них, применялись в течение как можно меньшего срока и регулярно проверялись компетентным, независимым и беспристрастным органом или судебной инстанцией. Эти гарантии должны быть соразмерны той степени, в которой такие меры затрагивают права и интересы данного лица». Таким образом, КПИ призывает страны пересмотреть действующие системы законодательства и внедрить меры, которые бы позволили человеку принимать решения через соответствующую систему поддержки так долго, насколько это возможно. Статья 12 КПИ фактически призывает к изменению отношения к людям, имеющим когнитивные нарушения, используя принцип «презумпции дееспособности», согласно которому лицо считается способным к принятию решений, если не было доказано обратное.

В этом контексте необходимо развитие системы мер поддержки для того, чтобы обеспечить человеку возможность принятия решений даже в условиях снижения когнитивных функций в результате прогрессирующего заболевания.

---

<sup>53</sup> Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 дек. 2006 года. Режим доступа : [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml). – Дата доступа : 20.08.2018.

### *Модель «Совместного принятия решений»*

Одна из моделей, основанная на уважении права человека на самоопределение и участие в вопросах, касающихся его повседневной жизни – это совместное принятие решений.

Совместное принятие решений (Shared decision-making) - это процесс, в ходе которого пациент и врач вносят совместный вклад в процесс принятия медицинских решений. Принцип действия модели предполагает, что врач должен разъяснить процедуру и рассказать о возможных альтернативах пациенту для того, чтобы последний имел достаточную информацию и все необходимые ресурсы для выбора варианта лечения, который наилучшим образом соответствует его уникальным, культурным и личным убеждениям.

Основные принципы модели совместного принятия решений:

- В процессе принятия решений участвуют не менее двух человек. Иногда могут быть и другие вовлеченные (например, группа по лечению, другие члены семьи), но пациент и врач составляют ядро команды.
- Каждый делится информацией. Передача знаний двунаправлена.
- Решения принимаются совместно путем обсуждения, компромисса и согласия.

Совместное принятие решений помогает пациентам и их близким принимать обоснованные решения, объединяя предпочтения пациентов, опыт врачей, клинические исследования и анализ их успешности, доказательную базу, систему ценностей. Специалисты в области продвижения прав пациентов рекомендуют модель совместного принятия решений, особенно в тех случаях, когда окончательное решение зависит от личных ценностей, когда отсутствуют убедительные доказательства либо когда баланс рисков и преимуществ сильно варьируется.

Во многих странах мира проводился ряд исследований, которые показали, что пациенты, принимающие более активно участие в оказании им медицинской поддержки, более довольны процессом благодаря возможности влияния на него, более склонны следовать плану лечения, что в свою очередь может привести к улучшению результатов в отношении здоровья. Помимо этого, модель способствует формированию более доверительных отношений и помогает врачам в общении с пациентом.

Однако, внедрение подобной модели в медицинскую практику требует серьезных изменений, включая систему подготовки специалистов, поскольку любая программа в рамках совместного принятия решений предполагает наличие хорошо подготовленной медицинской команды, обладающей определенными знаниями и навыками и ориентированной прежде всего на уважение прав и достоинства пациента.

Недостаток данной модели в том, что она предполагает осознанное принятие решения. Т. е. в случае осложнений и ухудшений, приводящих к полной утрате критического мышления, возможность согласованных решений с участием самого человека с деменцией снижается.

### *Модель «Поддерживаемого принятия решений»*

Во многих странах до сих пор единственной альтернативной мерой в целях защиты интересов людей, имеющих тяжелые когнитивные наруше-

ния, остается институт опекунства. Однако Комитет по правам инвалидов (КПИ) ООН признает, что практика опекунства представляет собой дискриминацию по признаку инвалидности, которая предполагает высокий риск нарушения прав человека, в отношении которого оно назначается.

КПИ обращает внимание на необходимость перехода от альтернативной модели к так называемой модели поддерживаемого принятия решений, предусматривающей максимальное вовлечение человека на каждом этапе в процессе изменений, которые с ним происходят в силу влияния заболевания. Подобный подход предполагает, что лица, оказывающие поддержку в момент кризиса и ухудшения состояния больного, хорошо понимая его предпочтения и пожелания, смогут принять решение, основанное исключительно на его интересах.

Поддерживаемое принятие решений (ППР) описывается Управлением Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по правам человека как процесс, при котором человек с инвалидностью имеет возможность принимать и сообщать решения в отношении личных или юридических вопросов.

Подходы к определению:

- ППР является процессом, который позволяет людям с ограниченными умственными способностями руководить своей жизнью, проявлять автономию и самоопределение, осуществлять правоспособность.
- ППР – это альтернативный правовой режим для «замещающего принятия решений» и система, предназначенная для замены опекунства.
- ППР является способом, посредством которого замещающее принятие решений, формальное или неформальное, может быть основано на воле и предпочтениях человека.

КПИ оказала большое влияние на продвижение модели поддерживаемого принятия решений. Статья 5 КПИ гласит «Государства-участники запрещают любую дискриминацию по признаку инвалидности и гарантируют инвалидам равную и эффективную правовую защиту от дискриминации на любой почве. Для поощрения равенства и устранения дискриминации государства-участники предпринимают все надлежащие шаги к обеспечению разумного приспособления». «Разумное приспособление» означает внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным или неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации или осуществления инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод<sup>54</sup>.

Фактически, в контексте КПИ, модель поддерживаемого принятия решений является средством разумного приспособления для людей с интеллектуальными нарушениями.

Основополагающие принципы ППР:

- каждый человек имеет право на самоопределение и принятие решений;

---

<sup>54</sup> Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 дек. 2006 года. Режим доступа : [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml). – Дата доступа : 20.08.2018.

- каждый человек имеет волю и способен делать выбор;
- краеугольным камнем ППР является наличие доверительных отношений между человеком, оказывающим поддержку, и лицом, получающим поддержку;
- закон не должен дискриминировать на основе восприятия способностей или компетенции лица.

Важным моментом в реализации модели ППР является раннее выявление деменции, что позволит в полной мере вовлечь человека в процесс принятия решений в отношении будущего и тех мер, которые будут направлены на его защиту в период, когда болезнь начнет брать верх над сознанием, и человек перестанет отдавать отчет в своих действиях. Имея достаточно информации и возможность принятия решений о своем будущем, человек сможет дать заблаговременные распоряжения в отношении финансовых или медицинских вопросов.

Заблаговременное планирование — это процедура документального оформления предпочтений, связанных с юридическими вопросами, образом жизни и/или медицинскими решениями, пока человек обладает дееспособностью, для того, чтобы его пожелания были выполнены от его имени на тот случай, если он ее потеряет.

#### **Право на участие в разработке и осуществлении политики**

Люди с деменцией должны иметь возможность участия в разработке и реализации политики, направленной на решение проблем, связанных с деменцией и развитие системы поддержки людей, живущих с диагнозом.

К сожалению, на сегодняшний день ситуация такова, что люди с инвалидностью (особенно с тяжелыми когнитивными нарушениями) фактически не имеют права голоса либо к их мнению никто не прислушивается. Отсутствие участия их в политических процессах фактически приводит к тому, что политика, которая напрямую затрагивает их права и интересы, разрабатывается без учета реальных потребностей целевой группы, преследуя формальные цели, которые по факту либо не меняют ситуацию в отношении прав, либо усугубляют ситуацию с «невидимостью» людей с инвалидностью.

#### **Право на доступ к услугам и информации**

Люди, живущие с деменцией, должны иметь равный доступ к общественным услугам и объектам, включая доступ к надлежащему питанию, одежде, образованию, здравоохранению, социальным услугам транспорту и т. д. Доступность также означает, что людям, живущим с деменцией, а также осуществляющим уход, должна быть предоставлена доступная информация и поддержка, которая необходима для реализации их права на участие.

### **2) НЕДИСКРИМИНАЦИЯ И РАВЕНСТВО**

Правозащитный подход означает, что любая форма дискриминации не допустима. Особенно это касается тех групп, которые сталкиваются с рядом сложностей в процесс реализации своих прав.

Люди, имеющие ментальные расстройства ежедневно испытывают на себе проявления различных видов дискриминации как со стороны общества, так и со стороны близких. Это может проявляться как в прямой фор-

ме, например, когда человеку отказывают в работе по причине инвалидности либо наличия заболевания, так и в форме косвенной дискриминации, когда работодатель предъявляет требования, напрямую не связанные с вакансией, но которые могут исключить ряд кандидатур, имеющих скрытую инвалидность. Или, например, когда консультационные центры предлагают услуги только при личном визите, что в свою очередь, несомненно, будет большой проблемой для категории людей, которые по той или иной причине испытывают сложности в том, чтобы выйти из дома (тревожные состояния, различные фобии и т. д.).

В отношении людей с тяжелыми когнитивными нарушениями часто фигурируют случаи с открытым проявлением в их отношении агрессии, сексуального, физического и психологического насилия.

Очень большую роль в вопросе дискриминации в области психического здоровья играет стигма, в результате которой нередко в условиях социальной изоляции оказываются не только сами люди с ментальными нарушениями, но и их близкие.

В этой связи важным моментом является повышение уровня информированности общества. Информационные кампании должны включать в себя не только просвещение в области защиты прав человека и тематический обзор, но и активные обсуждения спорных ситуаций, связанных с этическими проблемами, которые часто возникают в теме деменции. Во многих странах популярным и эффективно действующим элементом является участие в подобных кампаниях знаменитостей и политиков, которые имеют определенное влияние на мнение сообщества. Так, например, в Великобритании широко известна кампания по теме психического здоровья «Heads together», инициированная членами королевской семьи<sup>55</sup>.

При разработке и реализации информационных кампаний стоит помнить не только о необходимости просвещения общества в целом. Отдельное внимание следует уделить информированию самих людей, живущих с деменцией, и их близких/опекунов по вопросам реализации прав. Важно, чтобы в каждом сообществе, общине на местном уровне действовали группы поддержки и самопомощи, программы по самоадвокации и психобразованию.

### **Право на самостоятельный образ жизни**

Деменция все чаще становится одной из причин, по которой человек меняет привычную домашнюю обстановку на дом для престарелых или интернат. Нередко такое решение за него принимает семья. Основополагающий подход большинства домов интернатного типа заключается в том, что человек лишается необходимости и нередко права в принятии даже простых решений в отношении окружающей обстановки, распорядка дня и ежедневных мероприятий. Многократные исследования показывают, что в условиях обычной среды интернатного учреждения у человека достаточно быстро происходит утрата способности выполнять ежедневные задачи, активно снижаются когнитивные и физические функции.

Статья 19 Конвенции о правах инвалидов гласит «Государства–участники Конвенции признают равное право всех инвалидов жить в обычных ме-

---

<sup>55</sup> Благотворительная организация, координируемая Королевским фондом герцога и герцогини Кембриджской и герцога и герцогини Сассекской. – Режим доступа : <https://www.headstogether.org.uk/>. – Дата доступа : 28.09.2018.

стах проживания, при равных с другими людьми вариантах выбора, и принимают эффективные и надлежащие меры для того, чтобы содействовать полной реализации инвалидами этого права и их полному включению и вовлечению в местное сообщество, в том числе обеспечивая, чтобы:

«1) инвалиды имели возможность выбирать наравне с другими людьми свое место жительства и то, где и с кем проживать, и не были обязаны проживать в каких-то определенных жилищных условиях;

2) инвалиды имели доступ к разного рода оказываемым на дому, по месту жительства и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни в местном сообществе и включения в него, а также для недопущения изоляции или сегрегации от местного сообщества;

3) услуги и объекты коллективного пользования, предназначенные для населения в целом, были в равной степени доступны для инвалидов и отвечали их нуждам.»

Следует отметить, что КПИ призвана гарантировать право жить в обществе для каждого человека независимо от формы инвалидности, степени нарушений и помощи, в которой они нуждаются. Реализация данного пункта Конвенции требует развития надлежащей системы медицинской и социально-психологической поддержки по месту жительства, для того, чтобы создать возможность для людей с деменцией проживать в привычных условиях настолько долго, насколько это возможно.

На сегодняшний день мы все больше наблюдаем попытки внедрения в систему ухода и поддержки людей с ментальными нарушениями личностно-ориентированного подхода, существуют также хорошие примеры проектирования пространства и жилья для людей с деменцией (деревня Хогевей – как пример проектирования пространства, ориентированного на уважение прав и достоинства личности; различные формы поддерживаемого проживания и др.)

Примеры поддерживаемого проживания в Великобритании:

- отделения для длительного пребывания: обычно в крупных больницах Национальной службы здравоохранения;
- общежития с высоким и средним уровнем укомплектования штата сотрудников (отделения с круглосуточным обслуживанием): обеспечиваются по-разному — непосредственно через Национальную систему здравоохранения, с помощью частного и общественного секторов, департаментов социальных служб местных органов власти;
- общежития с низким уровнем укомплектования штата сотрудников: преимущественно частный и общественный секторы (некоторые создаются департаментами социальных служб местных органов власти);
- дома с обслуживающим персоналом: частный и общественный секторы, некоторые департаменты социальных служб местных органов власти;
- групповые дома: общественный сектор и некоторые департаменты социальных служб местных органов власти;
- жилье для двух человек или группы людей с высоким уровнем зависимости ( в основном благотворительные организации и жилищные ассоциации).

### 3) РАСШИРЕНИЕ ПРАВ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Люди с деменцией должны иметь возможность осуществлять свои права при любых обстоятельствах, это в свою очередь требует, чтобы они обладали правоспособностью наряду с другими членами общества. Несмотря на закрепление данного положения в международных документах, гарантирующих уважение прав и свобод каждого, во многих странах по-прежнему существует законодательство, которое допускает принудительное лечение, и препятствует доступу людей с когнитивными нарушениями к принятию решений в отношении медицинских процедур и социальной поддержки. ООН говорит о необходимости замены подобных положений законодательством, которое способно обеспечить свободное согласие на лечение, наличие поддержки в принятии решений, в случае тяжелых когнитивных нарушений, а также внедрение форм и процедур по реализации предварительных указаний.

