



Активное долголетие и профилактика суицидального поведения у людей старшего возраста

Журавлев А.К.^{1,2}, Конончук В.В.³

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

² Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана, Москва, Россия

³ Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия, Санкт-Петербург, Россия

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ:

Получено: 27.05.2016
Опубликовано: 30.09.2016

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

социальная эксклюзия, суицидальный риск, суицидальное поведение, уровень психической адаптации, динамика, «Видикор-М», психокоррекция, психотерапия

АННОТАЦИЯ:

В статье рассмотрены проблемные вопросы выявления суицидального риска и профилактики суицидального поведения у людей старшего возраста, обусловленные социальной эксклюзией. Представлен опыт работы в амбулаторных условиях по определению уровней психической адаптации в динамике с целью улучшения качества жизни, выявлению и профилактике суицидального поведения у лиц пожилого возраста. Предложена первичная и вторичная психопрофилактическая работа с использованием инновационной многоосевой диагностической и психокоррекционной экспресс-методики нейровизуализации с биологической обратной связью «Видикор-М».

Active longevity and prevention of suicidal behaviour of older people

Zhuravlev A.K.^{1,2}, Kononchuk V.V.³

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Russia

² Bauman Moscow State Technical University, Russia

³ St. Petersburg Chemical Pharmaceutical Academy, Russia

ARTICLE INFO:

Received: 27.05.2016
Accepted: 30.09.2016

KEYWORDS:

social exclusion, suicidal risk, suicidal behavior, level of mental adaptation, dynamics, «Vidicor-M», correction, psychotherapy

ABSTRACT:

The brief summary. The article considers the problems of identification of suicidal risk and prevention of suicidal behavior in older individuals, resulting from social exclusion. Experience working in an outpatient setting to identify levels of mental adaptation in dynamics with a view to improving the quality of life and to detect and prevent suicidal behavior in the elderly. Proposed primary and secondary psychoprophylaxis work using innovative diagnostic and multi-axle psychocorrectional express-methods of neuroimaging with biofeedback «Vidicor-M».

CITATION

Конончук В.В., Журавлев А.К. Активное долголетие и профилактика суицидального поведения у людей старшего возраста // Живая психология. — 2016. — Том 3. — № 3. — С. 187–196. doi: [10.18334/lp.3.3.36901](https://doi.org/10.18334/lp.3.3.36901)

Kononchuk V.V., Zhuravlev A.K. (2016) Aktivnoe dolgoletie i profilaktika suitsidal'nogo povedeniya u lyudey starshego vozrasta [Active longevity and prevention of suicidal behaviour of older people]. Zhivaya psikhologiya. 3. (3). — P. 187-196. doi: [10.18334/lp.3.3.36901](https://doi.org/10.18334/lp.3.3.36901)



По данным международной организации Help Age International, в XXI веке наблюдаются беспрецедентные глобальные демографические перемены, связанные с увеличением продолжительности жизни по всему миру. Старение населения занимает в них центральное место, поскольку к 2050 года пожилые люди (в возрасте 60 лет или старше) будут составлять более одной пятой от общей численности населения мира (22%) — 2,03 млрд человек против нынешних 809 млн (11%) [9]. Прогрессирующий процесс старения населения приобрел на рубеже веков глобальный характер. Причем слово «глобальный» может быть использовано применительно как к масштабам распространения этого процесса, так и к его последствиям. В России также происходит изменение демографической ситуации, связанное с быстрым и нарастающим постарением населения, увеличением числа пожилых людей — все это ставит перед государством и обществом ряд вопросов социального, психологического и экономического характера в отношении лиц пожилого возраста [10].

По официальным данным Федеральной службы государственной статистики, доля граждан старше трудоспособного возраста в структуре населения страны в 2006 года составляла 29 408 тыс. человек или 24,2%, а по состоянию на 1 января 2015 года — 35 163 тыс. человек или 28,9% [10]. Границей перехода в группу пожилых, согласно решению комитета экспертов ВОЗ, является возраст 60 лет. Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин. В структуре населения вышеуказанных возрастов женщины составляют более двух третей [11].

