

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Смирнов Сергей Николаевич  
Должность: врио ректора  
Дата подписания: 18.09.2023 13:05:43  
Уникальный программный ключ:  
69e375c64f7e975d4e8830e7b4fcc2ad1bf35f08

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»



Рабочая программа дисциплины (с аннотацией)  
**Клиническая психология в геронтологии и гериатрии**

Специальность

**37.05.01 Клиническая психология**

Направленность (профиль)

**Патопсихологическая диагностика и психотерапия**

Для студентов 5 курса очной формы обучения

Составитель: *Д.В. Максимов*

**Тверь, 2023**

## **I. Аннотация**

### **1. Цель и задачи дисциплины**

**Целью освоения дисциплины** являются: ознакомление студентов с современными представлениями о психологических закономерностях и мозговых механизмах нормального и патологического старения.

**Задачами освоения дисциплины** являются:

- ознакомить студентов с различными теориями старения;
- изучить психологические факторы, определяющие специфику возраста инволюции как особого периода онтогенеза;
- проанализировать уровни и механизмы саморегуляции и опосредствования психической деятельности в возрасте инволюции;
- ознакомить с нейропсихологическими синдромами, характерными для нормального старения и деменций позднего возраста;
- ознакомить с клинико-психологическими аспектами психических и соматических расстройств в позднем возрасте;
- изучить возможности психотерапии при лечении деменций позднего возраста.

### **2. Место дисциплины в структуре ООП**

Дисциплина «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии» входит в обязательную часть учебного плана образовательной программы по специальности 37.05.01 Клиническая психология.

Данный курс ориентирован на решение узких прикладных проблем психологии позднего возраста.

Освоение дисциплины «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии» основывается на знаниях, полученных студентами при изучении курсов «Введение в клиническую психологию», «Психология личности», «Психология развития и возрастная психология», «Основы психотерапии», «Нейропсихология» и др.

Содержательно дисциплина закладывает основы знаний для прохождения таких дисциплин как: «Психотерапия и консультирование неврологических

больных», «Психотерапия и консультирование соматических больных», а также прохождения производственной практики, НИР и Научно-исследовательской (квалификационной) практики.

**3. Объем дисциплины: 2 зачетных единицы, 72 академических часа, в том числе:**

**контактная аудиторная работа:** лекции 20 часов, в т.ч. практическая подготовка 20 часов; практические занятия 20 часов, в т.ч. практическая подготовка 20 часов;

**контактная внеаудиторная работа:** контроль самостоятельной работы 4 часа, в т.ч. практическая подготовка 4 часа;

**самостоятельная работа:** 28 часов.

**4. Планируемые результаты обучения по дисциплине, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы**

Планируемые результаты освоения образовательной программы (формируемые компетенции)	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ПК-4 Клинико-психологическое обеспечение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий	<p>ПК-4.1 Определяет необходимость проведения целенаправленных мероприятий по выявлению нарушений психического (психологического) развития и функционирования (проведение патопсихологического обследования в зависимости от медицинских целей и задач); выявляет и анализирует информацию о полученных данных, способствует организации получения медицинской интервенции при необходимости</p> <p>ПК-4.2 Выявляет патопсихологический симптомокомплекс; определяет цели профессиональной работы с пациентом; выстраивает и проверяет психологические гипотезы, владеет методами оказания консультативной психологической помощи;</p>

	<p>представлением о нозологических группах психических расстройств; методами оценки сохранных и нарушенных звеньев в структуре психической деятельности пациента и определяет возможные способы клинко-психологической интервенции</p> <p>ПК-4.3 Разрабатывает и реализует планы проведения коррекционных, развивающих занятий для детей и взрослых, направленные на развитие интеллектуальной, эмоционально-волевой сферы, познавательных процессов, снятие тревожности, решение проблем в сфере общения, преодоление проблем в общении и поведении</p>
<p>ПК-5 Клинико-психологическое обеспечение психотерапевтической помощи</p>	<p>ПК-5.1 Применяет методы клинко-психологической беседы и наблюдения; анализирует психологические гипотезы и прогноз течения болезни, профессионально взаимодействует с пациентами (клиентами) лечебного или иного учреждения, учитывая особенности профессиональной коммуникации в зависимости от нозологической принадлежности и индивидуально-психологических особенностей личности</p> <p>ПК-5.2 Разрабатывает и проводит программы психопрофилактических и неврачебных психотерапевтических мероприятий по запросу заказчика с учетом профиля учреждения. оказывает помощь медицинскому персоналу или работникам других учреждений в вопросах коммуникации с пациентами (клиентами); обучает способам создания комфортной психологической атмосферы и терапевтической среды;</p> <p>формы профессиональной работы с персоналом</p>

**5. Форма промежуточной аттестации и семестр прохождения:** зачет, 10 семестр.

**6. Язык преподавания русский.**

**II. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов учебных занятий**

Учебная программа – наименование разделов и тем	Всего (час.)	Контактная работа (час.)						Самостоятельная работа, в том числе Контроль (час.)
		Лекции		Практические занятия		Контроль самостоятельной работы		
		всего	в т.ч. практическая подготовка	всего	в т.ч. практическая подготовка	всего	в т.ч. практическая подготовка	
<b>Раздел I. Общая характеристика процесса старения</b>								
<b>Тема 1.</b> Возраст инволюции и его периодизация	6	2	2	2	2			2
<b>Тема 2.</b> Старение как проблема возрастной и клинической психологии	9	2	2	2	2	1	1	4
<b>Раздел II. Нормальное старение</b>								
<b>Тема 3.</b> Психологические параметры и детерминанты нормального старения	10	3	3	3	3			4
<b>Тема 4.</b> Возрастные аффективные реакции	10	2	2	2	2			6
<b>Тема 5.</b> Нейропсихология нормального (физиологического) старения	15	4	4	4	4	1	1	6
<b>Раздел III. Нейропсихологический подход к изучению деменций позднего возраста</b>								
<b>Тема 6.</b> Общая характеристика деменций позднего возраста. Нейропсихологическая типология деменций позднего возраста	12	4	4	4	4			4
<b>Тема 7.</b> Основные подходы к лечению деменций позднего возраста	10	3	3	3	3	2	2	2
<b>ИТОГО</b>	<b>72</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>28</b>