Для того, чтобы сохранить автономию человека и поддерживать право людей с деменцией жить самостоятельно, важно создать благоприятную среду, включающую первичную медико-санитарную помощь, реабилитацию, социально-психологическую поддержку и условия для развития личностного потенциала. Это несомненно требует серьезного подхода в вопросе подготовки специалистов различного профиля, разделяющих идеи и ценности лично-ориентированного и правового подхода и обладающих достаточным уровнем знаний в вопросах оказания поддержки людям, живущим с деменцией, независимо от степени нарушений. Это важно, поскольку доступ к медицинскому и социальному обслуживанию часто ограничен определенными факторами, например, территориальными условиями (сельская местность), транспортными возможностями, финансовыми условиями и т. д. Нередко люди, живущие с деменцией, даже вынуждены отказаться от своей дееспособности, чтобы получить доступ к определенным благам и поддержке.

Отдельной проблемой является вопрос защиты женщин с деменцией, которые в силу наличия гендерного неравенства, часто не могут поддерживать себя по причине более низкого уровня образования и финансовых возможностей, а также имеют больше шансов подвергнуться сексуальному и физическому насилию.

Расширение прав и возможностей в большинстве своем требует сильного лидерства и силы характера для того, чтобы донести свое мнение и влиять на изменения. Говорить о своих правах не только важно, это также необходимо для благополучия и улучшения качества жизни людей с диагнозом деменция. К сожалению, правозащитные организации и инициативы, лоббирующие интересы данной группы, не всегда активно включают в процесс самих людей с деменцией. На большинстве конференций, симпозиумов, встреч на республиканском и международном уровне участвуют ораторы, но не сами люди, живущие с диагнозом. Правило равноправного участия предполагает наличие в дискуссионной группе как минимум 50 % участников из числа людей, чьи интересы и приоритеты обсуждаются.

Некоммерческая организация «Dementia Alliance International», которая предполагает членство исключительно для людей с медицинским диагнозом любого типа деменции, делает глобальный призыв к изменению в данном вопросе.

#### 4) ПОДОТЧЕТНОСТЬ

Люди, живущие с деменцией, должны иметь возможность осуществлять свои неотъемлемые права человека во всех аспектах повседневной жизни. При этом государственные органы, организации и отдельные лица, которые предоставляют услуги, осуществляют уход за людьми, живущими с деменцией, должны нести ответственность за соблюдение прав их подопечных, а также должны принимать адекватные меры для их обеспечения.

В случае ненадлежащего исполнения обязанностей, либо предоставления некачественных услуг, как со стороны организаций, так и со стороны отдельных индивидов, люди с деменцией должны иметь доступ к правосудию, а также возможность инициировать разбирательство в суде самостоятельно (что невозможно, например, в случае если человек лишен дееспособности) или через своих представителей. В этом контексте очень важно, чтобы законодательство было достаточно прозрачным и ясным для понимания, для того, чтобы люди знали о своих правах и порядке их реализации.

Принцип «подотчетности» требует разработки и внедрения эффективной системы мониторинга за соблюдением прав человека, а также эффективных методов защиты в случае их нарушения.

#### 5) ВЕРХОВЕНСТВО ПРАВА

Верховенство права — залог защиты прав человека, это механизм, содействующий развитию системы, в которой все процедуры осуществляются в соответствии с правилами, гарантирующими защиту всех неотъемлемых прав человека.

Согласно определению Генерального секретаря ООН «Речь идет о таком принципе управления, в соответствии с которым все лица, учреждения и структуры, государственные и частные, в том числе само государство, функционируют под действием законов, которые были публично приняты, в равной степени исполняются и независимо реализуются судебными органами и которые совместимы с международными нормами и стандартами в области прав человека. Для этого также необходимы меры, обеспечивающие соблюдение принципов примата права, равенства перед законом, ответственности перед законом, беспристрастного применения законов, разделения властей, участия в принятии решений, правовой определенности, недопущения произвола и процессуальной и правовой транспарентности»<sup>56</sup>.

В этом контексте поставщики услуг и все подотчетные органы должны быть уверены в том, что их практика и процедуры основаны на правах человека.

---

<sup>56</sup> Доклад Генерального секретаря ООН «Господство права и правосудие переходного периода в конфликтных и постконфликтных обществах». – Режим доступа : <https://undocs.org/ru/S/2004/616>. – Дата доступа : 02.09.2018.

## *Приложение 10. Права людей с деменцией: обзор национального законодательства*

*Павлоградский В.Н.*

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, которой руководствуются белорусские медики, деменция как заболевание входит в категорию органических психических расстройств.

Согласно этой классификации, деменция (слабоумие) – это синдром, обусловленный поражением головного мозга (обычно хронического или прогрессирующего характера), при котором нарушаются многие высшие корковые функции, включая память, мышление, ориентацию, понимание, счет, способность к обучению, речь и суждения. Сознание не затемнено. Снижение познавательной функции обычно сопровождается, а иногда предваряется ухудшением контроля над эмоциями, социальным поведением или мотивацией. Этот синдром отмечается при болезни Альцгеймера, при цереброваскулярных болезнях и при других состояниях, первично или вторично поражающих головной мозг. Различные виды деменции обозначаются кодовыми обозначениями в диапазоне F00-F03.

Права людей, страдающих деменцией, в законодательстве Республики Беларусь специальным образом не регламентируются. Предполагается, что люди с деменцией имеют общие права и обязанности людей с психическими заболеваниями.

Права людей с проблемами психического здоровья можно разделить на две части: общие и специальные. Общими правами обладают все люди с проблемами психического здоровья, в том числе те, кто не является пациентами, обратившимися или уже получающими психиатрическую помощь. Специальными правами наделены пациенты — лица, страдающие психическим расстройством (заболеванием), лица, совершающие действия, дающие основания предполагать наличие у них психического расстройства (заболевания), лица, обратившиеся за оказанием психиатрической помощи, лица, получающие психиатрическую помощь<sup>57</sup>.

### **ОБЩИЕ ПРАВА:**

#### **1. Право на охрану здоровья.**

Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания. (ст. 45 Конституции Республики Беларусь). Право граждан Республики Беларусь на охрану здоровья обеспечивается также развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда.

---

<sup>57</sup> Закон Республики Беларусь от 07.01.2012 №349-З «Об оказании психиатрической помощи».

Это право конкретизируется и дробится на более узкие права в Законе РБ «Об оказании психиатрической помощи» (ст. 14 Закона). В эту группу входят:

**1.1. Право на бесплатную психиатрическую помощь в скорой и (или) плановой форме**

**Право на получение психиатрической помощи в организации здравоохранения** в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, а также вне организации здравоохранения.

**1.2. Право на получение доступного образования** в соответствии с состоянием здоровья и познавательными возможностями на всех уровнях основного образования и при получении дополнительного образования.

**1.3. Право на содействие в трудоустройстве.**

**1.4. Право на решение вопросов опеки и попечительства.**

**1.5. Право на социальное обслуживание.**

Для обеспечения вышеуказанных прав государство принимает меры по созданию:

– организаций здравоохранения для оказания психиатрической помощи в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях отделения дневного пребывания, а также условий для оказания психиатрической помощи вне организаций здравоохранения;

– условий для получения лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями), образования в соответствии с состоянием их здоровья и познавательными возможностями;

– условий для труда лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

– лечебно-производственных организаций для трудовой терапии, обучения новым специальностям (профессиям) и трудоустройства в этих организациях лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);

– стационарных учреждений социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

Государство принимает иные меры для обеспечения гарантий лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), в соответствии с актами законодательства.

**2. Презумпция отсутствия психического расстройства (заболевания).**

Лицо считается не имеющим психического расстройства (заболевания), пока наличие психического расстройства (заболевания) не будет установлено по основаниям и в порядке, установленным Законом «Об оказании психиатрической помощи». (ст. 6 Закона).

**3. Право на государственную защиту прав и законных интересов (ст. 13 Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»).**

Государство создает правовые, экономические и социальные условия для:

– защиты прав и законных интересов пациентов при оказании им психиатрической помощи;

– защиты прав и законных интересов врачей-специалистов, других медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь;

– защиты граждан от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

Государственная политика в области оказания психиатрической помощи направлена на:

– создание условий для сохранения, укрепления и восстановления здоровья граждан;

– формирование позитивного общественного мнения в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), улучшение морально-психологического положения таких лиц в семье, коллективе, обществе;

– приоритетность мер профилактической направленности.

**4. Право на защиту своих прав и законных интересов. Оно включает в себя:**

**4.1. Право обжалования действий (бездействия) должностных лиц организаций здравоохранения.**

Пациент при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов в порядке, установленном законодательством. Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего пациента, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители.

**4.2. право на привлечение лиц, виновных в нарушении законодательства об оказании психиатрической помощи, к ответственности в соответствии с законодательными актами (ст. 8 Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»).**

## **СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРАВА:**

Они становятся актуальными, когда человек становится пациентом.

### **1. Право на гуманное отношение**

Пациенты имеют право на уважительное и гуманное отношение. Они наделены правами, защищающими их от любых форм эксплуатации. Также они защищены от различных злоупотреблений физического характера, которые унижают человеческое достоинство. Право на психиатрическую помощь не допускает дискриминации пациента, основанной на психическом заболевании.

Следует уточнить, что, в данном случае подразумевается под «дискриминацией». Имеется в виду, что не должно происходить любого отличия, предпочтения, или исключения, вследствие которого затрудняется или вовсе становится невозможным пользование правами. В то же время применение специальных мер, направленных на улучшение или защиту прав психически больных людей, не является дискриминацией.

### **2. Право на получение информации**

Пациенты имеют право как на получение информации о своих правах, так и о состоянии своего здоровья, применяемых методах оказания психиатрической помощи, включая альтернативные, предполагаемой продолжительности их применения, возможных рисках, связанных с оказанием психиатрической помощи, о побочных эффектах и ожидаемых результатах. Также речь идет об информации о квалификации врача-специалиста

та, других медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь (ст. 21 Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»).

Информирование должно быть сделано в такой форме, которая проста и понятна для пациента. Информация должна включать не только разъяснение данных прав, но и порядок их практического осуществления. Нередко происходит так, что на определенном этапе пациенту не понятна информация, даже предоставленная в самом простом виде. В таких случаях о правах больного должны быть поставлены в известность его личные представители, или те лица, которые готовы представлять интересы этого пациента. Если пациент обладает требуемой дееспособностью, он самостоятельно назначает лицо, которое будет представлять его интересы.

Пациенту, находящемуся в психиатрическом стационаре, или его законному представителю должны быть разъяснены основания и цели его помещения в психиатрический стационар, а также права и обязанности. Пациент должен быть ознакомлен с правилами внутреннего распорядка. Сведения о проведенном разъяснении, а также о факте ознакомления с правилами внутреннего распорядка оформляются записью в медицинских документах и подписываются пациентом или его законным представителем.

### **3. Право на ограничение распространения информации о состоянии психического здоровья (Ст. 20 Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»)**

Информация о факте обращения пациента за оказанием психиатрической помощи и состоянии его психического здоровья, сведения о наличии психического расстройства (заболевания), диагнозе, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании пациенту психиатрической помощи, составляют врачебную тайну. Предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении». Пациент или его законный представитель вправе определить лицо (лиц), которому (которым) следует сообщать информацию о состоянии психического здоровья пациента, либо запретить ее сообщение определенным лицам.

Рекомендации по уходу за лицом, страдающим психическим расстройством (заболеванием), с учетом особенностей его психического расстройства (заболевания) должны быть сообщены врачом-специалистом лицам, осуществляющим уход за ним.

### **4. Право на пользование услугами организаций здравоохранения**

Пациент имеет право на оказание психиатрической помощи в организациях здравоохранения по месту жительства (месту пребывания).

### **5. Право на качественную, эффективную и адекватную психиатрическую помощь (ст. 16 Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»)**

Это комплексное право включает в себя:

5.1. право дачи предварительного согласия на получение психиатрической помощи (ст. 17 Закона);

5.2. право на получение психиатрической помощи, необходимой по медицинским показаниям;

5.3. право на нахождение в психиатрическом стационаре в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи;

5.4. право на дачу предварительного согласия на участие в научных исследованиях, объектом которых является их психическое расстройство (заболевание), в образовательном процессе, в ходе которого изучается их психическое расстройство (заболевание), фото-, видео- и киносъемке и отказ от участия в них на любой стадии оказания психиатрической помощи;

5.5. право на приглашение любого врача-специалиста (с его согласия) для участия в заседании врачебно-консультационной комиссии по вопросам оказания психиатрической помощи;

5.6. право на оказание психиатрической помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания, имеющих в порядке, установленном законодательством, право на оказание психиатрической помощи. Помещение лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), в стационарное учреждение социального обслуживания осуществляется в порядке, установленном Советом Министров Республики Беларусь (ст. 25 Закона).

## **6. Право на диагностику**

Установление наличия либо отсутствия диагноза психического расстройства (заболевания) является исключительным правом врача-специалиста или врачебно-консультационной комиссии. Диагноз психического расстройства (заболевания) устанавливается с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, и не может основываться только на несогласии пациента с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими и религиозными ценностями либо на иных обстоятельствах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья (ст. 15 Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»).

## **7. Право на отказ от психиатрической помощи**

Пациент или его законный представитель имеют право отказаться от оказания психиатрической помощи, за исключением случаев, установленных Законом. В случае отказа от оказания психиатрической помощи пациенту или его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Отказ от оказания психиатрической помощи и сведения о возможных последствиях отказа оформляются записью в медицинских документах и подписываются пациентом или его законным представителем и врачом-специалистом (ст. 18 Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»).