Сегодня впервые в истории большинство людей могут рассчитывать

на то, что доживут до 60 лет и более. Дополнительные годы жизни и демографические изменения имеют далеко идущие последствия для каждого из нас, а также для общества, в котором мы живем. Они предоставляют нам беспрецедентные возможности и могут оказать существенное влияние на наш образ жизни, наши устремления и отношения между нами. В демографических изменениях в сторону увеличения населения пожилого возраста мы можем планировать свои действия в целях извлечения в связи с этим максимальной пользы. Пожилые люди вносят свой вклад в общество самыми разными способами — будь то в своей семье, в местном сообществе или в обществе в целом. Тем не менее такие людские и социальные ресурсы, а также возможности, доступные каждому из нас по мере старения, в существенной степени зависят от одной ключевой характеристики — нашего здоровья. Если пожилые люди проживут дополнительные годы жизни в добром здравии, то их возможности реализовывать то, что они считают ценным, будут практически ничем не ограничены. Если же эти дополнительные годы будут сопровождаться снижением физических и умственных способностей, то последствия для самих пожилых людей и для общества будут гораздо более негативными [1].

В пожилом возрасте отмечается сложная динамика изменений состояния здоровья. По мере старения происходит ряд глубинных физиологических изменений и возрастает риск развития хронических заболеваний. Происходящие в организме изменения, которые являются компонентами процесса старения и влияют на него, носят комплексный характер. На биологическом уровне старение связано с постепенным аккумулярованием



самых разнообразных повреждений на молекулярном и клеточном уровнях. Со временем эти повреждения приводят к постепенному уменьшению физиологических резервов и к повышенному риску многочисленных болезней, а также к общему спаду индивидуальной жизнеспособности. В конечном счете это приводит к смерти. Однако эти изменения не являются линейными или последовательными и имеют лишь слабую связь с количеством прожитых человеком лет. Таким образом, в то время как одни 70-летние люди могут находиться в хорошей физической и умственной форме, другие могут быть немощными или нуждаться в существенной поддержке для удовлетворения своих основных потребностей. Отчасти это объясняется тем, что многие механизмы старения носят случайный характер. Но еще одной причиной является то, что на изменения в организме большое влияние оказывают окружающая среда и поведение человека [1]. В связи с этим для пожилых людей характерны факторы риска, основными из которых являются: психологические, социальные и социально-экономические [11].

С возрастом у человека растёт степень изоляция в обществе. Уже в раннем пенсионном возрасте резко снижается уровень социальных контактов, социальной адаптированности, профессиональная невостребованность не находит должной замены другими видами общественной деятельности. Комплекс отмеченных проблем резко изменяет психологическое состояние лиц пожилого возраста, приводя к тяжёлым депрессиям, невротическим состояниям, психопатиям и даже к суициду [10].

Наиболее многочисленные категории пенсионеров — пожилые люди и инвалиды, поэтому пенсионеры по сравне-

нию с прочими категориями населения имеют меньшие возможности улучшить свое материальное положение путем дополнительного заработка. Недостаток денежных средств порождает новые проблемы — невозможность оплатить медицинские услуги, затруднения при общении с родственниками в других городах, затруднения при оплате внутригородского транспорта [11].

Существует ряд других негативных факторов, влияющих не только на социально-экономическое, а также на социально-психологическое положение пожилых, их социальное благополучие, провоцирующих социальную эксклюзию лиц данного возраста. Среди таких факторов можно выделить, стереотипы старости и старения; геронтофобию; возрастные соматические риски; недостаточно высокий уровень образования, ограничения в доступе к виртуальной информации, удаленность места проживания (сельская местность) и др. Кроме того, данный жизненный период развития требует всех сил личности, чтобы адаптироваться к новым аскриптивным статусам пенсионера, бабушки/дедушки, часто вдовы/вдовца, инвалида. Нередко человеку пожилого возраста приходится сталкиваться со скептическими оценками представителей своего поколения. Такое отношение в определенной степени обусловлено стереотипами, которые формируются общественным мнением, а также сужением экономической независимости пожилых людей [11].

Анализ разнообразной и многочисленной современной литературы по проблемам социальной геронтологии позволяет утверждать, что в России на сегодняшний момент социальная эксклюзия пожилых является неотъемлемой характеристикой социальной реальности. Проблема исключения индивида



из социальной активной деятельности по возрастному критерию проявляется, прежде всего, в сужении его социального пространства. Подобные ограничения имеют негативные последствия как для общества, которое лишается носителей социального и профессионального опыта, так и для человека, которому отказано в возможности реализовывать свое «Я». Последнее противоречит представлению современных обществ о социальном субъекте как о личности [11].

Социальная эксклюзия — комплексный процесс, проявляющийся во многих сферах жизни. Феномен социальной эксклюзии определяется как процесс, включающий сочетание ряда внешних факторов (экономических и социальных) в корреляции с внутренними психологическими факторами, находящих отражение в субъективных оценках своего благополучия [9, 11].