### Ш. Образовательные технологии

Учебная программа – наименование разделов и тем	Вид занятия	Образовательные технологии
<b>Тема 1.</b> Возраст инволюции и его периодизация	Лекция	<i>Лекция традиционная Лекция-визуализация</i>
	Практическое занятие	<i>Метод case-study</i>
<b>Тема 2.</b> Старение как проблема возрастной и клинической психологии	Лекция	<i>Лекция традиционная Лекция-визуализация</i>
	Практическое занятие	<i>Метод case-study</i>
<b>Тема 3.</b> Психологические параметры и детерминанты нормального старения	Лекция	<i>Лекция традиционная Лекция-визуализация</i>
	Практическое занятие	<i>Метод case-study Психологическая диагностика</i>
<b>Тема 4.</b> Возрастные аффективные реакции	Лекция	<i>Лекция традиционная Лекция-визуализация</i>
	Практическое занятие	<i>Метод case-study Патопсихологическая диагностика Моделирование терапевтического процесса</i>
<b>Тема 5.</b> Нейропсихология нормального (физиологического) старения	Лекция	<i>Лекция традиционная Лекция-визуализация</i>
	Практическое занятие	<i>Метод case-study Нейропсихологическая диагностика</i>
<b>Тема 6.</b> Общая характеристика деменций позднего возраста. Нейропсихологическая типология деменций позднего возраста	Лекция	<i>Лекция традиционная Лекция-визуализация</i>
	Практическое занятие	<i>Метод case-study Патопсихологическая диагностика Нейропсихологическая диагностика Моделирование терапевтического процесса</i>
<b>Тема 7.</b> Основные подходы к лечению деменций позднего возраста	Лекция	<i>Лекция традиционная Лекция-визуализация</i>
	Практическое занятие	<i>Метод case-study Диагностика Моделирование терапевтического процесса: разработка сценариев различных аспектов организации процесса психотерапии Проектная деятельность</i>

### IV. Оценочные материалы для проведения текущей и промежуточной аттестации

<b>Типовые оценочные материалы для проведения текущей и промежуточной аттестации</b>	<b>Показатели и критерии оценивания компетенции, шкала оценивания</b>
--	---

<p><b>Практическая работа «Психодиагностика когнитивных, личностных и эмоциональных особенностей лиц пожилого возраста»</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ознакомиться с методиками, применяемыми в целях диагностики деменций позднего возраста, а также с основными принципами психодиагностики лиц пожилого и старческого возраста.</li> <li>2. Подобрать методики для всестороннего обследования – познавательных процессов, эмоциональной сферы, личностных особенностей (по 3 методики на каждую сферу психики).</li> <li>3. Обосновать выбор методик, привести их описание и оформить их в виде программы психодиагностического обследования в соответствии с методическими указаниями.</li> <li>4. Провести диагностику 1 респондента, по результатам диагностики написать заключение.</li> </ol>	<p>Максимум 20 баллов:  20 баллов – в программе представлены и описаны все 9 методик, при обосновании выбора методик прослеживается высокий уровень теоретических знаний, составленное психодиагностическое заключение основано на фактических знаниях, отражает междисциплинарные знания обучающегося, демонстрирует творческий индивидуальный подход к интерпретации результатов, способность к анализу и обобщению научной информации;  15 баллов – присутствуют 7-8 требуемых методик, которые описаны и обоснованы, заключение построено на шаблонном использовании интерпретаций результатов по методикам;  10 баллов – присутствуют 5-6 требуемых методик, которые выбраны при неполном соответствии с принципами психодиагностического обследования лиц пожилого и старческого возраста, в заключении приводятся лишь баллы по методикам без какой-либо интерпретации;  5 баллов – присутствует 3-4 методики, выбор которых не обоснован, нет описания методик.</p>
<p><b>Устный ответ</b>  Примеры вопросов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Теории старения.</li> <li>2. Возрастные аффективные реакции.</li> <li>3. Особенности памяти и внимания при нормальном старении.</li> <li>4. Личностные изменения в старости.</li> <li>5. Функционирование трех функциональных блоков мозга при нормальном старении.</li> </ol>	<p>Максимум 15 баллов за ответы на 3 вопроса:  5 баллов за ответ – тема раскрыта с опорой на соответствующие понятия и теоретические положения;  4 балла за ответ – тема раскрыта с опорой на соответствующие понятия и теоретические положения, допущена фактическая ошибка, не приведшая к существенному искажению смысла;  3 балла за ответ – аргументация на теоретическом уровне неполная, смысл ряда ключевых понятий не объяснен;  2 балла за ответ – аргументация на теоретическом уровне неполная, смысл ряда ключевых понятий не объяснен, допущены многочисленные речевые ошибки, затрудняющие понимание смысла сказанного;  1 балл за ответ – терминологический аппарат непосредственно не связан с раскрываемой темой;  0 баллов – ответа на вопрос нет.</p>

В качестве самостоятельного задания по курсу «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии» вам предлагаются четыре клинических случая с запросами об оказании психологической помощи пожилым людям – пациентам медицинских учреждений различного профиля (Случаи 2-5). Выберите один из этих случаев (или опишите свой случай из реальной практики) и на основании его анализа разработайте программу психотерапевтической работы клинического (медицинского) психолога с данным пациентом. Вы можете придерживаться любого из существующих и известных Вам психотерапевтических и психокоррекционных подходов. Одним из таких подходов является т.н. **нарративный** подход (**Приложение 1**), краткое описание которого выложено на Дискуссионном форуме.