## **8. Право на реализацию иных прав в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства.**

**СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПРАВА ПРИ НАХОЖДЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ** (ст. 40 Закона РБ «Об оказании психиатрической помощи»):

### **Право на надлежащие условия**

Пациент имеет право находиться в условиях, соответствующих санитарным нормам и правилам, гигиеническим нормативам, в наименее огра-

ничительной для пациента форме, обеспечивающей его безопасность и безопасность иных лиц, при соблюдении медицинскими работниками прав и свобод пациента.

#### **Право на непосредственное общение с администрацией стационара**

Пациент имеет право обращаться непосредственно к заведующему отделением или руководителю психиатрического стационара по вопросам оказания психиатрической помощи, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, установленных настоящим Законом и иными актами законодательства.

#### **Право на письменные и устные обращения**

##### **Право на получение информации**

Пациент имеет право выписывать и получать журналы и газеты.

##### **Право на обеспечение религиозной деятельности**

Пациент имеет право иметь при себе религиозную литературу, предметы религиозного культа.

##### **Право на хранение документов**

Пациент имеет право хранить при себе документы и записи, касающиеся вопросов осуществления его прав.

*Права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или руководителем психиатрического стационара в случае, если их осуществление представляет непосредственную опасность для этих пациентов и (или) иных лиц:*

- **Право на переписку**, в том числе отправлять и получать телеграммы, письма, денежные переводы, посылки и бандероли, получать передачи.
- **Право на пользование телефоном.**
- **Право на прием посетителей.**
- **Право иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.**
- **Право на выписку из психиатрического стационара**

Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случае завершения психиатрического освидетельствования пациента, выздоровления или значительного стойкого улучшения состояния его психического здоровья, при которых не требуется дальнейшее оказание психиатрической помощи в стационарных условиях. Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению или заявлению его законного представителя по согласованию с лечащим врачом.

#### **Специфические аспекты, связанные с деменцией**

Что касается диагностики деменции, то, согласно *Приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2010 N 1387 (ред. от 26.05.2016) «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами» (вместе с «Инструкцией о порядке и способах применения мер физического стеснения и (или) изоляции при оказании психиатрической помощи в стационар-*

ных условиях»), деменция расценивается как синдром, обусловленный хроническим или прогрессирующим поражением головного мозга, при котором нарушаются когнитивные (познавательные) способности и страдает ряд высших корковых функций – память, мышление, речь, способность к счету, ориентировке в окружающем пространстве и другие. Для постановки диагноза деменции необходимо обнаружить расстройства памяти и других когнитивных функций до степени, нарушающей способность человека справляться с требованиями повседневной жизни. Указанные расстройства должны при этом присутствовать на протяжении не менее 6 месяцев.

Исходя из этих положений, наличие диагноза «деменция» может служить основанием для признания гражданина в установленном порядке недееспособным в случае, если судом будет признано, что человек с деменцией «не может понимать значение своих действий или управлять ими»<sup>58</sup>.

Деменция входит в перечень заболеваний, при наличии которых признается невозможным совместное проживание с лицами, страдающими ими, в одной комнате или однокомнатной квартире<sup>59</sup>. В этом случае люди с деменцией и люди, проживающие с ними, признаются лицами, нуждающимися в улучшении жилищных условий.

Деменция вследствие органического поражения центральной нервной системы у детей-инвалидов является медицинским показанием для оказания социальных услуг в домах-интернатах для детей-инвалидов с особенностями психофизического развития, и противопоказанием обслуживания в домах-интернатах для детей-инвалидов, имеющих физические нарушения.

При этом только деменция легкой степени выраженности не является медицинским противопоказанием для оказания социальных услуг в территориальных центрах социального обслуживания населения в форме стационарного социального обслуживания, а также полустационарного социального обслуживания в отделениях дневного пребывания для граждан пожилого возраста<sup>60</sup>.

По индивидуальному решению врачебно-консультационной комиссии с участием врача-психиатра-нарколога деменция при других уточненных болезнях (эпилептическая, посттравматическая, постгипоксическая и другая)

---

<sup>58</sup> Гражданский кодекс Республики Беларусь, ст. 29. С августа 2020 г. вступает в силу новая редакция Гражданского кодекса, закрепляющая возможность ограничения в дееспособности людей с психическими заболеваниями с закреплением за ними попечителя и сохранением возможности осуществления ряда действий (ст. 30).

<sup>59</sup> Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 22.12.2012 N 202 «Об установлении перечня заболеваний, при наличии которых признается невозможным совместное проживание с лицами, страдающими ими, в одной комнате или однокомнатной квартире, и перечня заболеваний, дающих лицам, страдающим ими, право на получение дополнительной площади жилого помещения государственного жилищного фонда, и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и отдельного структурного элемента», п. 3.4 Приложения № 1, п. 4.4. Приложения № 2.

<sup>60</sup> Постановление Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь, Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.01.2013 N 3/4 «Об установлении перечня медицинских показаний и медицинских противопоказаний для оказания социальных услуг в учреждениях социального обслуживания и признании утратившими силу постановлений Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2003 г. N 140/48 и от 17 января 2007 г. N 4/8».

может являться медицинским показанием для получения общего среднего, профессионально-технического, специального образования и дополнительного образования взрослых на дому<sup>61</sup>.

При этом деменция является противопоказанием к получению определенных специальностей<sup>62</sup>. Также при наличии деменции нельзя поступить в учреждения, обеспечивающие получение высшего образования<sup>63</sup>.

Деменция входит в перечень медицинских противопоказаний к обучению иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывающих на обучение в Республику Беларусь<sup>64</sup>.

Также выраженное слабоумие (деменция) различного генеза (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, другие варианты органической деменции) входит в перечень заболеваний, препятствующих дальнейшему отбыванию наказания<sup>65</sup>.

Согласно Перечню заболеваний и противопоказаний, препятствующих управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами, а также условий, при соблюдении которых лица допускаются по медицинским показаниям к управлению, утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 16.02.2016 № 30, деменция является заболеванием, безусловно препятствующим управлением механическими транспортными средствами категорий «В» (с правом найма на работу), «ВЕ» (с правом найма на работу), колесными тракторами и самоходными машинами всех категорий («А», «В», «С», «D», «Е», «F»).

В случае категорий «АМ», «А», «В» (без права найма на работу), «ВЕ» (без права найма на работу), «В» с ручным управлением вопрос о допуске к управлению решается индивидуально на основании заключения врачебно-консультационной комиссии организации здравоохранения, оказывающей психиатрическую помощь, а в случаях, предусмотренных законодательством, — государственной психиатрической (психоневрологической) организации здравоохранения при наличии стойкой, длительной (не менее 5 лет) ремиссии и после прекращения диспансерного наблюдения.

Старческая деменция (невозможность обучения самостоятельному использованию слухового аппарата) является медицинским противопоказанием для слухопротезирования пациентов с нарушениями слуха<sup>66</sup>.

---

<sup>61</sup> Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.05.2011 № 44 «Об установлении перечня медицинских показаний для получения общего среднего, профессионально-технического, специального образования и дополнительного образования взрослых на дому и признании утратившим силу постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2009 г. N 141».

<sup>62</sup> Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.04.2007 № 35 «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний к получению профессий и специальностей».

<sup>63</sup> Письмо Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.05.2004 № 51-0504 «Медицинские противопоказания к приему абитуриентов в учреждения, обеспечивающие получение высшего образования».

<sup>64</sup> Приложение к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.04.2015 № 61.

<sup>65</sup> Приложение к постановлению Министерства внутренних дел Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.02.2011 № 54/15.

<sup>66</sup> Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.07.2011 № 752 «О порядке отбора, направления, учета и обеспечения слуховыми аппаратами пациентов с нарушениями слуха, нуждающихся в слухопротезировании».

Также деменция является заболеванием, препятствующим направлению лица, страдающего хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, для принудительной изоляции и медико-социальной реадaptации с обязательным привлечением к труду в лечебно-трудовой профилакторий<sup>67</sup>.

Выраженные и резко выраженные нарушения контроля поведения при психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) при деменции также являются медицинскими противопоказаниями для обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации<sup>68</sup>.

Периодически на горячие линии поступают жалобы на действия бригад скорой психиатрической помощи, которые отказываются приезжать на вызовы, касающиеся людей, страдающих от деменции. В этом случае письменную жалобу необходимо направлять в адрес местного районного управления здравоохранения, а также в местную прокуратуру. Механизм оказания скорой психиатрической помощи, в условиях, когда на всех этапах ее оказания до принудительной госпитализации решения принимаются диспетчерами и медицинскими работниками произвольно, без внешнего контроля, нельзя признать полностью гарантирующим соблюдение прав человека и пациента, в том числе защищаемых ратифицированной Законом Республики Беларусь от 18.10.2016 г. Конвенцией о правах инвалидов. В этой связи можно упомянуть такие ее статьи, как статья 12 «Равенство перед законом», статья 14 «Свобода и личная неприкосновенность», статья 15 «Свобода от пыток и жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания» (более подробно этот вопрос освещается в статье «Скорая психиатрическая помощь до момента принудительной госпитализации» на сайте [www.stopstigma.by](http://www.stopstigma.by)).

Также следует отметить отсутствие полноценной системы защиты прав людей с деменцией, их родственников и близких, а также помощи им за пределами стандартных медицинских протоколов оказания психиатрической помощи.

---

<sup>67</sup> Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.07.2002 № 53.

<sup>68</sup> Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.06.2016 № 77.

*Приложение 11. Рекомендации по организации социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в домах-интернатах для престарелых и инвалидов и отделениях круглосуточного пребывания территориальных центров социального обслуживания населения<sup>69</sup>*

Милькота Н.В., Тимошенко И.В.

**1. Оказание социальных услуг пожилым гражданам с деменцией в условиях психоневрологического дома-интерната (ПНИ) для престарелых и инвалидов**

*1.1. Цель и задачи социального обслуживания пожилых граждан с деменцией в условиях ПНИ*

Основное назначение социального обслуживания пожилых граждан с деменцией как отдельной категории граждан в условиях ПНИ состоит в обеспечении более привычных и комфортных условий проживания для граждан пожилого и старческого возраста с деменцией различной степени выраженности, не имеющих иных психических расстройств (заболеваний), негативно влияющих на способность контролировать свое поведение, а также сохранение и поддержание по мере возможности самостоятельности указанных граждан в повседневной жизнедеятельности и независимости от помощи персонала дома-интерната.

В этой связи оказание комплексной поддержки гражданам с деменцией в условиях ПНИ предусматривает решение следующих задач:

- улучшение качества жизни пожилых граждан в ПНИ путем максимального приближения условий проживания к домашней обстановке;
- поддержание максимально доступного уровня физической, психической и социальной стабильности граждан с деменцией;
- осуществление комплекса мероприятий, направленных на сохранение и поддержание у пожилых граждан с деменцией навыков самообслуживания в быту, социальных компетенций, необходимых в повседневной жизнедеятельности;
- обеспечение условий для безопасной жизнедеятельности пожилых и престарелых граждан с деменцией;
- подготовку пожилых граждан с деменцией и членов их семей к выписке из ПНИ и проживанию в домашних условиях;
- внедрение инновационных технологий, форм и методов в области социального обслуживания пожилых граждан с деменцией в условиях ПНИ;

---

<sup>69</sup> Настоящие рекомендации разработаны НИИ труда Минтруда и соцзащиты по заказу и при участии Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь (письмо Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 15.06.2018 № 3-1-12/1804П).

– осуществление взаимодействия с учреждениями социального обслуживания различного профиля по вопросам профилактики деменции и оказания социальных услуг гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией;

– содействие более полному обеспечению законных прав граждан на получение квалифицированной психиатрической помощи.

## *1.2. Организация работы по социальному обслуживанию пожилых граждан с деменцией в условиях ПНИ*

1.2.1. Для обеспечения социального обслуживания пожилых граждан с деменцией как отдельной категории граждан в условиях ПНИ может создаваться специализированное геронтопсихиатрическое отделение для граждан с деменцией.

1.2.2. Деятельность вышеуказанного геронтопсихиатрического отделения предполагает оказание социальных услуг в интересах следующих целевых групп:

– граждане с деменцией различной степени выраженности<sup>70</sup>, не имеющие иных психических расстройств (заболеваний), негативно влияющих на способность контролировать свое поведение, постоянно проживающие в ПНИ, признанные в установленном порядке недееспособными (не признанные в установленном порядке недееспособными – для временного проживания);

– граждане с деменцией различной степени выраженности, не имеющие иных психических расстройств (заболеваний), негативно влияющих на способность контролировать свое поведение, оформленные на краткосрочное проживание в ПНИ без лишения дееспособности.

Кроме того, рекомендуется проведение соответствующей работы в отношении членов семьи граждан с деменцией перед направлением указанных граждан на надомное проживание и обслуживание после временного (краткосрочного) или постоянного проживания в ПНИ.

1.2.3. Создание геронтопсихиатрического отделения для граждан, страдающих деменцией, в условиях ПНИ предусматривает осуществление комплекса организационно-управленческих мероприятий, направленных на обеспечение условий для его функционирования, включая:

1) разработку и утверждение положения о геронтопсихиатрическом отделении ПНИ для больных деменцией, внесение в этой связи необходимых дополнений в Устав и штатное расписание учреждения, должностные инструкции работников и др.;

2) обеспечение безопасной среды жизнедеятельности, включая оснащение элементами безбарьерной среды;

3) формирование условий проживания, максимально приближенных к домашней обстановке, персонификацию окружающего пространства путем использования личных вещей, предметов интерьера и т. д.;

---

<sup>70</sup> Преимущественно речь идет о гражданах с деменцией умеренной и тяжелой степени выраженности, поскольку граждане с деменцией легкой степени выраженности без сопутствующих психических расстройств (заболеваний) могут проживать в доме-интернате для престарелых и инвалидов общего типа (не психоневрологическом).