В данном контексте актуальными являются суицидальные риски пожилых, как крайний вариант социального неблагополучия в ситуации социальной эксклюзии, так как основные детерминанты суицидального риска часто характеризуются показателями социальной эксклюзии, параллельность влияния образует синергетический эффект от сочетания данных факторов и провоцирует суицидальное поведение лиц «третьего возраста» [9, 11].

Уровень суицидов у пожилых людей в 4 раза выше, чем в популяции. По данным американских исследователей на долю лиц старше 65 лет (составляющих около 11% населения) приходится 25% всех самоубийств. Показательно, что 76% пожилых мужчин обращались к врачу за месяц, 33% — за неделю, а 10% — за день до совершения суицида. Наиболее неблагоприятными в этом плане являются неработающие лица трудоспособного

возраста (индекс риска суицида — 0,48), пенсионеры (0,46) [11].

Существует отчетливая тенденция к увеличению уровня суицидов с возрастом. Старость оказывается третьей по частоте после депрессии и наркотической зависимости опасностью, влияющей на развитие суицидальных наклонностей. Среди суицидентов старших возрастных категорий преобладают мужчины. Так, средний глобальный уровень самоубийств у мужчин составляет 24,7 на 100 000 населения, однако анализ возрастных групп показывает, что уровни суицидов по возрастам резко отличаются (от 0,9 в группе 5–14 лет с постепенным возрастанием до 66,9 у лиц старше 75 лет). Несмотря на социокультуральные, экономические и географические различия, частота суицидов среди мужчин во всем мире значительно выше, чем среди женщин. В целом, соотношение мужчин и женщин при завершенных суицидах составляет 4:1. Среди пожилых частота мужских суицидов прогрессивно возрастает и составляет 6–9:1. Аналогичная положительная связь между возрастом и уровнем самоубийств наблюдается и у женщин: при общем уровне, составляющем 6,9, уровни в разных возрастных группах колеблются от 0,5 на 100 000 в группе 5–14 лет до 29,7 в группе старше 75 лет [11].

Социальная эксклюзия пожилых людей включает в себя ряд существенных психотравмирующих факторов. Первичным источником стресса, «запускающего» механизм суицидального поведения является потеря работы в связи с выходом на пенсию, что приводит к разрыву фундаментальной связи человека с обществом и, в конечном счете, — к социальной дезинтеграции. Утрата прежнего социального статуса способствует также формированию пси-



хологического «комплекса неудачника», особенно у мужчин в связи с невозможностью выполнения ими традиционной роли главы семьи, усиливает социальную изоляцию индивидов и наступающая в связи с этим трудовая и социальная дезадаптация. Резкое нарушение сложившейся модели социальных взаимосвязей личности, когда внезапно и кардинально меняется отношение человека с обществом, может стимулировать принятие решения о добровольном уходе из жизни [9, 11].

Большую роль в формировании психологического состояния пожилого человека оказывает семейная сфера, актуальность ее в ситуации социальной эксклюзии сложно переоценить. В случае невозможности своей реализации в экономической сфере, семья часто является единственной возможностью для проявления социальной активности, реализации чувства нужности и полезности. По данным исследований, основной сферой реализации субъектных свойств личности в пожилом возрасте являются именно семейно-брачные отношения. В семейной сфере подверженными социальной эксклюзии являются пенсионеры, ощущающие себя одинокими и те, чей семейный статус понизился после выхода на пенсию. В психологической сфере 38,3% опрошенных считают одиночество в старости самым страшным, что может случиться с человеком и подтверждает актуальность проблемы одиночества для пенсионеров. Уровень самоубийств среди пожилых людей, недавно потерявших супруга или супругу необычайно высок. Среди пожилых самоубийц мужского пола чаще встречаются овдовевшие, одинокие и разведенные люди [11].

Особой группой риска в контексте чувства одиночества, провоцирующего социальную эксклюзию, и, как следст-

вие, суицидальное поведение, являются пожилые, проживающие в домах престарелых и домах интернатного типа. Проводимые исследования одиноко живущих пожилых и старых людей, требующих стационарной медико-социальной помощи, выявили, что чувство одиночества часто испытывают более трети респондентов, причем с возрастом доля таких людей растет [9, 11].

Кроме социальной эксклюзии суицидальный риск возрастает у лиц пожилого и старческого возраста с преобладанием чувств вины, безысходности, безнадежности, собственной несостоятельности, невозможностью приспособления к меняющимся условиям жизни [11].