Пример того, какого рода должен быть ответ (Случай 1). Ниже приводится вариант выполнения задания именно с точки зрения **нарративного** подхода, вы же можете предложить иную схему работы психолога, однако в этом случае обязательно нужно обосновать такую схему теоретически.

### Случай 1

#### **«Потеря смысла жизни»**

Впервые медицинский психолог встретился с пациенткой в кардиологическом отделении больницы, по вызову лечащего врача к пациентке с обширным инфарктом миокарда, которая тревожна, агрессивно настроена в отношении других больных в ее палате, настороженно относится к медицинскому персоналу и лечебным назначениям, вплоть до того, что отказывается ехать в санаторий для дальнейшей реабилитации.

Пациентка, женщина 62 лет, встретила психолога очень настороженно. Как потом выяснилось, она ожидала, что ее будут оценивать, «выискивая, насколько и в чем она психически ненормальная». Сама к окружающим также относилась негативно, ничего хорошего не ожидая для себя в будущем. По ее мнению, поездка в санаторий совершенно бесполезна, т.к. полностью не вылечит, а вот работу она за это время потеряет. Кто ее тогда содержать будет? Кому она вообще нужна? Какой смысл ее спасать было, если вылечить полностью не смогли?

#### **Терапия:**

##### **1. Слушание истории клиента**

Ее оценки окружающих носили исключительно отрицательный характер: «грязные, глупые, невоспитанные, непотребно ведут себя». Лишь одна женщина, когда пациентку перевели из реанимации в палату, подходила к ней ночью, помогала поправить постель, но она уже выписалась. Единственный человек, о котором она говорила как о своем спасителе, даже с благоговением, – это ее нынешний лечащий врач. Так получилось, что она (врач) принимала эту пациентку по дежурству в приемном отделении, а потом оказалась ее палатным врачом. И, тем не менее, когда врач сказала о возможности и необходимости из больницы



отправиться не домой, а в санаторий, больная отказалась, расплакавшись и ничем не объясняя своего отказа и поведения. Врач вызвала психолога.

## **2. Выявление проблемной (доминирующей) истории**

В беседе выяснилось, что пациентка работает педагогом в школе-интернате. У нее большой педагогический стаж, но не слишком хорошие отношения с директором школы и педагогическим коллективом. Сама пациентка считает, что причина в ее возрасте: «Она (директор) давно спланировала бы меня на пенсию, да кто туда пойдет – на такую тяжелую работу и за такие малые деньги. Но если бы я сама ушла, учителя поделили бы мои часы и ставку. Я преподаю русский и литературу в 5-8 классах. Многие взяли бы за них в качестве совместительства». С другой стороны, это для нее единственный возможный источник доходов, т.к. своей семьи нет (с мужем давно в разводе, детей нет), а перспектива жить лишь на одну пенсию очень пугает: «Если я после месяца нахождения в больнице уеду еще и в санаторий на два месяца, то меня точно уволят»

Есть младший брат, у которого своя семья, небольшие доходы, поэтому помогать ей не может. Отношения между ними дистантные много лет. Хотя когда он только учился, а она уже работала, то помогала брату материально, сколько могла, т.к. к тому времени их родители уже умерли. «Но это было очень давно, он уж и не вспомнит это никогда». В больнице он навестил ее лишь один раз, после того как она позвонила и попросила купить лекарство, назначенное врачом и отсутствующее в больнице, пообещав при этом вернуть ему за него деньги.

Коллеги по работе не навестили ее ни разу, хотя она сообщила о своей госпитализации сразу, как смогла.

Кроме того, она со страхом думала о возвращении домой. Жила она в однокомнатной квартире в доме, предназначенном на снос, который все откладывается из года в год. Квартиру над ней хозяйка «сдавала нерусским лицам, которые там толпой живут», и там постоянно шумно, особенно по ночам. Неоднократно ее квартиру заливали. Никто ремонт делать не собирается. Она ходила в мэрию, но ей сказали «Ждите, когда снесут дом».

## **3. Экстернализация проблемы.**

Называние (присвоение имени) проблемы. Таким образом, выявилась главная для нее тема: «старые и больные никому не нужны». На вопрос психолога, как это влияет на нее и что вынуждает делать, пациентка сначала ответила: «Жизнь кончена», а позже добавила: «Делать все приходится самой».

## **4. Деконструкция проблемной истории**

Следующие встречи представляли собой составление нарративов путем переобсуждения следующих тем, прозвучавших как значимые для пациентки: : 1) доверие лечащему врачу – если бы не было необходимости, то она бы на санатории

не настаивала: если пациентка не поедет в санаторий, то не сможет выйти на работу ни через месяц, ни, возможно, позже, т.к. самореабилитации (дома, одной) будет точно недостаточно, 2) больница имеет право предложить санаторий только работающим людям – общество заботится о своих работниках, 3) весь период лечения в больнице и санатории покрывается больничным листом, который оплачивается, и в этот период уволить из государственного учреждения не имеют права, 4) люди в палате (их там 6 человек) вынуждены помогать друг другу, т.к. мед.персонала не хватает для каждого, но они все очень слабы и лишь перед выпиской становятся способны облегчать жизнь другим.

## **5. Выявление уникальных эпизодов и начало альтернативной истории**

В период нахождения в стационаре пациентка сама начала постепенно помогать другим, более тяжелым больным в палате, и была очень удивлена их искренней благодарностью в ее адрес. Появилась тема: «Я же вообще-то добрый человек, просто сил нет всем помочь столько, сколько им надо».

После ее повторного звонка брату, когда она сообщила, что ее отправляют в санаторий, тот к ней опять приехал в больницу. Предложил съездить к ней домой за вещами для санатория, все привез, а потом спросил, что ей еще нужно и купил, что она попросила. Таким образом, брат отозвался на конкретную просьбу, когда она сама к нему обратилась, хотя они давно не общаются, даже редко звонят друг другу. Значит их отношения имеют опыт различных форм контакта, а не только последней (избегание).