4) формирование терапевтической среды, поддерживающей ориентацию в реальности и когнитивные способности у граждан с деменцией;

5) подготовку персонала ПНИ к оказанию социальных услуг с учетом специфики отделения;

6) выявление граждан с деменцией для поселения в геронтопсихиатрическое отделение с учетом медицинских показаний и личных особенностей;

7) разработку индивидуальных планов реабилитации для граждан, направляемых в геронтопсихиатрическое отделение.

1.2.4. В Положении о геронтопсихиатрическом отделении определяются его цель и задачи, наполняемость, целевые группы проживающих, порядок направления в отделение, направления (содержание) деятельности отделения с учетом специфики контингента обслуживаемых, формы и методы работы, используемые при оказании социальных услуг пожилым и престарелым гражданам с деменцией и др.

1.2.5. Курировать деятельность геронтопсихиатрического отделения должен врач-психиатр.

Социальные услуги в геронтопсихиатрическом отделении оказываются, как правило, основным персоналом ПНИ в рамках функциональных обязанностей (медицинские работники, психолог, инструктор-методист физической реабилитации (инструктор-методист по адаптивной физической культуре), инструктор по трудовой терапии, специалист по социальной работе, библиотекарь, культурный организатор, руководитель кружка и др.).

В отделении должно обеспечиваться круглосуточное наблюдение путем закрепления за отделением соответствующих ставок санитарок, младших медицинских сестер по уходу за больными, в обязанности которых включается оказание помощи в выполнении повседневных действий, организации быта проживающих, наблюдение и своевременное информирование о форс-мажорных ситуациях.

1.2.6. Выявление граждан, направляемых для проживания в геронтопсихиатрическое отделение, должно осуществляться комиссией с учетом результатов обследования пожилых граждан, проживающих (поступающих) в ПНИ, с участием, как минимум, врача-психиатра-нарколога, врача-терапевта (врача-гериатра при его наличии) и психолога. В случае необходимости для проведения комплексного обследования и разработки индивидуального плана реабилитации в ПНИ может создаваться специальная комиссия, в состав которой помимо вышеуказанных специалистов могут включаться инструктор-методист физической реабилитации (инструктор-методист по адаптивной физической культуре), инструктор по трудовой терапии, специалист по социальной работе и др.

При принятии решения о возможности проживания пожилых граждан в геронтопсихиатрическом отделении комиссия:

– изучает медицинскую документацию, включая информацию о наличии деменции, степени ее выраженности, продолжительности болезни и т. п., а также результаты диагностики деменции (при их наличии);

– проводит дополнительные обследования для выявления степени выраженности деменции в соответствии с клиническими протоколами Министерства здравоохранения Республики Беларусь и иных особенностей личности с использованием общепризнанных методик;

– оценивает общее психическое самочувствие, настроенность пожилого человека на сохранение самостоятельности, имеющиеся способности к самообслуживанию, контролю поведения, общению, возможность проживать в коллективе и т. п.;

– определяет возможность проживания человека вне стационара и членов семьи к осуществлению ухода за человеком с деменцией.

На основании полученной информации принимается заключение о ресурсных возможностях конкретного пожилого человека и составляется индивидуальный план реабилитационных мероприятий, направленный на стабилизацию состояния пожилого человека с деменцией, социальную адаптацию, максимально возможное поддержание когнитивных процессов, навыков самообслуживания и ориентации в повседневной жизнедеятельности<sup>71</sup>.

1.2.7. Индивидуальный план реабилитационных мероприятий должен составляться с учетом результатов вышеуказанного обследования, как правило, врачом-терапевтом (врачом-гериатром, при его наличии) и врачом-психиатром с участием психолога и включаться в личное дело проживающего.

В индивидуальном плане реабилитации указываются: рекомендуемые виды занятий, конкретных мероприятий, график их проведения с указанием времени, продолжительности, дня недели, форма (индивидуальная, групповая), место проведения, ответственные за выполнение, отметка о выполнении и иная необходимая информация. Проживающий, а также персонал, участвующий в реализации индивидуального плана реабилитации, должен быть ознакомлен с его содержанием.

Выдержки из плана могут размещаться непосредственно по месту постоянного нахождения проживающего для улучшения его ориентации и удобства персонала (например, в форме ежедневного расписания на стене возле спального места).

1.2.8. В целях повышения эффективности оказания социальных услуг и медицинской помощи в геронтопсихиатрическом отделении ПНИ должна быть обустроена безопасная и терапевтическая среда. Для этого рекомендуется:

– изолированное размещение отделения с обеспечением контроля входа (выхода) за территорию ПНИ;

– обустройство элементами безопасности (установка хорошего освещения, в том числе в ночное время, защитных ограждений на лестницах, балконах и т.п., яркая маркировка прозрачных дверей и др. элементов, коврики, предотвращающие скольжение в санитарно-гигиенической комнате, отсутствие порогов, ковриков и иных посторонних предметов в помещении и др.);

– размещение в комнатах малой вместимости (2–3 человека);

– обустройство санитарно-гигиенических комнат, путей движения на улицу элементами безбарьерной среды (поручни, перила, подъемники

---

<sup>71</sup> В соответствии с Инструкцией о порядке осуществления диспансерного наблюдения, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2017 г. № 95, периодичность медицинских осмотров для граждан, страдающих деменцией, а также проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, также установлена 1 раз в год. Таким образом, при проведении соответствующих осмотров целесообразно особое внимание уделять диагностике когнитивных нарушений и определению рекомендуемых реабилитационных и иных мероприятий.

(лифты) в случае размещения отделения не на первом этаже, специальные приспособления для принятия ванны, вспомогательные приспособления возле кровати и т.д.);

- создание комфортного температурного режима (21–23 °С), соблюдение режима проветривания, достаточного уровня естественного освещения);

- разрешение использования в повседневной деятельности личных вещей, особенно имеющих значение для поддержания памяти (предметы интерьера, гардероба и др.);

- размещение на дверях/стенах комнат информации в неофициальной форме с использованием фотографий и графических элементов об имени проживающих, их предпочтениях, распорядке дня и т. п., размещение возле места постоянного проживания человека фотографий родственников с именами и др. биографической информации, не вызывающей негативных реакций;

- использование графических указателей и цветовых маркеров для обозначения названий функциональных помещений, направлений движения к санитарно-гигиеническим помещениям, комнате приема пищи, проведения досуга и др., размещение картинок, элементов интерьера, отражающих время суток, пору года с целью улучшения ориентации в пространстве и времени (например, размещение на видном месте часов с крупным циферблатом и картинками, обозначающими день/ночь);

- использование пространства отделения (стены, холлы и т. д.) для размещения материалов для тренировки памяти, физической активности;

- создание комнат («уголков») памяти, в которых размещаются предметы интерьера, мебель, символы прошлых эпох (предпочтительно – периода молодости и наиболее активного возраста проживающих);

- выделение помещений (отдельных комнат или, например, части холла) для проведения занятий по развитию памяти, совместного проведения досуга, поддержания физической активности, релаксации.

В рамках создания терапевтической среды важное место должно быть уделено также формированию и соблюдению оптимального режима дня пожилых граждан, проживающих в отделении. Наличие режима дня позволяет человеку с деменцией лучше ориентироваться во времени и пространстве, осознавать свою роль в дневном цикле, понимать последовательность и смысл бытовых действий.

1.2.9. Для обеспечения качества профессиональной деятельности персонала, осуществляющего социальное обслуживание пожилых граждан с деменцией в условиях отделения, в ПНИ должно быть обеспечено повышение квалификации и осуществление переподготовки персонала в области геронтопсихиатрической помощи.

Обучение может быть организовано в форме:

- прохождения курсов повышения квалификации или переподготовки для специалистов данного направления (врачи-специалисты, иные медицинские работники, психологи) на базе ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;

- прохождения курсов повышения квалификации или переподготовки для специалистов по социальной работе, инструкторов по трудотерапии, культурорганизаторов и т.д. на базе ГУО «Республиканский институт повы-

шения квалификации и переподготовки работников Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь»;

- проведения обучающих тематических курсов (семинаров) внутри ПНИ с привлечением к проведению занятий квалифицированных специалистов (врач-психиатр-нарколог, врач-гериатр, клинический психолог), имеющих необходимые знания и навыки работы в области деменции, а также специалистов территориальных психиатрических организаций и практикующих кафедр высших учебных заведений;

- обмена опытом работы с другими профильными учреждениями, занимающимися социальным обслуживанием и реабилитацией пожилых граждан с деменцией;

- изучения зарубежного опыта и практики по обслуживанию пожилых граждан с деменцией.

Содержание обучающих тематических семинаров, проводимых непосредственно в ПНИ по данной проблематике, может включать следующие блоки информации:

- общие сведения о деменции, ее внешних признаках и проявлениях, потребностях пожилых граждан с деменцией – все категории персонала;

- методы выявления когнитивных нарушений (тест рисования часов, MMSE и др.) – психологи, заведующий специализированным отделением;

- содержание и методика разработки индивидуального плана реабилитации – психологи, заведующий специализированным отделением;

- технологии и методики работы с пожилыми людьми, страдающими деменцией (методика реминисцентной терапии, арт-терапии, когнитивной стимуляции, мультисенсорной терапии и др.) – психолог, специалист по социальной работе, культурный организатор, библиотекарь, руководитель кружка;

- технологии и методики стимулирования физической активности пожилых граждан с деменцией (проведение занятий по эрготерапии, оздоровительной гимнастике, лечебной физкультуре и т. п.) – инструктор-методист по адаптивной физической культуре, инструктор по трудовой терапии и т. п.;

- технологии и методики коммуникации и взаимодействия с пожилыми людьми с деменцией – все категории персонала, более развернуто – младший медицинский персонал, обеспечивающий наблюдение в специализированном отделении, психолог, специалист по социальной работе, культурный организатор, библиотекарь, руководитель кружка, инструктор-методист по адаптивной физической культуре, инструктор по трудовой терапии.

1.2.10. Для проведения занятий с людьми с деменцией необходим определенный инвентарь, который может быть как приобретен в готовом виде, так и изготовлен самостоятельно.

Для проведения реабилитационных мероприятий рекомендуется иметь:

- наборы для развития мелкой моторики (лепки, скрепления деталей, пуговицы и т.п.);

- наборы для проведения стимуляции различных точек и зон (мешочки с песком, шарики резиновые, массажеры и др.);

- наборы игровых заданий для развития и восстановления памяти и мышления (тематические карточки, разноцветные элементы, кубики, пазлы, лото, домино и др.);

- наборы информационных материалов, предметов для проведения тематических бесед, посвященных воспоминаниям, событиям прошлых лет

(газетные вырезки, журналы, фотоматериалы, элементы гардероба, символы, предметы интерьера и др.);

– аудио- и видеоматериал с передачами, песнями, фильмами прошлых лет для просмотра и последующего обсуждения.

### *1.3. Направления и содержание деятельности геронтопсихиатрического отделения*

Социальное обслуживание в геронтопсихиатрическом отделении осуществляется в соответствии с Перечнем бесплатных и общедоступных социальных услуг государственных учреждений социального обслуживания с нормами и нормативами обеспеченности граждан этими услугами, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь «О некоторых вопросах оказания социальных услуг» от 27.12.2012 № 1218.

Необходимым условием адаптации и социализации пожилых людей с деменцией в условиях ПНИ является прежде всего организация оптимального режима дня, а также организация дневной занятости пожилых людей с учетом их интересов и возможностей (состояния здоровья и иных индивидуальных особенностей). Деменция часто протекает с нарушением у человека режима сна и бодрствования, проявления вялости и апатичности, потери жизненных интересов. В этой связи жизнедеятельность пожилых людей в отделении должна быть наполнена разнообразными по содержанию и форме делами и мероприятиями, активизирующими их ресурсы и мотивирующими к сохранению активно-деятельной жизненной позиции. Деятельность, предлагаемая пожилым людям, должна быть интересной, понятной, носить социально значимый характер. В системе деятельности пожилой человек с деменцией должен чувствовать свою значимость для социума, в котором он живет, и свою ответственность перед этим социумом, что будет способствовать минимизации личностной деградации человека с деменцией.

В этой связи основными направлениями социального обслуживания пожилых граждан с деменцией в отделении являются:

– предоставление социально-бытовых услуг (в части создания специальных условий проживания, терапевтической среды, дополнительного сопровождения (во время прогулок и др.), а также оказание необходимой помощи при самообслуживании и осуществлении ухода за собой, соблюдении личной гигиены, ориентировании в пространстве и т. д. (особенно при деменции тяжелой степени выраженности);

– оказание консультационно-информационных услуг (в части предоставления информации, не требующей участия психолога, для самих граждан о деменции, способах ее профилактики и реабилитационных мероприятиях, позволяющих минимизировать негативные проявления, а также консультаций для членов семей граждан с деменцией по вопросам осуществления ухода, поддержания навыков самообслуживания, оборудования безопасной и терапевтической домашней среды и др.);

– оказание социально-педагогических услуг (в части оказания помощи в освоении режима дня, проведения различных обучающих занятий для граждан с деменцией по восстановлению навыков самостоятельности, ориентирования в пространстве, времени, безопасной жизнедеятельности, оказания помощи в проведении досуга, организации продуктивной занято-

сти и т. д., а также для членов семьи по обучению навыкам ухода, обслуживания, осуществления коммуникации);

- оказание социально-психологических услуг (в части выявления степени выраженности когнитивных нарушений, разработки индивидуального плана реабилитации, создания благоприятной обстановки в коллективе пожилых людей, оказания помощи в преодолении апатии, депрессии, страхов, коррекции поведения, эмоционально-волевой сферы, проведения психокоррекционных занятий по проблемам общения, взаимодействия и т. п.);

- оказание социально-реабилитационных услуг (в части проведения занятий по восстановлению двигательных навыков, мелкой моторики, поддержанию физической активности посредством адаптивной физкультуры, различных видов стимуляции (вербальная, тактильная, мультисенсорная и др.);

- предоставление краткосрочного проживания («временная передышка» для членов семьи).