Одной из характеристик старческого и пожилого возраста, часто приводящей к самоэксклюзии, являются депрессивные расстройства. Если в целом в популяции депрессиями различного генеза страдает около 5% населения, то в пожилом и старческом возрасте этот показатель возрастает до 13-18%. Развитию депрессивных расстройств в старости в значительной степени способствуют такие факторы как наличие хронических заболеваний, социальная и психологическая изоляция, отсутствие удовлетворенности. Клиническая депрессия играет существенную роль в суицидах, так как она — причина более чем 60% самоубийств. При этом к психиатрам обращаются лишь 12,5% страдающих депрессией. Поэтому можно сделать вывод, что пожилых людей больше чем остальных следует лечить от депрессивных расстройств [11].

Известно, что пожилые люди особенно редко пользуются психиатрической помощью не только потому, что сами избегают посещения таких специалистов и «до последней минуты» не идут к психиатру. Нередко это происходит вслед-



твие бытующего «эйджизма» во взглядах части медицинских работников, которые привычно относят психические симптомы к проявлениям либо необратимых возрастных изменений, либо соматических заболеваний. Понятно, что нераспознанными при этом остаются именно нетяжелые формы депрессий позднего возраста, возможно, наиболее курбельные и прогностически благоприятные [11].

Негативные последствия недовыявления депрессий у пожилых и стариков сводятся к следующим: повышенный риск суицида, утяжеление проявлений депрессии, хронификация состояния, возрастание потребности в продолжительном стационарном лечении, ухудшение качества жизни самих пациентов и лиц из их ближайшего окружения. Как показало одно из исследований, 44% пожилых людей, совершавших самоубийства, делали это из страха, что их поместят в дом престарелых [11].

Сочетание депрессии с многочисленными соматическими заболеваниями пожилых людей усиливает суицидальные мысли. Треть суицидентов к моменту совершения попытки лечились у интернистов в течение последних 6 месяцев, 70% — страдали острыми или хроническими заболеваниями. Чаще всего у этих пациентов имели место заболевания опорно-двигательного аппарата и травмы, повлекшие за собой инвалидизацию, онкологические заболевания, хронические непереносимые боли, нефрологические заболевания (особенно у пациентов с искусственной почкой). После инсульта 19% пациентов находятся в депрессии и склонны к самоубийству. Кроме того, посттравматический стресс, рецидивы и обострения тяжелых хронических заболеваний также

повышают риск суицида. По данным отечественных авторов, среди суицидентов выявлено только 25% душевно больных, а 75% составили лица с пограничными психическими расстройствами и психически здоровые. Причем в последние годы отмечен рост числа суицидальных попыток в рамках непатологических суицидальных реакций [11].

Одним из аспектов Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной в 2007 году, является снижение смертности населения от насильственных причин, в том числе от суицидов, а также снижение суицидальных рисков деятельности, поведенческой активности социального субъекта, направленных на саморазрушение, обусловленные преодолением объективной и субъективной неопределенности в ситуации неизбежного выбора в условиях депривационных институциональных изменений современного общества [11].

Для решения этого важного направления концепции в России происходит развитие системы социальных служб. Цели, задачи, формы, методы социальной работы меняются в зависимости от социально-экономических факторов (стабильности или нестабильности). Происходит усиление государственного характера обеспечения основных гарантий социальной поддержки и обслуживания слабозащищенных категорий населения, пожилых, инвалидов. При этом получение социальных услуг, сама процедура их получения представляет сложность для пожилого человека. К социальным относятся социально-бытовые, социально-медицинские, социально-психологические, социально-педагогические, социально-трудовые, социально-правовые, коммуни-



кативные и срочные социальные услуги. Среди форм социального обслуживания выделяются три основные: социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в полустационарной форме, социальное обслуживание в стационарной форме.

В настоящий момент важным является совершенствование института социального обслуживания и внедрение инновационных технологий предоставления социальных услуг [9]. Учитывая многочисленные риски пожилых людей в этом направлении хорошо себя зарекомендовала многоосевая диагностическая и психокоррекционная экспресс-методика нейровизуализации с биологической обратной связью «Видикор-М», разработанная в Российском государственном медицинском университете им. Н.И. Пирогова. Она имеет свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № 2006610681 от 20.02.06 и патент на изобретение № 2303947 от 10.08.07 (Журавлев А.К., Михальчик С.В., 2007) [8].