## **6. Перенаименование проблемы. Называние альтернативной истории**

Так появилась иная проблема – как организовать отношения с окружающими, чтобы помочь себе в организации будущего. Назвали ее «самопомощь и взаимоотношения».

## **7. Уплотнение альтернативной истории**

Пациентка вспоминала, как она самозабвенно училась в педагогическом училище, а потом институте. Как жила на стипендию, чтобы не обременять родителей. Как помогала закончить институт брату, когда родители умерли в один год.

Пациента много рассказывала, как она неоднократно ходила в коммунальные службы и добивалась ремонтов их дома (крыши, двора, подъезда, своей квартиры, когда ее «залили сверху»). Итак, у нее был опыт, подтверждающий, что кроме нее самой, некому ухаживать за квартирой и искать варианты ее переселения. И она уже знала, куда и к кому из городского руководства надо идти дальше. Таким образом, главная цель, которая встала перед пациенткой непосредственно сейчас - надо поправить здоровье, которого надо очень много, чтобы всем этим заниматься.

## **8. Обсуждение будущего в свете новой истории**

Главным лозунгом обсуждения ближайших планов пациентки стал принцип «Моя жизнь только в моих руках».

Она не только дала согласие на лечение в санатории, но и стала чаще и более внимательно выспрашивать у лечащего врача рекомендации по организации ею своего образа жизни в более отдаленном будущем.

Кроме того, она позвонила на работу и, сообщив о направлении ее врачами в санаторий, объявила, что потом собирается выйти на работу.

## **9. Выявление ресурсов клиента, способствующих поддержанию новой реальности в настоящем и будущем**

Клиентка назвала такие важные, по ее мнению, свои качества, как твердость в выполнении поставленной задачи, опыт жить одной и самой устраивать свою жизнь, профессионализм в построении правильной речи и грамотного написания документов.

Следующий раз психолог с ней встретился при ее повторной госпитализации через год, в период обострения ишемической болезни сердца. Она уже не работала, получив 2 группу инвалидности. Жила на одну пенсию. К брату не обращалась. С коллегами с прошлой работы отношения не поддерживала. Дом по-прежнему обещали снести, но теперь не раньше, чем через два года.

Тема «никому не нужна стала (о государстве)» вновь, казалось, захватила все ее мысли.

Однако, когда психолог стал расспрашивать о ее жизни в этот год, выяснилось, что она выясняет варианты, как можно организовать себе опеку путем продажи или передачи своей квартиры соответствующей организации (государственной, частной или церкви). То есть, она занималась выяснением возможностей обеспечения себя в настоящем и будущем.

Кроме того, она старалась выполнять рекомендации врачей: по приему лекарств, режиму жизни (активности, отдыху). На ночь от шума соседей затыкала уши, и спала, сколько удавалось. Иногда отдыхала больше днем, когда в доме тихо.

Хуже всего было с питанием – денег не хватало, ела очень мало, однообразно. Госпитализация, таким образом, помогала не только подлечиться, но и подкормиться, а также сэкономить деньги на последующий период жизни. Так появилась тема «стыдно показывать свою бедность», которая в ходе данного цикла психологических бесед трансформировалась в «право пользоваться заслуженным отдыхом, лечением, льготами». Кроме того, в ходе построения планов на будущее пациенткой была построена программа добиваться этих прав, когда их не предоставляют, отыскивая иные варианты, чем «просто ожидания, когда о тебе вспомнят чиновники».

## Случай 2

### *«Предательство собственного тела»*

Мужчина 65 лет поступил в терапевтическое отделение больницы по направлению из поликлиники для обследования и лечения в связи с кризовым характером течения гипертонической болезни. Беспокоят головные боли, головокружение и одышка при ходьбе, несколько раз в день сильно поднимается артериальное давление.

Живет один. Был женат, разведен. Детей нет. В Москву приехал из провинции после армии. Получил среднее техническое образование. Работал в НИИ, потом «в разных организациях, которые из него образовывались» - фактически всю жизнь на одном месте. В молодости занимался спортом, но с возрастом зобросил. Гипертоническая болезнь лет двадцать. Иногда бывали боли в сердце, но «само проходило». Когда заболел сильно, вызывал врача, но редко: «Болезнь особенно некогда, работу потерять можно».

Полгода назад сильно простудился, но продолжал ходить на работу – «думал - обойдется». Перенес двустороннее воспаление легких, во время которого были эпизоды появления страха, что задохнется или сердце не выдержит. По его словам: «Впервые чувствовал себя таким беспомощным». Долго был на бюллетене, и когда начальник высказал недовольство, уволился. Решил, что стал слишком старым, больным. И действительно, одышка при ходьбе стала постоянной, скачки давления ежедневные, сон беспокойный. Пьет все лекарства, назначаемые врачами, «да все без толку». Согласился на предложение участкового терапевта пройти обследование и лечение в клинике, но в успех не верит: «Старость и болезнь неразлучны».

### *Терапия:*

#### **1. Слушание истории клиента.**

Обращало на себя внимание, что пациент подробно рассказывает о своей сегодняшней ситуации, но не охотно о прошлом. При этом он охотнее говорит сам, выдвигая версию безнадежности своего состояния, чем отвечает на уточняющие вопросы психолога о динамике, в том числе об улучшении, его самочувствия.

#### **2. Выявление проблемной (доминирующей) истории**

Основным нарративом, который клиент доносил до психолога, как он сам это подтвердил, являлась история

---

---

---

#### **3. Экстернализация проблемы.** Называние (присвоение имени) проблемы

Пациенту можно предложить для обсуждения следующие группы тем:

1)

---

---

---

---

2) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

В результате его проблема может быть названа:

« \_\_\_\_\_ ».