По решению руководства ПНИ могут предоставляться иные социальные услуги, в том числе с использованием специальных технологий и методов работы с учетом особых потребностей граждан с деменцией.

Объем и продолжительность предоставления услуг должны определяться прежде всего на основании психосоциального самочувствия пожилого человека, его готовности к участию в таком взаимодействии.

Эффективность социального обслуживания и оказываемых социальных услуг пожилым гражданам с деменцией в значительной степени обусловлена степенью выраженности деменции и адекватностью используемых технологий, форм и методов работы.

При деменции легкой и умеренной степени выраженности рекомендуется оказание социально-педагогических и социально-психологических услуг просветительского и профилактического характера, включая проведение занятий с использованием:

- когнитивной стимуляции;

- эрготерапии;

- трудотерапии и занятий по активации и сохранению повседневных поведенческих моделей и навыков;

- занятий по ориентации в реальности;

- поведенческой терапии;

- занятий в рамках «школы активного долголетия» (в форме тематических лекций, просмотра видеороликов, проведения практических занятий по контролю своего состояния, осуществлению физической активности и др.).

При умеренной и тяжелой степени выраженности деменции возможно использование мультисенсорных методов терапии (например, снузелен, базальная стимуляция, ароматерапия и т.п.).

При этом при деменции различной степени выраженности рекомендуются:

- реминисцентная терапия (терапия воспоминаний, биографический метод);

- занятия по развитию мелкой моторики (занятия с пуговицами, пазлами, мозаикой, кисточковая терапия и др.)

- стимуляция физической активности;

- различные виды арт-терапии (вышивание или вязание, лепка из пластилина или теста, рисование, танцы, пение и др.);

– обучение членов семьи граждан с деменцией навыкам ухода и коммуникации с указанными гражданами.

Описание содержания, специфики и основных принципов использования различных форм и методов работы с пожилыми гражданами с деменцией представлено в приложении 3.

#### *1.4. Документация*

Учитывая все вышеизложенное, организация специализированной работы с гражданами с деменцией и членами их семей предполагает наличие и ведение следующей документации:

- положение о геронтопсихиатрическом отделении;
- должностные инструкции персонала отделения (особое внимание – обязанности персонала, обеспечивающего постоянное наблюдение за проживающими в специализированном отделении);
- личное дело (персональная карта и т. п.) получателя услуг, включающее результаты первичной и повторной (контрольной) диагностики когнитивных нарушений и деменции и индивидуальный план реабилитации;
- план повышения квалификации персонала ПНИ по проблемам геронтопсихиатрии, геронтопсихологии, социальной геронтологии и т. п.;
- информационно-методические материалы по различным аспектам деменции, ее выявлению и профилактике, оказанию помощи людям с деменцией в условиях стационарных учреждений социального обслуживания и домашних условиях, предназначенные для персонала ПНИ, а также членов семей граждан с деменцией.

## **2. Оказание социальных услуг пожилым гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната для престарелых и инвалидов общего типа**

### *2.1. Цель и задачи социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната общего типа*

Назначение социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией как отдельной категории в условиях дома-интерната общего типа заключается в своевременном проведении профилактических мероприятий, способствующих замедлению прогрессирования когнитивных нарушений и продлению периода самостоятельности и дееспособности пожилого человека, продлению периода его проживания в доме-интернате общего типа без необходимости перевода в ПНИ, а также обеспечению более комфортных условий проживания для остальных проживающих дома-интерната, не имеющих когнитивных нарушений и деменции.

В этой связи оказание комплексной поддержки гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната общего типа предусматривает решение следующих задач:

- проведение информационно-пропагандистской работы и реализация профилактических мер по поддержанию активного долголетия, физической, психической и социальной активности;

- создание необходимых условий для организации профилактической работы и ухода;
- проведение регулярных диагностических обследований с целью своевременного выявления у проживающих в доме-интернате пожилых и престарелых граждан риска когнитивных нарушений, деменции или их наличия (степени выраженности);
- оказание комплекса социальных услуг и проведение отдельных мероприятий, направленных на поддержание (восстановление) у пожилых людей, имеющих когнитивные нарушения либо легкую степень выраженности деменции, навыков самообслуживания, пространственной ориентации, когнитивных функций, навыков общения и иных социальных компетенций, необходимых в повседневной жизнедеятельности;
- формирование в доме-интернате безбарьерной и терапевтической среды, «дружественного окружения» для граждан;
- обеспечение межведомственного взаимодействия с организациями здравоохранения, в том числе психиатрического профиля, высшими учебными заведениями, занимающимися подготовкой кадров по данному направлению, в целях проведения качественной диагностики, а также осуществления соответствующей профилактической и реабилитационной работы в отношении людей с деменцией;
- обучение членов семей граждан с когнитивными нарушениями и деменцией навыкам взаимодействия с указанными гражданами, профилактики и ухода (в случае оказания услуг в форме «дневного стационара» или перед направлением на надомное обслуживание);
- разработка и практическая реализация инновационных технологий, форм и методов в области профилактики, социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната общего типа;
- осуществление взаимодействия с учреждениями социального обслуживания различного профиля по вопросам профилактики деменции и оказания социальных услуг гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией.

## *2.2. Организация работы по социальному обслуживанию пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната общего типа*

2.2.1. В целях осуществления комплексной и многопрофильной работы по профилактике и социальному обслуживанию пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната общего типа может создаваться специализированное отделение профилактики когнитивных нарушений и деменции (далее – отделение профилактики деменции).

2.2.2. Отделение профилактики деменции может функционировать в одной или нескольких из следующих форм:

- отделение в форме «дневного стационара», в рамках которого целенаправленная профилактическая и реабилитационная работа в отношении граждан, имеющих высокий риск и первые признаки когнитивных нарушений или деменцию легкой (умеренной) степени выраженности без выраженных поведенческих нарушений, осуществляется в течение опреде-

ленного времени (например, в период после завтрака и до ужина в течение пяти-шести дней в неделю);

– отделение постоянного проживания для граждан с деменцией, предназначенное для социального обслуживания пожилых и престарелых граждан, имеющих более выраженную негативную симптоматику, доставляющую дискомфорт другим проживающим дома-интерната.

Вместе с тем необходимо иметь в виду, что создание такого отделения в структуре дома-интерната имеет ряд сложностей, связанных, прежде всего, с риском сегрегации, изоляции и стигматизации граждан с деменцией, проживающих в нем, что также может негативно сказываться на динамике когнитивных нарушений. Иными словами, совместное проживание граждан с нетяжелыми когнитивными нарушениями и пожилых граждан, не имеющих подобных нарушений, может способствовать поддержанию активности первых, их вовлечению в общение, повседневную деятельность и, кроме того, обеспечению взаимопомощи и моральной поддержки. Это будет способствовать замедлению темпов прогрессирования когнитивных нарушений и снижению нагрузки на персонал дома-интерната.

Создание отделения для постоянного проживания граждан с деменцией оправдано в случае, если это позволит, с одной стороны, создать более комфортные условия для остальных проживающих, а с другой – более оптимально осуществлять наблюдение за гражданами с деменцией, их социальное сопровождение и будет способствовать повышению безопасности и терапевтического эффекта.

2.2.3. Целевыми группами, получающими социальные услуги в отделении профилактики деменции, из числа проживающих в доме-интернате являются:

– граждане с легкими и умеренными когнитивными нарушениями, не достигающими до степени деменции;

– граждане с деменцией легкой степени выраженности деменции (в исключительных случаях – умеренной степени выраженности при отсутствии резко выраженных ограничений способности контролировать свое поведение);

– все проживающие в доме-интернате граждане, особенно входящие в группу риска (после перенесенных инсультов, с гипертонической болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом и др.).

2.2.4. Создание отделения профилактики деменции требует проведения комплекса организационно-управленческих мероприятий, направленных на обеспечение условий для его функционирования, включая:

1) разработку и утверждение положения об отделении профилактики деменции и внесение в этой связи необходимых дополнений в Устав и штатное расписание учреждения, должностные инструкции работников и др.;

2) обустройство безопасной среды жизнедеятельности, включая оснащение элементами безбарьерной среды;

3) формирование условий проживания, максимально приближенных к домашней обстановке, персонификацию окружающего пространства путем использования личных вещей, предметов интерьера и т. д.;

4) формирование терапевтической среды, поддерживающей ориентацию в реальности и когнитивные способности у граждан с деменцией, по месту их постоянного нахождения (проживания) в доме-интернате;

5) создание методических кабинетов или тематических «зон» при выделении «дневного стационара», подготовку необходимого инструктивного, методического и «раздаточного» материала, используемого в профилактической и реабилитационной работе;

6) осуществление взаимодействия с организациями здравоохранения в порядке, предусмотренном Инструкцией о порядке межведомственного взаимодействия при оказании медицинской помощи гражданам, проживающим в учреждениях социального обслуживания, осуществляющих стационарное социальное обслуживание, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.03.2017 № 333;

7) подготовку персонала дома-интерната к деятельности по оказанию услуг и специализированной социальной помощи в условиях отделения;

8) проведение диагностики проживающих в доме-интернате с целью выявления когнитивных нарушений и деменции;

9) разработку индивидуальных планов реабилитации для граждан, у которых по результатам диагностики выявлены когнитивные нарушения и деменция и в отношении которых может быть рекомендовано социальное обслуживание в отделении профилактики деменции.

2.2.5. В Положении об отделении определяются цель и задачи его функционирования, наполняемость, целевые группы граждан, имеющих право на получение услуг в отделении, порядок направления в отделение на проживание, порядок и условия оказания услуг, направления (содержание) деятельности отделения с учетом специфики контингента обслуживаемых, формы и методы работы, используемые при оказании социальных услуг и др.

2.2.6. Курировать деятельность отделения может врач-терапевт, психолог (клинический психолог).

Оказание социальных услуг в отделении профилактики деменции осуществляется основным персоналом дома-интерната в рамках функциональных обязанностей (медицинские работники, психолог, инструктор-методист физической реабилитации (инструктор-методист по адаптивной физической культуре), инструктор по трудовой терапии, специалист по социальной работе, библиотекарь, культорганизатор, руководитель кружка и др.).

2.2.7. Режим работы отделения (в том числе функционирующего по принципу «дневного стационара») определяется директором дома-интерната с учетом контингента обслуживаемых и иных условий. Граждане, получающие услуги в отделении, должны быть проинформированы о режиме его функционирования.

При организации круглосуточного проживания пожилых граждан в отделении должна быть обеспечена возможность получения необходимой помощи в вечернее либо ночное время, выходные и праздничные дни.

2.2.8. Для обеспечения эффективности профилактической работы и социального обслуживания граждан с когнитивными нарушениями и деменцией важным является проведение диагностических обследований, позволяющих определить наличие и степень выраженности когнитивных нарушений.

Проведение диагностических обследований может осуществляться в плановом порядке (1 раз в год)<sup>72</sup> среди всех проживающих в доме-интернате граждан (при наличии их согласия на обследование), а также по необходимости среди граждан группы риска, при заселении в дом-интернат, при возникновении признаков когнитивных нарушений и т. д.

Диагностику когнитивных нарушений могут осуществлять только специалисты, имеющие соответствующие компетенции или прошедшие специальную подготовку (психологи) с соблюдением принципов конфиденциальности. Для обеспечения комплексности обследования рекомендуется также привлечение врача-терапевта (врача-гериатра при его наличии). По возможности, к данной работе следует также привлечь специалистов территориальных организаций здравоохранения, в том числе территориальных психиатрических организаций. В случае выявления тяжелых когнитивных нарушений необходимо содействовать прохождению проживающим развернутого обследования (в территориальной организации здравоохранения – например, у невролога, или в территориальной психиатрической организации).

Цель диагностики – выявить тех проживающих, у которых имеются легкие и умеренные когнитивные нарушения или деменция для организации с ними целенаправленной работы.

При проведении обследования для выявления степени выраженности когнитивных нарушений могут использоваться такие общепризнанные методики, как: тест рисования часов, Mini-cog, MMSE и др. (приложение 2). Тем не менее, учитывая низкую чувствительность всех имеющихся методик для выявления когнитивных нарушений, не достигающих до степени деменции, следует опираться на результаты динамического наблюдения, в том числе медицинского, а также изменение результатов диагностики когнитивных нарушений (тестирования).

Диагностику целесообразно проводить первичную (сначала – в отношении всех проживающих с учетом медицинского и социального анамнеза, впоследствии в отношении всех вновь прибывающих в дом-интернат), а также контрольную (в соответствии с индивидуальным планом реабилитации, но не реже 1 раза в год).

2.2.9. Ключевым элементом организации профилактической работы и социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната общего типа является составление индивидуального плана реабилитации.

Индивидуальный план реабилитации формируется по результатам проведенной диагностики, выявленных отклонений (нарушений) в когнитивной сфере пожилого человека, а также с учетом медицинского заключения о состоянии его здоровья, наличии сопутствующих заболеваний, принимаемого медикаментозного лечения и др. объективных условий и факторов.

---

<sup>72</sup> В соответствии с Инструкцией о порядке осуществления диспансерного наблюдения, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2017 № 95, периодичность медицинских осмотров для граждан, страдающих деменцией, а также проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, также установлена 1 раз в год. Таким образом, при проведении соответствующих осмотров целесообразно особое внимание уделять диагностике когнитивных нарушений и определению рекомендуемых реабилитационных и иных мероприятий.

Индивидуальный план реабилитации пожилого гражданина, имеющего когнитивные нарушения и деменцию, составляется психологом с участием врача-терапевта (врача-гериатра при его наличии) и включается в личное дело (карту) проживающего. В случае выявления у проживающего легкой либо умеренной деменции рекомендуется для составления индивидуального плана реабилитации привлечение врача-психиатра-нарколога, в том числе на основании проведения обследования в территориальной организации здравоохранения, территориальной психиатрической организации в соответствии с Инструкцией о порядке межведомственного взаимодействия при оказании медицинской помощи гражданам, проживающим в учреждениях социального обслуживания, осуществляющих стационарное социальное обслуживание, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.03.2017 № 333.