Проводимая видео-компьютерная психодиагностика состоит из определения функциональной асимметрии двух полушарий головного мозга путем анализа изображения лица человека, которое вводится в компьютер с помощью фотокамеры или сканнера. Изображение лица человека появляется на экране компьютера. Оператор (специально обученный психолог, психотерапевт, врач, управленец) с помощью программы строит «фазовый портрет» лица исследуемого и определяет доминирование одного из полушарий головного мозга на основе разности амплитуд колебательных процессов, происходящих в правом и левом полушариях; степень согласованности (когерентности) этих колебатель-

ных процессов между собой. По этим значениям специалистом определяется психологическое состояние человека согласно типологии, уровень психической адаптации и выдается полная личностная психологическая характеристика, профессиональная характеристика, прогноз поведения в экстремальной ситуации, прогноз при ухудшении состояния и рекомендации по гармонизации личности [2].

На момент диагностики определяется тип личности и темперамента обследуемого, уровень психической адаптации на момент обследования, нервно-психическая устойчивость, текущее психическое состояние, соматический прогноз, нарушение целостности «Я-образа» и даются рекомендации по его восстановлению, психологические особенности и склонность к наиболее адекватному виду профессиональной деятельности обследуемого [2, 5].

На основании адаптационных возможностей каждого типа выделяются следующие группы: высокоадаптивные (ВА), адаптивные (А), эмоционально-лабильные (ЭЛ), группа риска (ГР) и дезадаптивные (ДА). Результат диагностики выводится на экран монитора или на печать. Процесс видео-компьютерной психодиагностики занимает 2-5 минут. Динамическая диагностика позволяет наглядно изучить процесс изменения адаптации личности. Это позволяет вовремя выявить ухудшение психической адаптации и оперативно принять необходимые меры по психопрофилактике развития суицидального риска и суицидального поведения. Важным в работе программы является то, что результат диагностики как в статике, так и в динамике являлся понятным и для неспециалистов. Кроме того, полу-



ченные результаты диагностики можно интерпретировать и обсуждать с целью коррекции психического состояния с самим обследуемым [3, 4, 6, 7]. Такой подход позволяет значительно улучшить эффективность первичной и вторичной психопрофилактики суицидального риска, так как обследуемые наглядно видят в доступном для их понимания, что представляет обследуемый на уровне проявления и выраженности эмоций, а не только в числовом количественном выражении. Следует отметить, что многие суициденты, решившие уйти из жизни, скрывают свой замысел. А, поскольку смерть путем самоубийства является предотвратимой, то с помощью «Видикор-М» реально уберечь человека от фатального рокового шага [5, 7].

Данная инновационная технология легко применима как в амбулаторных, так и в стационарных условиях; как при посещении пациентом лечебного заведения, так и при патронаже на дому медицинскими и социальными работниками.

Многоосевая диагностическая и психокоррекционная экспресс-методика нейровизуализации с биологической обратной связью «Видикор-М» применялась в условиях поликлиники, при проведении амбулаторного приема пожилых пациентов, обратившихся за медицинской помощью как индивидуально, так и семейные пары. Обращения были обусловлены текущими жизненными проблемами, в том числе с размышлениями суицидальной ситуативной направленности; эмоциональными реакциями с труднокурабельными соматическими заболеваниями; стрессовыми состояниями в связи с потерей детей, старых друзей, в связи с нарушением взаимоотношений с супругом.

Пожилые пациенты непосредственно привлекались к активному участию при

диагностике и последующему детальному обсуждению ее результатов. Все пенсионеры проявили выраженный интерес к такому участию в работе с ними. При обсуждении и с учетом результатов диагностики проводилась психокоррекция с учетом анамнеза жизни и заболеваний, в том числе, с использованием многолетних записей в медицинскую книжку при предыдущих обращениях к врачам различной специализации и противопоставлялась ситуация социальной инклюзии. В такой работе с пациентами применялась простая рациональная психотерапия и при ее окончании давались необходимые рекомендации. Назначался день повторного посещения.

При последующих повторных посещениях проводилась контрольная диагностика и обсуждение результатов с активным участием пациентов. Следует отметить, что при повторных посещениях у пациентов отмечалось улучшение психического и соматического состояния как на уровне субъективных ощущений, так и при объективном контроле «Видикор-М». Пожилые пациенты реально наглядно видели и сравнивали положительный результат психокоррекционной работы с ними, что имело дополнительный выраженный психотерапевтический эффект.