**4. Деконструкция проблемной истории**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Выявление уникальных эпизодов и начало альтернативной истории**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. Перенаименование проблемы**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. Уплотнение альтернативной истории**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Обсуждение будущего в свете новой истории**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9. Выявление качеств клиента, способствующих поддержанию его новых отношений в настоящем и будущем**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Случай 3**  
**«Зависимость от других»**

Супружеская пара (жене 60 лет, мужу 71 год) обратилась к психологу по рекомендации бывших клиентов в связи с нарушением супружеских взаимоотношений, причиной которых, по мнению жены, как она сказала по телефону, является апатия мужа.

В начале первой из трех встреч они оба выглядели очень подавленными: жена, полная женщина с энергичными и одновременно плавными движениями, и ее муж, высокий мужчина с шаркающей походкой и мелко подрагивающей головой. Однако, у нее на лице боролись отчаяние и решительность, а на его застыла маска обреченности.

## Терапия:

### 1. Слушание истории клиента

Женщина сказала, что снижение настроения у мужа, вначале периодическое, стало появляться довольно давно. Но раньше это было в основном связано с ситуациями, когда ему не удавалось выполнить или получить что-то им намеченное. Но вот несколько лет назад ему поставили диагноз «болезнь Паркинсона», и он просто сник, стал отказываться ходить в гости, даже гулять, потерял интерес к работе. После лечения антидепрессантами на какое-то время он опять «стал прежним», а в этом году не помогают и лекарства. Даже с ней общаться не хочет. Застав мужа плачущим, она в отчаянии позвонила своей подруге, дочь которой и посоветовала им пойти к медицинскому психологу.

Мужчина, со своей стороны, добавил, что услышав от врачей свой диагноз, посмотрел, каковы могут быть прогнозы и перспективы, в медицинской энциклопедии, и понял, что «жизнь кончилась, т.к. болезнь неизлечимая». Да, вначале лекарства помогали. Но когда он не смог сам застегнуть пуговицы на рубашке, то понял, что «это конец: даже себя обслужить сам теперь не смогу», и заплакал. В этот момент и зашла жена. Он не стал ей ничего объяснять, просто позвонил на работу, что сегодня не придет (он преподаватель в ВУЗе, и в этот день у него, «к счастью, не было лекций. Просто присутственный день на кафедре»).

Жена, с возмущением в голосе, спросила, почему он не сказал ей о пуговицах, она бы тут же помогла ему. Неужели он ей не доверяет? Муж объяснил, что дело не в одном этом случае. Просто в этот момент он понял, что скоро станет полностью зависим от нее и других окружающих. А для него это невозможно. Он всегда был самостоятельным человеком. Всего в жизни добивался сам. Старался обеспечить семью, помогал своим и ее родителям, детям (у них их двое), коллегам по работе.

### 2. Выявление проблемной (доминирующей) истории

Психолог, спрашивая поочередно обоих супругов об истории их брака и индивидуального социального развития каждого, стал выяснять, какая из обозначенных ими проблем для них главная – дистантность в их взаимоотношениях, наличие неизлечимой болезни у мужа, его прогрессирующая невозможность обслуживать себя самостоятельно. Женщина назвала \_\_\_\_\_ . Мужчина

### 3. Экстернализация проблемы. Называние (присвоение имени) проблемы.

Супругам можно предложить для обсуждения следующие группы тем:

1)

---

---

---

2)

---

---

---

В результате проблема может быть названа:  
« \_\_\_\_\_ ».

**4. Деконструкция проблемной истории**

**5. Выявление уникальных эпизодов и начало альтернативной истории**

**6. Перенаименование проблемы**

**7. Уплотнение альтернативной истории**

**8. Обсуждение будущего в свете новой истории**

**9. Выявление ресурсов, способствующих поддержанию новых отношений в настоящем и будущем**

**Случай 4**

***«Внезапный приступ страха смерти»***

Женщина 73 лет поступила в терапевтическое отделение с гипертоническим кризом, сопровождавшимся жалобами на «жуткий страх смерти» (по словам больной).

Женщина имеет двоих детей. В настоящий момент проживает с семьей младшего сына. Муж умер. Старший сын проживает со своей семьей отдельно. Отношения со всеми родственниками хорошие. К ней и дети, и невестки, и внуки относятся \_\_\_\_\_ уважительно, \_\_\_\_\_ заботятся.

Женщина болеет гипертонической болезнью и ишемической болезнью много лет. Регулярно наблюдается у районного терапевта и получает лекарства по основным заболеваниям. Считает, что в ее жизни все ровно и хорошо устроено, поэтому недоумевает и очень напугана своими настоящими ощущениями и переживаниями. Три дня назад она, оставшись как всегда одна дома, когда сын и невестка были на работе, а внук в школе, испытала внезапный приступ страха смерти, который сопровождался ощущением сдавления в груди. Она померила себе давление – оно

было в пределах нормы, и приняла корвалол, однако не только не получила значительного облегчения, но страх стал усиливаться, пока стал настолько невыносимым, что «от него хотелось выброситься в окно». Эти мысли пугали еще больше. Она позвонила сыну на работу, сказала, что ей плохо и страшно. Когда сын, а затем остальные члены семьи вернулись домой, стало несколько легче. Следующий день прошел в напряженном ожидании, «когда же кончится одиночество, и они придут домой». А на следующий, уже к вечеру ужас охватил ее вновь такой, что сын вызвал скорую помощь, врач которой констатировал значительное повышение артериального давления на фоне эмоционального возбуждения больной и предложил госпитализацию.

## Терапия:

### 1. Слушание истории клиента

Слушая пациентку, психолог обратил внимание и в дальнейшем сфокусировал внимание на том, что во-первых, резвившееся психотическое состояние испугало ее, во-вторых, по ее словам оно развилось впервые в ее жизни, в-третьих, оно развилось, когда та находилась дома в одиночестве, и в-четвертых, появившиеся на фоне страха смерти суицидальные мысли «испугали еще больше».