При необходимости для разработки индивидуальных планов реабилитации в доме-интернате может создаваться комиссия, состоящая из врача-специалиста, психолога, специалиста по адаптивной физической культуре, трудотерапии, специалиста по социальной работе и др. с целью определения направлений, содержания профилактической и реабилитационной работы, условий ее осуществления (дневной стационар, постоянное проживание в специализированном отделении, индивидуальное обслуживание, участие в групповой профилактической работе и т.д.), необходимых для стабилизации состояния пожилого человека и замедления прогрессирования когнитивных нарушений.

При принятии решения о целесообразности оказания услуг пожилому человеку с когнитивными нарушениями или деменцией в отделении профилактики и составлении индивидуального плана реабилитации комиссия:

- изучает медицинское заключение о состоянии его здоровья и иную имеющуюся документацию (в том числе при поступлении в дом-интернат);

- изучает результаты проведенных диагностических обследований на предмет выявления когнитивных нарушений или деменции, степени ее выраженности;

- оценивает общее психосоциальное самочувствие, настроенность пожилого человека на поддержание собственной социально-бытовой самостоятельности, общение и взаимодействие с персоналом и коллективом проживающих;

- изучает социальный анамнез, в том числе мнение родственников (при их наличии и готовности идти на контакт), о проявлениях когнитивных нарушений;

- готовит рекомендации в отношении социальных услуг, направленных на решение (смягчение) проблем, связанных с выявленными когнитивными нарушениями, в форме «дневного стационара» либо постоянного проживания в отделении.

На основании полученной информации и письменного согласия (заявления) гражданина на предоставление социальных услуг в отделении профилактики деменции принимается решение о предоставлении услуг в форме «дневного стационара» либо постоянного проживания в таком отделении.

В индивидуальном плане реабилитации указываются: рекомендуемые виды занятий, конкретные мероприятия, график их проведения с указанием времени, продолжительности, дня недели, форма (индивидуаль-

ная, групповая), место проведения, ответственные за выполнение, отметка о выполнении и иная необходимая информация. Проживающий (получатель услуг), а также персонал, участвующий в реализации индивидуального плана реабилитации, должен быть ознакомлен с его содержанием. Возможно размещение выдержек из плана (например, в форме ежедневного расписания) непосредственно по месту постоянного нахождения проживающего (например, на стене возле спального места) или места, предназначенного для отдыха в специализированном отделении, работающем по принципу дневного стационара, если это место закреплено за конкретным проживающим.

2.2.10. Повышению результативности профилактической работы и социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией способствует создание безопасной и терапевтической среды в целом в доме-интернате, а также непосредственно в специализированном отделении профилактики с целью поддержания когнитивных способностей пожилых людей, облегчения их ориентации в пространстве, поддержания памяти, продления периода их самостоятельности, т. е. способности выполнять повседневные действия. Для этого рекомендуется:

- обустройство элементами безопасности (установка хорошего освещения – если речь идет о постоянном проживании пожилых граждан в отделении, то особое внимание следует уделить освещению в ночное время, защитных ограждений на лестницах, балконах и т.п., яркая маркировка прозрачных дверей и др. элементов, коврики, предотвращающие скольжение в санитарно-гигиенической комнате, отсутствие порогов, ковров и иных посторонних предметов в помещении и др.);

- обустройство санитарно-гигиенических комнат, путей движения на улицу элементами безбарьерной среды (поручни, перила, подъемники (лифты) в случае размещения отделения не на первом этаже, специальные приспособления для принятия ванны, вспомогательные приспособления возле кровати и т. д.);

- создание комфортного температурного режима (21–23 °С) с достаточным уровнем естественного освещения, обеспечением режима проветривания;

- разрешение использования в повседневной деятельности личных вещей, особенно имеющих значение для поддержания памяти (предметы интерьера, гардероба и др.), размещение в жилых комнатах фотографий родственников с именами и др. биографической информации, не вызывающей негативных реакций;

- размещение на дверях (стенах) жилых комнат информации в неофициальной форме с использованием фотографий и графических элементов об имени проживающих, их предпочтениях, распорядке дня и т. п.;

- использование графических указателей и цветowych маркеров для обозначения названий функциональных помещений, направлений движения к санитарно-гигиеническим помещениям, комнате приема пищи, проведения досуга и др., размещение картинок, элементов интерьера, отражающих время суток, пору года с целью улучшения ориентации в пространстве и времени (например, размещение на видном месте часов с крупным циферблатом и картинками, обозначающими день/ночь);

- использование пространства отделения (стены, холлы и т. д.) для размещения материалов для тренировки памяти, физической активности;
- создание комнат («уголков») памяти, в которых размещаются предметы интерьера, мебель, символы прошлых эпох (предпочтительно – периода молодости и наиболее активного возраста проживающих);
- выделение помещений (отдельных комнат или, например, части холла) для проведения занятий по развитию памяти, совместного проведения досуга, поддержания физической активности, релаксации.

В отделении для постоянного проживания рекомендуется размещение проживающих в комнатах малой вместимости (по 2–3 человека). При этом следует принимать во внимание способность граждан к самообслуживанию, их психологическую совместимость, а также возможность оказания взаимопомощи по принципу «равный обучает равного».

В отделении, функционирующем по принципу «дневного стационара», целесообразно выделение помещений и приспособлений для отдыха и релаксации, которые могут как закрепляться за конкретными проживающими на определенный период, так и быть общими.

В рамках создания терапевтической среды важное место должно быть уделено также формированию и соблюдению оптимального режима дня пожилых граждан, проживающих в отделении. Наличие режима дня позволяет человеку с деменцией лучше ориентироваться во времени и пространстве, осознавать свою роль в дневном цикле, понимать последовательность и смысл бытовых действий.

При этом следует учитывать, что у человека с деменцией довольно часто возникают сложности с соблюдением режима дня, регулярности приема лекарств, пищи, выполнением санитарно-гигиенических процедур. Следить за регулярностью выполнения режимных моментов может младший медицинский персонал, постоянно находящийся в отделении. Также целесообразно использование специальных напоминаний (например, на картинке с основными ежедневными действиями может передвигаться любой знак, указывающий на действия, которые выполнены / не выполнены. В случае нарушения режима сна и появления ночного бодрствования может быть рекомендовано отказаться от дневного сна человека, увеличить физические нагрузки в течение дня, предусмотреть вечернюю прогулку или иные расслабляющие процедуры (принятие ванны, ароматерапию, фитотерапию и др.).

2.2.11. Для повышения качества работы персонала, осуществляющего профилактику когнитивных нарушений и деменции у лиц пожилого возраста, а также их социальное обслуживание в доме-интернате должно быть обеспечено повышение квалификации и осуществление переподготовки персонала по соответствующим направлениям.

Обучение может быть организовано в форме:

- прохождения курсов повышения квалификации или переподготовки для специалистов данного направления (врачи, иные медицинские работники, психологи) на базе ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»;
- прохождения курсов повышения квалификации или переподготовки для специалистов по социальной работе, инструкторов по трудотерапии и т. д. на базе ГУО «Республиканский институт повышения квалификации

и переподготовки работников Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь»;

- проведения обучающих тематических курсов (семинаров) внутри дома-интерната с привлечением к проведению занятий собственных квалифицированных специалистов, имеющих необходимые знания и навыки работы в области профилактики когнитивных нарушений и деменции, а также специалистов организаций здравоохранения психиатрического профиля и профильных высших учебных заведений;

- обмена опытом работы с другими организациями (учреждениями), занимающимися профилактикой, социальным обслуживанием и реабилитацией пожилых граждан с деменцией;

- изучения зарубежного опыта и практики по обслуживанию пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией.

Содержание обучающих тематических семинаров может включать следующие блоки информации:

- общие сведения о когнитивных нарушениях и деменции, их внешних признаках и проявлениях, потребностях пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией – все категории персонала;

- методы выявления когнитивных нарушений (тест рисования часов, MMSE и др.) – психологи, заведующий специализированным отделением;

- принципы, содержание и методика разработки индивидуального плана реабилитации – психологи, заведующий специализированным отделением;

- технологии и методики работы с пожилыми людьми с когнитивными нарушениями и деменцией (методика реминисцентной терапии, арт-терапии, когнитивной стимуляции, мультисенсорной терапии и др.) – психолог, специалист по социальной работе, культурный организатор, библиотечный работник, руководитель кружка;

- технологии и методики стимулирования физической активности пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией (проведение занятий по эрготерапии, оздоровительной гимнастике, лечебной физкультуре и т. п.) – инструктор-методист по адаптивной физической культуре, инструктор по трудовой терапии;

- технологии и методики эффективной коммуникации и взаимодействия с пожилыми людьми с деменцией (приложение 4) – все категории персонала.

2.2.12. Для проведения занятий с людьми с когнитивными нарушениями и деменцией необходим определенный инвентарь, который может быть как приобретен в готовом виде, так и изготовлен самостоятельно.

Для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий рекомендуется иметь:

- наборы для развития мелкой моторики (лепки, скрепления деталей, пуговицы и т.п.);

- наборы для проведения стимуляции различных точек и зон (мешочки с песком, шарики резиновые, массажеры и др.);

- наборы игровых заданий для развития и восстановления памяти и мышления (тематические карточки, разноцветные элементы, кубики, пазлы, лото, домино и др.);

– наборы информационных материалов, предметов для проведения тематических бесед, посвященных воспоминаниям, событиям прошлых лет (газетные вырезки, журналы, фотоматериалы, элементы гардероба, символы, предметы интерьера и др.);

– аудио- и видеоматериал с передачами, песнями, фильмами прошлых лет для просмотра и последующего обсуждения.

### *2.3. Направления и содержание социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната общего типа*

Социальное обслуживание в отделении профилактики деменции осуществляется в соответствии с Перечнем бесплатных и общедоступных социальных услуг государственных учреждений социального обслуживания с нормами и нормативами обеспеченности граждан этими услугами, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь «О некоторых вопросах оказания социальных услуг» от 27.12.2012 № 1218.

Необходимым условием для предупреждения роста распространенности деменции среди контингента пожилых лиц, проживающих в доме-интернате общего типа, является прежде всего организация профилактической работы, включающая комплекс мероприятий и услуг информационно-пропагандистского, педагогического, психологического и иного характера, для пожилых граждан, которые еще не имеют явных признаков деменции либо тех, кто составляет потенциальную группу риска, а также систематической работы с целью раннего выявления когнитивных нарушений.

В этой связи особое значение отводится выявлению факторов риска когнитивных нарушений и деменции у пожилых граждан и осуществлению превентивных мероприятий. К таким мероприятиям относятся сохранение и поддержание нормального уровня и качества жизни пожилых граждан, решение проблем, обусловленных возрастной дискриминацией, потерей социальной полноты жизни из-за сужения сфер деятельности и круга общения, ухода из жизни близкого окружения, старческое одиночество и другие. Устранение и нейтрализация этих причин и отклонений возможны в процессе наблюдения за жизнедеятельностью пожилого человека, его психологическим самочувствием. Основным способом решения перечисленных проблем является, прежде всего, повышение жизненного тонуса пожилого человека посредством стимулирования его включенности (по мере имеющихся возможностей) в различные формы и виды активности, занятости, расширение сферы общения, привлечение к образовательной, досуговой, спортивно-оздоровительной деятельности.

Таким образом, цель социальной профилактики – выявить пожилых граждан с риском деменции либо уже имеющих первичные ее признаки и мотивировать их на включение в профилактическую работу в целях замедления прогрессирования данного синдрома.

Немаловажным условием, обеспечивающим полноценное содержание жизнедеятельности пожилого человека в доме-интернате, является формирование оптимального режима дня. В этой связи жизнедеятельность пожилых людей в отделении должна быть наполнена разнообразными по содержанию и форме делами и мероприятиями. Деятельность, предлагаемая

пожилым людям, должна быть интересной, понятной, носить социально значимый характер. При возникновении первых признаков когнитивных нарушений и деменции важно не инвалидизировать пожилого человека, а через систему профилактических действий активизировать имеющиеся у него ресурсы по поддержанию интеллектуальной и социальной активности.

Основными направлениями профилактики и социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в доме-интернате общего типа должны стать:

- предоставление консультационно-информационных услуг (в части предоставления общей информации, не требующей квалификации психолога, о когнитивных расстройствах, деменции, способах ранней диагностики и профилактики для самих пожилых граждан, членов их семей, а также предоставление консультаций по различным вопросам восстановления навыков самообслуживания, организации терапевтического пространства и др.);

- оказание социально-педагогических услуг (в части проведения различных по форме и содержанию обучающих занятий по восстановлению навыков самостоятельности, ориентирования в пространстве, времени, безопасной жизнедеятельности, оказание помощи в проведении досуга, трудовой занятости и т. д., а также для членов семьи по обучению навыкам ухода, обслуживания, оборудования безопасной и терапевтической домашней среды, осуществления коммуникации и т. д.);

- оказание социально-психологических услуг (в части выявления степени выраженности когнитивных нарушений и деменции, разработки индивидуального плана реабилитации, коррекции, проведения занятий в рамках психологической профилактики и психологического просвещения);

- оказание социально-реабилитационных услуг (в части проведения занятий по восстановлению двигательных навыков, мелкой моторики, поддержанию физической активности посредством адаптивной физкультуры, различных видов стимуляции (вербальная, тактильная, мультисенсорная и др.).

По решению руководства дома-интерната могут предоставляться иные социальные услуги, в том числе с использованием специальных технологий и методов работы с учетом особых потребностей граждан с деменцией.

Объем и продолжительность предоставления услуг должны определяться, прежде всего, на основании психосоциального самочувствия пожилого человека, оценки его готовности к участию в таком взаимодействии.