Учитывая этот опыт работы с пожилыми пациентами, в перспективе видится целевая первичная и вторичная психопрофилактическая работа с ними по двум направлениям:

1. Непосредственная отработка стрессовой ситуации и ее дезактуализация;
2. Работа по улучшению качества жизни при выявлении проблем со здоровьем на ранних этапах возникновения заболеваний.

Будет правильным использование возможностей «Видикор-М» в лечебных



учреждениях при лечении пациентов задолго до их выхода на пенсию, так как «большая часть проблем со здоровьем в пожилом возрасте является следствием хронических заболеваний. Многие из них могут быть предотвращены или отложены благодаря здоровому образу жизни» [1]. Этим будет обеспечен «процесс оптимизации возможностей для обеспечения здоровья, участия в жизни общества и защищенности человека в целях улучшения качества его жизни в ходе старения» [1].

Источники:

1. ВОЗ Всемирный доклад о старении и здоровье / ВОЗ. Женева. — 2016. — 301 с.
2. Журавлев А.К., Михальчик С.В. Анализ и коррекция психических состояний: учебное пособие: Рос. Гос. мед. ун-т. — М., 2007. — 48 с.
3. Конончук В.В., Платонова И.А., Арсениев Н.А. Исследование изменений уровня психической адаптации в динамике у абитуриентов, поступающих в высшие военно-учебные заведения // Сб. мат. III Всерос. науч.- практ. конф. с международным участием «Инновации в здоровье нации». — СПб. — 2015. — С. 34-37.
4. Конончук В.В., Давыдов А.Т., Савченко И.Ф. Проблемные вопросы организации раннего выявления суицидального риска у юношей допризывного возраста // Профилактическая и клиническая медицина. — 2015. — № 1 — С. 94-97.
5. Конончук В.В., Михальчик С.В., Журавлев А.В. Профилактика суицидального риска и суицидального поведения у граждан, освидетельствуемых в военных комиссариатах, у военнослужащих в воинских частях и учреждениях, у комбатантов, ветеранов подразделений особого риска, ликвидаторов последствий на Чернобыль-
- ской АЭС. Учебное пособие. — СПб.: Нестор-История, 2016. — 204 с.
6. Конончук В.В., Давыдов А.Т., Савченко И.Ф. Результаты выявления суицидального риска у военнослужащих по призыву // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. — 2014. — № 3 — С. 136-139.
7. Конончук В.В., Платонова И.А., Журавлев А.К. Организация раннего выявления суицидального риска и предупреждение суицидального поведения у граждан в военных комиссариатах, у военнослужащих в воинских частях и учреждениях, у комбатантов, ветеранов подразделений особого риска, ликвидаторов последствий на Чернобыльской АЭС: методические рекомендации / В.В. Конончук, И.А. Платонова, А.К. Журавлев [и др.]. — СПб.: Нестор-История, 2015. — 72 с.
8. А.К. Журавлев (РФ), С.В. Михальчик (РФ). Пат. 2303947 РФ, МКИ А61В5/103 Способ определения психического состояния. — № 2004121495/14; заявлено 15.07.2004; опубл. 10.08.2007.
9. Тюкин, О.А. Социальное обслуживание как фактор повышения качества жизни пожилых людей (по материалам опроса экспертов) / О.А. Тюкин // Знание. Понимание. Умение. — 2016. — № 2. — С. 320-328.
10. Фурман Ю.В., Рыжикова И.А., Самохвалов С.А. Социальная среда — фактор адаптации лиц пожилого возраста // Мат. III Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы общества, науки и образования: современное состояние и перспективы развития». — Курск. — 2016. — С. 229-233.
11. Черепанова, М.И. Социальная эксклюзия как один из факторов суицидальных рисков среди лиц пожилого и старческого возраста / М.И. Черепанова // Мир науки, культуры, образования. — 2012. — № 6 (37). — С. 425-429.



Сведения об авторах:

Журавлев Александр Константинович, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, психолог I категории УМЦ ФГБОУ ВО «Московский государственный технический университет имени Н.Э. Баумана (национальный исследовательский университет)», лауреат премии им. П.Е. Лукомского
E-mail: al.zhuravlef@mail.ru

Конончук Виталий Витальевич, старший преподаватель курса «Безопасность жизнедеятельности. Медицина катастроф» кафедры физиологии и патологии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, врач-психиатр, врач психиатр-нарколог, врач-психотерапевт
E-mail: terebovlya1974@mail.ru