2. **Выявление проблемной (доминирующей) истории**  
Сначала пациентка главной проблемой обозначила

---

---

### 3. Экстернализация проблемы. Называние (присвоение имени) проблемы.

Пациентке можно предложить для обсуждения следующие группы тем:

1)

---

---

---

2)

---

---

---

В результате ее проблема может быть названа:

«

---

».

### 4. Деконструкция проблемной истории

---

---

### 5. Выявление уникальных эпизодов и начало альтернативной истории

---

---

---

### 6. Перенаименование проблемы

---

---

---



## 7. Уплотнение альтернативной истории

---

---

## 8. Обсуждение будущего в свете новой истории

---

---

## 9. Выявление качеств и ресурсов клиентки, способствующих поддержанию ее новых отношений в настоящем и будущем

---

---

### Случай 5 *«Депрессия и страх смерти»*

Женщина 60 лет поступила в терапевтическое отделение прямо из поликлиники, куда пришла за путевкой на плановую госпитализацию в больницу, на «скорой» при повышении АД (200/100).

Страдает гипертонической болезнью примерно 5 лет, столько же не работает. До этого была учителем в школе.

Живет во втором браке с мужем, который работает шофером-дальнобойщиком. Муж часто выпивает. Первый брак закончился разводом. Детей нет.

В июне 2003г. перенесла инфаркт миокарда.

В феврале 2005г. умерла дочь ее племянницы (очень близкий для нее человек), а в мае 2005г. – кошка пациентки.

Последние 2 месяца (со смерти кошки) ничего не интересует, часто плачет, пугает одиночество, особенно когда муж в командировке. Хочется только лежать. Если бы не надо было готовить мужу, ничего не делала бы; себе готовит только чай и бутерброды. Возникают мысли о бесполезности жизни, о том, что не о ком заботиться: кошка умерла, а муж и сам справляется. Однако, как верующий человек, мыслей о суициде не допускает.

Примерно полгода назад появилось чувство страха: "что-то должно случиться с кем-то близким", раздражение, беспокойство, тревога по утрам, от которой просыпается на рассвете. Теперь так боится быть одна, что «аж сердце останавливается». Тело тяжелое, частые головные боли, быстро устает.

### Терапия:

#### 1. Слушание истории клиента

Постепенно из рассказа пациентки складывалась история о медленном затихании ее ранее активной деятельностной жизни. Основными переломными вехами были: 1) 8 лет назад дочь племянницы, которой она была «единственной бабушкой» из-за ранней смерти своей старшей сестры, окончила школу и поступила в институт,

перестав нуждаться в ее постоянной опеке; 2) 5 лет назад – ее собственный уход на пенсию по возрасту, совпавший с получением инвалидности, что сформировало у нее понятие, что она «не только старая, но и больная»; 3) полгода назад – внезапная болезнь и быстрая (менее чем через год) смерть дочери племянницы; 4) смерть любимой кошки, которая жила у нее 10 лет.

**2. Выявление проблемной (доминирующей) истории**

Доминирующей историей в жизни пациентки вырисовывалась тема

---

---

---

**3. Экстернализация проблемы.** Называние (присвоение имени) проблемы Пациентке можно предложить для обсуждения следующие группы тем:

1)

---

---

---

2)

---

---

---

В результате ее проблема может быть названа:

« \_\_\_\_\_ ».

**4. Деконструкция проблемной истории**

---

---

---

**5. Выявление уникальных эпизодов и начало альтернативной истории**

---

---

---

**6. Перенаименование проблемы**

---

---

---

**7. Уплотнение альтернативной истории**

---

---

---

**8. Обсуждение будущего в свете новой истории**

---

---

---

**9. Выявление качеств и ресурсов клиентки, способствующих поддержанию ее новых отношений в настоящем и будущем**

---

---

---

## ПРИМЕРНЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Термин «геронтология» был предложен

- а) И.И.Мечниковым
- б) И.И.Павловым
- в) Д.Ф.Чеботаревым
- г) В.В.Фролькисом

2. Задачей геронтопсихологии является

- а) изучение особенностей психики и поведения людей пожилого и преклонного возраста
- б) изучение физиологических и патофизиологических особенностей старого человека
- в) увеличение продолжительности жизни человека
- г) психотерапевтическая работа с пожилыми людьми

3. Согласно Э. Эриксону, задачей периода поздней зрелости является формирование

- а) автономности
- б) идентичности
- в) интеграции
- г) интимности

4. Идея о разграничении старости на физиологическую (нормальную) и патологическую (преждевременную) принадлежит

- а) С.П. Боткину
- б) И.И. Мечникову
- в) А.А. Богомольцу
- г) Б.Г. Ананьеву

5. К условиям благоприятного старения, согласно Н.Ф. Шахматову, не относится

- а) ориентировка на настоящее
- б) стремление вызвать к себе интерес окружающих
- в) пересмотр прошлых активных целевых установок и выработка самодостаточной жизненной позиции
- г) появление новых интересов, ранее не свойственных данному человеку

6. Морфологические и функциональные возрастные изменения менее характерны для

- а) ствола мозга
- б) коры больших полушарий
- в) базальных ганглиев
- г) лимбической системы

7. В пожилом возрасте
- а) хорошо сохраняется долговременная память
  - б) хорошо сохраняется кратковременная память
  - в) нарушается логическое запоминание
  - г) функции запоминания и хранения в основном не страдают
8. Основным фактором суицидального риска в старческом возрасте является
- а) смерть родственников
  - б) соматическая патология
  - в) психическая патология
  - г) утрата социального статуса
9. Для личностных изменений при сенильной деменции не характерно
- а) повышение тревожности
  - б) упрямство и ригидность
  - в) эмоциональное огрубение
  - г) расторможенность влечений
10. Афазии, апраксии, агнозии чаще всего наблюдаются при
- а) болезни Альцгеймера
  - б) сосудистой деменции
  - в) болезни Пика
  - г) болезни Паркинсона