Эффективность социального обслуживания и оказываемых социальных услуг пожилым гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией в значительной степени обусловлена степенью выраженности деменции и адекватностью используемых технологий, форм и методов работы.

При наличии у пожилых граждан предрасположенности к когнитивным нарушениям и легкой степени их выраженности своевременно предпринимаемое воздействие в форме различных профилактических мероприятий с целью сохранения и поддержания когнитивных функций человека является наиболее действенным. С другой стороны, социальная профилактика способствует сдерживанию темпов естественного биологического старения пожилых людей и продлевает период их активного долголетия.

В этой связи при наличии у пожилых людей легкой либо умеренных когнитивных расстройств и деменции легкой степени выраженности в целях профилактики рекомендуется проведение различных по форме и со-

держанию консультационно-информационных мероприятий (беседы, публичные лекции, встречи с врачами-психотерапевтами, психологами), направленных на повышение общей осведомленности пожилых людей о деменции как глобальной проблеме общественного здоровья, о факторах, которые могут провоцировать деменцию, о способах помощи самому себе для поддержания и сохранения здоровья и т.д., а также создание и распространение практических рекомендаций по профилактике, оценке риска деменции и его снижению.

Формой профилактики деменции является обеспечение социальной активности пожилых людей посредством организации «Школы активного долголетия», поддержания здорового образа жизни, привлечения пожилых людей, проживающих в доме-интернате, к участию в благотворительных программах, включения их в волонтерскую деятельность по уходу и оказанию помощи таким же пожилым людям либо привлечения к работе с детьми и молодежью и т.д.

При деменции легкой и умеренной степени выраженности рекомендуется оказание социально-педагогических и социально-психологических услуг не только просветительского и профилактического характера, но и проведение специальных занятий с использованием:

- когнитивной стимуляции;
- эрготерапии;
- трудотерапии;
- различных разновидностей арт-терапии (вышивание или вязание, лепка из пластилина, рисование, танцы, пение и др.)
- занятий по ориентации в реальности;
- поведенческой терапии;
- реминисцентной терапии (терапия воспоминаний, биографический метод);
- занятий по развитию мелкой моторики (занятия с пуговицами, пазлами, мозаикой, кисточковая терапия и др.) и др.

Для членов семей, которые осуществляют уход за пожилыми гражданами с когнитивными расстройствами и деменцией, может быть организована работа «Школы деменции», клуба родственников, осуществляющих уход за пожилыми людьми с деменцией, в целях обмена опытом, поддержания психоэмоционального состояния, поиска ответов на волнующие вопросы.

Описание содержания, специфики и основных принципов использования различных форм и методов работы с пожилыми гражданами с деменцией представлено в приложении 3.

#### *2.4. Документация*

Организация специализированной работы с гражданами с когнитивными нарушениями и деменцией и членами их семей предполагает наличие и ведение следующей документации:

- положение об отделении профилактики деменции;
- должностные инструкции персонала отделения;
- личное дело получателя услуг, включающее результаты первичной и повторной (контрольной) диагностики когнитивных нарушений и деменции и индивидуальный план реабилитации;

– план повышения квалификации персонала дома-интерната по вопросам геронтопсихологии, социальной геронтологии и другим актуальным вопросам диагностики когнитивных нарушений и деменции, осуществления профилактической и реабилитационной работы с указанной категорией граждан;

– информационно-методические материалы по вопросам выявления и профилактики когнитивных нарушений и деменции, оказания услуг, предназначенные для персонала дома-интерната, а также членов семей граждан с деменцией.

### **3. Оказание социальных услуг пожилым гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях отделения круглосуточного пребывания территориального центра социального обслуживания населения**

#### *3.1. Цель и задачи социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях ОКП ТЦСОН*

Основное назначение социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях ОКП ТЦСОН – своевременное проведение профилактических мероприятий и оказание соответствующих социальных услуг, способствующих замедлению прогрессирования когнитивных нарушений и продлению периода самостоятельности и полной дееспособности пожилого человека, а также обеспечение профилактической работы по данному направлению для всех пожилых и престарелых граждан, проживающих в ОКП.

В этой связи система социального обслуживания в отношении указанной группы граждан должна решать следующие задачи:

– проведение информационно-пропагандистской работы и реализация профилактических мер среди пожилых граждан, проживающих в ОКП, по поддержанию физической, психической и социальной активности, «активного долголетия»;

– создание необходимых условий и привлечение соответствующих ресурсов для организации профилактической работы и ухода в отношении пожилых и престарелых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях ОКП;

– проведение регулярных диагностических обследований с целью своевременного выявления у проживающих в ОКП пожилых и престарелых граждан когнитивных нарушений, деменции или риска ее возникновения;

– оказание комплекса социальных услуг и проведение отдельных мероприятий, направленных на поддержание (восстановление) у пожилых граждан, имеющих когнитивные нарушения либо легкую степень выраженности деменции, навыков самообслуживания, пространственной ориентации, когнитивных функций, навыков общения и иных социальных компетенций, необходимых в повседневной жизнедеятельности;

– развитие специализированных услуг в области профилактики деменции и реабилитации пожилых граждан с деменцией с целью продления периода их самостоятельной и активной жизни;

– формирование в ОКП безбарьерной и терапевтической среды, «дружественного окружения» для граждан, имеющих когнитивные нарушения и деменцию;

– осуществление взаимодействия с учреждениями социального обслуживания различного профиля по вопросам профилактики деменции и оказания социальных услуг гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией;

– обеспечение межведомственного взаимодействия с организациями здравоохранения, в том числе территориальными психиатрическими организациями, высшими учебными заведениями, занимающимися подготовкой кадров по данному направлению, в целях проведения качественной диагностики, а также осуществления соответствующей профилактической и реабилитационной работы в отношении людей с деменцией;

– разработка и практическая реализация инновационных технологий, форм и методов в области профилактики, социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях дома-интерната общего типа.

### *3.2. Организация работы ОКП ТЦСОН в отношении пожилых граждан, имеющих когнитивные нарушения или деменцию легкой степени выраженности*

3.2.1. Целевыми группами, в отношении которых организуется специализированная работа в ОКП ТЦСОН, являются:

– граждане с когнитивными нарушениями и деменцией легкой степени выраженности;

– граждане с легкими и умеренными когнитивными нарушениями, не достигающими до степени деменции;

– прочие проживающие в ОКП ТЦСОН граждане пожилого и старческого возраста, а также граждане группы риска (после перенесенных инсультов, с гипертонической болезнью, атеросклерозом, сахарным диабетом и др.).

Кроме того, в случае, если проживающий направляется на домашнее обслуживание и имеет членов семьи, проживающих с ним или регулярно посещающих его, рекомендуется проведение консультационно-информационных, обучающих мероприятий для членов семьи в отношении особенностей взаимодействия и проведения реабилитационных мероприятий с их пожилым членом семьи, имеющим когнитивные нарушения или деменцию, а также создания безопасной домашней обстановки.

3.2.2. Организация работы с гражданами с когнитивными нарушениями и деменцией как с отдельной категорией обслуживаемых требует проведения комплекса организационно-управленческих мероприятий, включая:

1) внесение (при необходимости) дополнений в Положение об отделении круглосуточного пребывания, Устав и штатное расписание учреждения, должностные инструкции работников и др.;

2) обустройство безопасной среды жизнедеятельности, включая оснащение элементами безбарьерной среды;

3) формирование условий проживания, максимально приближенных к домашней обстановке, персонификацию окружающего пространства путем использования личных вещей, предметов интерьера и т. д.;

4) формирование терапевтической среды, поддерживающей ориентацию в реальности и когнитивные способности у граждан с когнитивными нарушениями и деменцией, создание методических кабинетов или тема-

тических «зон», подготовку необходимого инструктивного, методического и «раздаточного» материала, используемого в профилактической и реабилитационной работе;

5) осуществление взаимодействия с территориальными организациями здравоохранения, в том числе территориальными психиатрическими организациями с целью проведения осмотров граждан, проживающих в ОКП, и выявления у них признаков когнитивных нарушений или деменции, составления индивидуального плана работы;

6) подготовку персонала ОКП и соответствующих специалистов ТЦСОН к работе с гражданами с деменцией как с отдельной категорией обслуживаемых;

7) проведение обследования проживающих в ОКП с целью выявления когнитивных нарушений или деменции (с их согласия);

8) разработку индивидуальных планов работы для граждан, у которых по результатам диагностики выявлены когнитивные нарушения или деменция легкой степени выраженности;

9) организацию работы групп, обеспечивающей соответствующую дневную занятость граждан, имеющих признаки деменции. Речь идет о том, что для граждан, имеющих выраженные когнитивные нарушения или деменцию, целесообразно организовать группы, с которыми регулярно (не менее 2 раз в неделю) будут проводиться занятия, направленные на стимуляцию когнитивной активности и замедление прогресса заболевания;

10) закрепление за специалистами ТЦСОН (психолог, специалист по социальной работе, руководитель кружка и т.д.) обязанностей по проведению соответствующих занятий и иных мероприятий в соответствии с индивидуальными планами реабилитации пожилых граждан с когнитивными нарушениями;

11) содействие в прохождении развернутого обследования и получении медицинской и иной необходимой помощи гражданами, у которых выявлены признаки деменции.

3.2.3. Оказание социальных услуг гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией осуществляется основным персоналом ОКП и ТЦСОН в рамках функциональных обязанностей (социальные работники, специалисты по социальной работе, психологи, руководители кружков и т. д.). При этом соответствующий персонал, включая социального работника ОКП, должен пройти обучение (например, на рабочем месте) или развернутый инструктаж с целью формирования необходимых компетенций.

Для повышения эффективности работы в отношении граждан с когнитивными нарушениями и деменцией важно обеспечить курирование соответствующей работы психологом ТЦСОН. При этом целесообразна организация устойчивого взаимодействия с территориальными организациями здравоохранения, в том числе с территориальными психиатрическими организациями для обеспечения регулярных осмотров и подбора соответствующих медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

3.2.4. Выявление пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией для организации профилактической работы и социального обслуживания осуществляется на основании:

– заключения организации здравоохранения;

– проведения диагностики когнитивных нарушений и деменции среди пожилых граждан, проживающих в ОКП, психологом ТЦСОН. К организации обследования следует также привлечь специалиста территориальной организации здравоохранения (врача-терапевта, врача-невролога, врача-психиатра). В случае выявления тяжелых когнитивных нарушений необходимо содействовать прохождению человеком развернутого обследования (в территориальной организации здравоохранения – например, у невролога, или в территориальной психиатрической организации).

При проведении обследования психологом ТЦСОН для выявления степени выраженности когнитивных нарушений в отношении всех граждан, проживающих в ОКП, могут использоваться такие общепризнанные методики, как: тест рисования часов, Mini-cog, MMSE и др. (приложение 2). Тем не менее, учитывая низкую чувствительность всех имеющихся методик для выявления когнитивных нарушений, не достигающих до степени деменции, следует опираться на результаты динамического медицинского и психологического наблюдения, социальный анамнез, а также анализировать характер изменений результатов вторичной диагностики когнитивных нарушений (тестирования) по сравнению с первичной.

В целом, в ОКП диагностику целесообразно проводить первичную (сначала – в отношении всех проживающих с учетом медицинского и социального анамнеза, впоследствии в отношении всех вновь прибывающих в ОКП), а также плановую (в соответствии с индивидуальным планом реабилитации).

Проведение диагностических обследований может осуществляться только при наличии согласия проживающих с соблюдением необходимых мер конфиденциальности.

Обследование, направленное на выявление признаков когнитивных нарушений или деменции среди граждан, проживающих в ОКП, могут осуществлять только соответствующие работники территориальной организации здравоохранения, а также в случае необходимости – специалисты из числа психологов ТЦСОН, имеющие необходимые компетенции.

3.2.5. Ключевым элементом организации профилактической работы и социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях ОКП является составление индивидуального плана работы.

Индивидуальный план работы формируется психологом ТЦСОН по результатам проведенной диагностики, а также с учетом медицинского заключения о состоянии его здоровья, наличии сопутствующих заболеваний, принимаемого медикаментозного лечения и других объективных условий и факторов, а также пожеланий самого человека. При необходимости к составлению индивидуального плана могут привлекаться иные специалисты, в том числе на основании договоренностей с организацией здравоохранения.

В индивидуальном плане работы указываются: рекомендуемые виды занятий, конкретные мероприятия, график их проведения с указанием времени, продолжительности, дня недели, форма (индивидуальная, групповая), место проведения, ответственные за выполнение, отметка о выполнении и иная необходимая информация. Проживающий (получатель услуг), а также персонал, участвующий в реализации индивидуального плана реабилитации, должен быть ознакомлен с его содержанием. Возможно размещение выдержек из плана (например, в форме ежедневного расписания) непосредственно

по месту постоянного нахождения проживающего (например, на стене возле спального места).