### **ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ**

1. Проблема индивидуальных различий и предпосылки гармоничного старения.
2. Прошлый опыт как источник средств саморегуляции в позднем возрасте.
3. Половые различия в психическом старении.
4. Проблема межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия при старении.
5. Типология нейропсихологических синдромов нормального старения.
6. Высшие психические функции при нормальном старении: память, внимание, гнозис, праксис, мышление, речь.
7. Деменции позднего возраста как клиническая модель для развития представлений А.Р. Лурия о системной динамической локализации ВПФ и их прогрессивной латерализации.
8. Методологические проблемы психопатологии позднего возраста.
9. Методическое обеспечение для экспериментально-психологического исследования лиц позднего возраста.
10. Решение дифференциально-диагностических задач при инволюционных психозах.
11. Решение дифференциально-диагностических задач при эндогенной психической патологии и пограничных расстройствах в позднем возрасте.
12. Биологические и психологические факторы влияния телесных недугов на

психику.

13. Внутренняя картина болезни (ВКБ), особенности ее формирования и динамики в позднем возрасте.
14. Деонтолого-психологические аспекты гериатрии.
15. Формы патологического реагирования на соматическое заболевание.
16. Преморбидные личностные и когнитивные особенности больного и их роль в регуляторно-адаптационных процессах, направленных на поддержание жизнедеятельности при соматических болезнях в позднем возрасте.
17. Проблема «качества жизни» пожилого больного.
18. Основные подходы к лечению деменций позднего возраста и возможные пути психологической поддержки больных (психотерапия, фармакотерапия, оптимизация среды, регуляция деятельности, когнитивный тренинг).

### **ПРИМЕРНЫЕ ТЕМЫ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТ-КАРТ:**

1. Здоровье
2. Факторы здоровья
3. Причины старения
4. Второй функциональный блок мозга

### **ПРОЕКТ «ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ»**

**Задание:** Перед вами стоит задача благоустройства дома-интерната для престарелых, учитывая психологические особенности данного возраста, а также возможности психологической поддержки.

Разработайте проект благоустройства, включая необходимые материальные, кадровые и временные ресурсы. Оформите и презентуйте проект, убедите в необходимости его реализации.

### **ПРАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА «ПСИХОДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ, ЛИЧНОСТНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА»**

Психодиагностический аспект применения знаний по данной дисциплине предполагает умение студентов подбирать и применять психодиагностические методики. Студентам предлагается:

1. Ознакомиться с методиками, применяемыми в целях диагностики деменций позднего возраста, а также с основными принципами психодиагностики лиц пожилого и старческого возраста.
2. Подобрать методики для всестороннего обследования – познавательных процессов, эмоциональной сферы, личностных особенностей (по 3 методики на каждую сферу психики).
3. Обосновать выбор методик, привести их описание и оформить их в виде программы психодиагностического обследования.

4. Провести диагностику 1 респондента, по результатам диагностики написать заключение.
5. Оформить результаты работы в виде «Программы психодиагностического обследования», включающей: 1) титульный лист; 2) описание клинической картины предполагаемого нарушения; 3) принципы проведения психодиагностического обследования с данной категорией респондентов; 4) перечень диагностических методик (инструкция, стимульный материал, протокол, процесс обследования, характер и виды помощи, критерии оценки выполнения задания, обоснование выбора данной методики); 5) общие рекомендации для членов семьи лиц с предполагаемым нарушением психической деятельности; 6) список литературы.

Программа обследования оформляется и сдается преподавателю в печатном виде, учитывая следующие требования к оформлению:

- текст программы должен быть снабжен ссылками на научную психологическую литературу; пример оформления ссылки: (Панов В.И., 2014, с. 182) либо [4, с. 182].
- шрифт «Times new roman»; размер шрифта основного текста – 14 пт.; размер шрифта в таблицах – 12 пт.; межстрочный интервал основного текста – 1,5; межстрочный интервал текста в таблицах – 1,15; интервал между абзацами – 0; абзацный отступ – 1,25; выравнивание основного текста «по ширине»; выравнивание заголовков «по центру»; поля – «обычные»: верхнее и нижнее – 2 см., правое – 1,5 см., левое – 3 см.; названия рисунков – внизу рисунка, выравнивание «по центру»; названия таблиц – вверху таблицы, выравнивание «по правому краю».

## **ВОПРОСЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАЧЕТУ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **«Клиническая психология в геронтологии и гериатрии»**

1. Определения понятий «геронтология», «старение», «старость».
2. Психологические и физиологические параметры нормального старения.
3. Теории старения.
4. Возрастные аффективные реакции.
5. Возрастные изменения интеллекта.
6. Особенности памяти и внимания при нормальном старении.
7. Личностные изменения в старости.
8. Старость и образ жизни: проблемы вдовства и выхода на пенсию.
9. Функционирование трех функциональных блоков мозга при нормальном старении.
10. Классификации психических заболеваний в старости.
11. Общая характеристика сенильной деменции.
12. Клинические проявления болезни Альцгеймера.

13. Болезнь Пика, Паркинсона, хорея Гентингтона.
14. Сосудистые деменции. Заболевания, симптоматически сходные с деменцией.
15. Принципы геронтонейропсихологической диагностики.
16. Основные подходы к лечению деменций позднего возраста: психотерапевтическое воздействие.
17. Основные подходы к лечению деменций позднего возраста: психофармакотерапевтическое воздействие.