3.2.6. Результативность проводимой профилактической работы и социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией во многом определяется созданием в ОКП ТЦСОН безопасной и терапевтической среды с целью поддержания когнитивных способностей пожилых людей, облегчения ориентации в пространстве, восстановления памяти, поддержания их самостоятельности в быту. Для этого рекомендуется:

- обустройство элементами безопасности (установка хорошего освещения, включая освещение в ночное время, защитных ограждений на лестницах, балконах и т.п., яркая маркировка прозрачных дверей и др. элементов, коврики, предотвращающие скольжение в санитарно-гигиенической комнате, отсутствие порогов, ковриков и иных посторонних предметов в помещении и др.);

- обустройство санитарно-гигиенических комнат, путей движения на улицу элементами безбарьерной среды (поручни, перила, подъемники (лифты) в случае размещения отделения не на первом этаже, специальные приспособления для принятия ванны, для размещения в кровати и др.);

- размещение проживающих в комнатах малой вместимости (по 2–3 человека). При этом следует принимать во внимание способность граждан к самообслуживанию, их психологическую совместимость, а также возможность оказания взаимопомощи по принципу «равный обучает равного»;

- разрешение использования в повседневной деятельности личных вещей, особенно имеющих значение для поддержания памяти (предметы интерьера, гардероба и др.);

- размещение на дверях / стенах комнат информации в неофициальной форме с использованием фотографий и графических элементов об имени проживающих, их предпочтениях, распорядке дня и т. п.;

- использование графических указателей и цветовых маркеров для обозначения направлений движения к санитарно-гигиеническим помещениям, комнате приема пищи, проведения досуга и др., размещение картинок, элементов интерьера, отражающих время суток, пору года с целью улучшения ориентации в пространстве и времени;

- использование пространства отделения (стены, холлы и т. д.) для размещения материалов для тренировки памяти, физической активности;

- создание комнат («уголков») памяти, в которых размещаются предметы интерьера, мебель, символы прошлых эпох (предпочтительно – периода молодости и наиболее активного возраста проживающих);

- выделение помещений (отдельных комнат или, например, части холла) для проведения занятий по развитию памяти, совместного проведения досуга, поддержания физической активности, релаксации.

В рамках создания терапевтической среды важное место должно быть уделено также формированию и соблюдению оптимального режима дня пожилых граждан, проживающих в ОКП. Наличие режима дня позволяет человеку с деменцией лучше ориентироваться во времени и пространстве, осознавать свою роль в дневном цикле, понимать последовательность и смысл бытовых действий.

При этом следует учитывать, что у человека с деменцией довольно часто возникают сложности с соблюдением режима дня, регулярности

приема лекарств, пищи, выполнения санитарно-гигиенических процедур. Следить за регулярностью выполнения режимных моментов может социальный работник, постоянно находящийся в отделении. Также целесообразно использование специальных напоминаний (например, на картинке с основными ежедневными действиями может передвигаться любой знак, указывающий на действия, которые выполнены / не выполнены). В случае нарушения режима сна и появления ночного бодрствования может быть рекомендовано отказаться от дневного сна человека, увеличить физические нагрузки в течение дня, предусмотреть вечернюю прогулку или иные расслабляющие процедуры (принятие ванны, ароматерапию, фитотерапию и др.).

3.2.7. Для обеспечения наличия необходимых компетенций в ТЦСОН должно быть обеспечено повышение квалификации персонала, которое может быть организовано в форме:

- прохождения курсов повышения квалификации или переподготовки для специалистов данного направления (психологи) на базе Белорусской медицинской академии последипломного образования;

- прохождения курсов повышения квалификации или переподготовки для специалистов по социальной работе, социальных работников, руководителей подразделений ТЦСОН на базе Республиканского института повышения квалификации и переподготовки работников Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь;

- проведения обучающих тематических курсов (семинаров) на «рабочем месте» с привлечением к проведению занятий собственных квалифицированных специалистов, имеющих необходимые знания и навыки работы в области профилактики когнитивных нарушений и деменции, а также специалистов территориальных психиатрических организаций и практикующих кафедр высших учебных заведений;

- обмена опытом работы с другими организациями (учреждениями), занимающимися профилактикой, социальным обслуживанием и реабилитацией пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией;

- изучения зарубежного опыта и практики по обслуживанию пожилых граждан с деменцией.

Содержание обучающих тематических семинаров может включать следующие блоки информации:

- общие сведения о когнитивных нарушениях и деменции, их внешних признаках и проявлениях, потребности пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией – для всех категорий персонала;

- методы выявления когнитивных нарушений (тест рисования часов, MMSE и др.) – психологи, заведующий специализированным отделением (при его наличии);

- принципы, содержание и методика разработки индивидуального плана работы – психологи, заведующий специализированным отделением (при его наличии);

- технологии и методики работы с пожилыми людьми с когнитивными нарушениями и деменцией (методики реминисцентной терапии, арт-терапии, когнитивной стимуляции, мультисенсорной терапии и др.) – психолог, специалист по социальной работе, руководитель кружка и др.;

– технологии и методики стимулирования физической активности пожилых граждан с деменцией (проведение занятий по эрготерапии, оздоровительной гимнастике, лечебной физкультуре и т. п.) – специалист по социальной работе, руководитель кружка и др.;

– технологии и методики формирования навыков коммуникации и взаимодействия с пожилыми людьми с деменцией (приложение 4) – все категории персонала.

3.2.9. Для проведения занятий с людьми с когнитивными нарушениями и деменцией необходим определенный инвентарь, который может быть как приобретен в готовом виде, так и изготовлен самостоятельно.

Для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий рекомендуется иметь:

– наборы для развития мелкой моторики (лепки, скрепления деталей, пуговицы и т.п.);

– наборы для проведения стимуляции различных точек и зон (мешочки с песком, шарики резиновые, массажеры и др.);

– наборы игровых заданий для развития и восстановления памяти и мышления (тематические карточки, разноцветные элементы, кубики, пазлы, лото, домино и др.);

– наборы информационных материалов, предметов для проведения тематических бесед, посвященных воспоминаниям, событиям прошлых лет (газетные вырезки, журналы, фотоматериалы, элементы гардероба, символы, предметы интерьера и др.);

– аудио- и видеоматериал с передачами, песнями, фильмами прошлых лет для просмотра и последующего обсуждения.

### *3.3. Направления и содержание социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях ОКП ТЦСОН*

Социальное обслуживание в ОКП ТЦСОН осуществляется в соответствии с Перечнем бесплатных и общедоступных социальных услуг государственных учреждений социального обслуживания с нормами и нормативами обеспеченности граждан этими услугами, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь «О некоторых вопросах оказания социальных услуг» от 27.12.2012 № 1218.

Необходимым условием для предупреждения роста распространенности деменции среди контингента пожилых лиц, проживающих в ОКП, является прежде всего организация профилактической работы, включающая комплекс мероприятий и услуг информационно-пропагандистского, педагогического, психологического и иного характера, для пожилых граждан, которые еще не имеют явных признаков деменции либо тех, кто составляет потенциальную группу риска, а также систематической работы с целью раннего выявления когнитивных нарушений.

В этой связи особое значение отводится выявлению факторов риска когнитивных нарушений и деменции у пожилых граждан и осуществлению превентивных мероприятий. К таким мероприятиям относятся сохранение и поддержание нормального уровня и качества жизни пожилых граждан, решение проблем, обусловленных возрастной дискриминацией, потерей социальной полноты жизни из-за сужения сфер деятельности и круга общения, ухода из жизни близкого окружения, старческого одиночества и др.

Устранение и нейтрализация этих причин и отклонений возможна в процессе наблюдения за жизнедеятельностью пожилого человека, его психологическим самочувствием. Основным способом решения перечисленных проблем является повышение жизненного тонуса пожилого человека посредством стимулирования его включенности (по мере имеющихся возможностей) в различные формы и виды активности, занятости, расширения сферы общения, привлечения к образовательной, досуговой, спортивно-оздоровительной деятельности.

Таким образом, цель социальной профилактики – выявить пожилых граждан с риском деменции либо уже имеющих первичные ее признаки и мотивировать их на включение в профилактическую работу в целях замедления прогрессирования данного синдрома.

Немаловажным условием, обеспечивающим полноценное содержание жизнедеятельности пожилого человека в ОКП, является формирование оптимального режима дня. В этой связи жизнедеятельность пожилых людей в отделении должна быть наполнена разнообразными по содержанию и форме делами и мероприятиями. Деятельность, предлагаемая пожилым людям, должна быть интересной, понятной, носить социально значимый характер. При возникновении первых признаков когнитивных нарушений и деменции важно не инвалидизировать пожилого человека, а через систему профилактических действий активизировать имеющиеся у пожилого человека ресурсы по поддержанию интеллектуальной и социальной активности.

В связи с этим основными направлениями профилактики и социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными расстройствами и ранней деменцией в ОКП должны стать:

- предоставление консультационно-информационных услуг (в части разъяснения общей информации, не требующей квалификации психолога, о когнитивных расстройствах, деменции, способах ранней диагностики и профилактики для самих пожилых граждан, членов их семей, учреждениях, оказывающих помощь таким гражданам, а также предоставление знаний в виде консультаций по различным вопросам сохранения и восстановления навыков самообслуживания, решения иных социальных проблем);

- оказание социально-педагогических услуг (в части проведения различных по форме и содержанию обучающих занятий по восстановлению навыков самостоятельности, ориентирования в пространстве, времени, безопасной жизнедеятельности, оказания помощи в проведении здорового досуга, организации физической активности, полезной занятости и т.п. Кроме того, возможно проведение занятий для членов семьи по обучению навыкам ухода, обслуживания, оборудования безопасной терапевтической домашней среды, осуществления коммуникации и т.д.);

- оказание социально-психологических услуг (в части выявления степени выраженности когнитивных нарушений и деменции, разработки индивидуального плана реабилитации, коррекции, проведения занятий в рамках психологической профилактики и психологического просвещения);

- оказание социально-реабилитационных услуг (в части проведения занятий по восстановлению двигательных навыков, мелкой моторики, поддержанию физической активности посредством адаптивной физкультуры, различных видов стимуляции (вербальная, тактильная, мультисенсорная и др.);

– оказание социально-посреднических услуг (в части содействия получению необходимой медицинской помощи, прохождению развернутого обследования для граждан, у которых выявляются признаки деменции, а также содействия в получении необходимой юридической помощи для оформления необходимых доверенностей для граждан с деменцией).

По решению руководства ТЦСОН могут предоставляться иные социальные услуги, в том числе с использованием специальных технологий и методов работы с учетом особых потребностей граждан с деменцией. Дополнительные услуги, требующие участия дополнительного персонала, могут предоставляться на платной основе.

Объем и продолжительность предоставления услуг должны определяться в первую очередь на основании психосоциального самочувствия пожилого человека, оценки его готовности к участию в таком взаимодействии.

Эффективность социального обслуживания и оказываемых социальных услуг пожилым гражданам с когнитивными нарушениями и деменцией в значительной степени обусловлена степенью выраженности деменции и адекватностью используемых технологий, форм и методов работы.

При наличии у пожилых граждан предрасположенности к когнитивным нарушениям и легкой степени их выраженности своевременное проведение профилактических мероприятий с целью сохранения и поддержания когнитивных функций человека является наиболее действенным, способствует сдерживанию темпов естественного биологического старения пожилого человека, продлевает период его активности.

Соответственно при наличии у пожилых людей легких либо умеренных когнитивных расстройств и деменции в целях профилактики рекомендуется проведение различных по форме и содержанию информационно-консультационных мероприятий (беседы, публичные лекции, встречи с врачами-психотерапевтами, психологами и др.), направленных на повышение общей осведомленности пожилых людей о деменции как глобальной проблеме общественного здоровья, о факторах, которые могут провоцировать деменцию, о способах помощи самому себе для поддержания и сохранения здоровья и т. д., а также создание и распространение практических рекомендаций по профилактике, снижению и оценке риска деменции.

Формой профилактики деменции является обеспечение социальной активности пожилых людей посредством организации «Школы активного долголетия», поддержания здорового образа жизни, привлечения пожилых людей, проживающих в ОКП, к участию в благотворительных программах, включение в волонтерскую деятельность по уходу и оказанию помощи таким же пожилым людям либо привлечение к работе с детьми и молодежью и т. д.

При деменции легкой степени выраженности рекомендуется оказание социально-педагогических и социально-психологических услуг не только просветительского и профилактического характера, но и проведение специальных занятий с использованием:

- когнитивной стимуляции;
- эрготерапии;
- трудотерапии;
- различных видов арт-терапии (вышивание или вязание, лепка из пластика, рисование, танцы, пение и др.);

- занятий по ориентации в реальности;
- поведенческой терапии;
- реминисцентной терапии (терапия воспоминаний, биографический метод);
- занятий по развитию мелкой моторики (занятия с пуговицами, пазлами, мозаикой, кисточковая терапия и др.) и др.

Описание содержания, специфики и основных принципов использования различных форм и методов работы с пожилыми гражданами с деменцией представлено в приложении 3.

#### *3.4. Документация*

Учитывая все вышеизложенное, организация социального обслуживания пожилых граждан с когнитивными нарушениями и деменцией в условиях ОКП ТЦСОН и членами их семей предполагается наличие и ведение следующей документации:

- личное дело (персональная/индивидуальная карта и т. п.) получателя услуг, включающее результаты первичной и повторной (контрольной) диагностики когнитивных нарушений и деменции и индивидуальный план реабилитации;

- план проведения мероприятий по профилактике деменции и когнитивных нарушений в ОКП (в отношении всех граждан пожилого и старческого возраста);

- план повышения квалификации персонала ТЦСОН, привлекаемого к оказанию услуг по вопросам геронтопсихологии, социальной геронтологии и другим актуальным вопросам диагностики когнитивных нарушений и деменции, осуществления профилактической и реабилитационной работы с указанной категорией граждан;

- информационно-методические материалы по вопросам выявления и профилактики когнитивных нарушений и деменции, оказания услуг, предназначенные для персонала дома-интерната, а также членов семей граждан с деменцией.

Научное издание

## **ДЕМЕНЦИЯ КАК НОВЫЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ВЫЗОВ**

**Пособие для руководителей и специалистов**

Ответственный за выпуск *Е. С. Пате́й*

Компьютерная верстка *А. А. Микулевича*

Подписано в печать 25.04.2018. Формат 60×90/8.

Бумага офсетная. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 39,0. Уч.-изд. л. 19,0.

Тираж 500 экз. Заказ. 15979.

Издатель и полиграфическое исполнение:

Общество с ограниченной  
ответственностью «Колорград».

Свидетельство о государственной регистрации  
издателя, изготовителя, распространителя печатных  
изданий № 1/471 от 23.12.2015.

Пер. Велосипедный, 5-904, 220033, Минск.

[www.сегмент.бел](http://www.сегмент.бел)