## **V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **1. Рекомендуемая литература**

#### **а) Основная литература**

1. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии [Электронный ресурс] / Л.И. Анцыферова. — Электрон. текстовые данные. — М.: Институт психологии РАН, 2006. — 512 с. — 5-9270-0094-0. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/15616.html>
2. Архангельская Г.С. Избранные лекции по геронтологии и гериатрии [Электронный ресурс]: учебное пособие / Г.С. Архангельская, Р.Ф. Бакчеева, П.В. Борискин. — Электрон. текстовые данные. — Самара: РЕАВИЗ, 2013. — 412 с. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/18403.html>
3. Голованова Е.Д. Биологические ритмы и скорость старения. Клинические аспекты геронтологии: монография / Е.Д. Голованова. - Saarbrücken: Palmarium Academic Publishing, 2014. - 120 с. - ISBN 978-3-639-75554-1. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1059061>
4. Мушкамбаров Н.Н. Геронтология in polemico: монография / Н. Н. Мушкамбаров. - 3-е изд., стер. - Москва: ФЛИНТА, 2020. - 467 с. - ISBN 978-5-9765-2296-1. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1143268>
5. Хасанова Г.Б. Социальная геронтология: учебное пособие / Г. Б. Хасанова. — Москва: ИНФРА-М, 2019. — 171 с. — (Высшее образование: Бакалавриат). — [www.dx.doi.org/10.12737/701](http://www.dx.doi.org/10.12737/701). - ISBN 978-5-16-004950-2. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1032673>

#### **б) Дополнительная литература**

1. Литвинова Н. А. Геронтология [Электронный ресурс]: учебное пособие / Н. А. Литвинова, Т. А. Толочко. — Кемерово: КемГУ, 2013. — 140 с. — Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/44361>
2. Основы геронтологии [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. А. В. Шабалина. - 2-е изд. испр. и доп. - Новосибирск: НГТУ, 2009. - 124 с. – Режим доступа: <https://znanium.com/catalog/product/548125>
3. Семикин В.В. Модель и принципы функционирования системы психологического сопровождения деятельности гериатрической службы

[Электронный ресурс]: монография / В.В. Семикин, Е.Е. Малкова. — Электрон. текстовые данные. — СПб.: Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2014. — 140 с. — 978-5-8064-1976-8. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/22557.html>

## **2) Программное обеспечение**

### **а) Лицензионное программное обеспечение**

- Kaspersky Endpoint Security 10 для Windows - Акт на передачу прав № ПК545 от 16.12.2022.

### **б) Свободно распространяемое программное обеспечение**

- Многофункциональный редактор ONLYOFFICE
- ОС Linux Ubuntu
- Google Chrome
- Adobe Reader XI
- Debut Video Capture
- 7-Zip
- iTALC
- и др.

## **3) Современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы:**

1. ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - Договор № 02-06/2023 от 02.08.2023г. <https://biblioclub.ru/>
2. «Образовательная платформа ЮРАЙТ» - Договор № 05-е/23 от 02.08.2023г. <https://urait.ru/>
3. ЭБС «Лань» - Договор № 04-е/23 от 02.08.2023г. <https://e.lanbook.com/>
4. ЭБС ZNANIUM.COM - Договор № 1106 ЭБС от 02.08.2023г. <https://znanium.com/>
5. Цифровой образовательный ресурс IPRsmart - Договор № 03-5/23К от 02.08.2023г. <http://www.iprbookshop.ru/>
6. Электронно-библиотечная система ТвГУ <http://megapro.tversu.ru/megapro/Web>
7. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU (подписка на журналы) [https://elibrary.ru/projects/subscription/rus\\_titles\\_open.asp?;](https://elibrary.ru/projects/subscription/rus_titles_open.asp?;)
8. Репозиторий ТвГУ <http://eprints.tversu.ru>,
9. Wiley Online Library <https://onlinelibrary.wiley.com/>
10. БД Scopus <https://www.scopus.com/search/form.uri?display=basic>
11. БД Web of Science [http://apps.webofknowledge.com/WOS\\_GeneralSearch\\_input.do?product=WOS&search\\_mode=GeneralSearch&SID=F5lxbbgnjnOdTHHnpOs&preferencesSaved=](http://apps.webofknowledge.com/WOS_GeneralSearch_input.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&SID=F5lxbbgnjnOdTHHnpOs&preferencesSaved=)



12. Архивы журналов издательства Sage Publication <http://archive.neicon.ru/xmlui/>
13. Архивы журналов издательства The Institute of Physics  
<http://archive.neicon.ru/xmlui/> ,
14. СПС КонсультантПлюс (в сети ТвГУ);
15. ИПС «Законодательство России» <http://pravo.gov.ru/ips/>
16. Сводные каталоги фондов российских библиотек АРБИКОН, МАРС  
- <http://arbicon.ru/>; КОРБИС <http://corbis.tverlib.ru/catalog/>; ЭКБСОН  
<http://www.vlibrary.ru>

4) Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

- <http://www.medkrug.ru/community/show/461>
- <http://www.mind-map.ru>

## **VI. Методические материалы для обучающихся по освоению дисциплины**

### **1. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ**

#### **Раздел I. Общая характеристика процесса старения**

##### **Тема 1. Возраст инволюции и его периодизация**

Старение как системный процесс. Различные уровни старения: биохимический, молекулярный, соматический, нейрональный, нейрофизиологический, психофизиологический, психологический. Биологические (соматические) теории старения (И.И.Мечников, И.П.Павлов и др.). Регуляторно-адаптационная концепция старения (В.В.Фролькис).

##### **Тема 2. Старение как проблема возрастной и клинической психологии**

Поздний возраст как особый этап онтогенеза. Понимание психического старения в контексте концепции социальной ситуации развития Л.С.Выготского. Гетерохронность, гетеротопность и гетеродинамичность психического старения (Н.Ф.Шахматов). Проблема психосоматического единства в возрасте инволюции.

#### **Раздел II. Нормальное старение**

##### **Тема 3. Психологические параметры и детерминанты нормального старения**

Роль социокультурных стереотипов в индивидуальном восприятии старости. Возраст (календарный, биологический, психологический) как смысловая категория инволюционного периода. Инволюционный кризис развития и его составляющие: изменение временной перспективы жизни и процессов целеполагания, смена ведущей деятельности, редукция социальных контактов, телесные недуги, становление приоритета здоровья в иерархии ценностей, рациональная и эмоциональная переработка образа прожитой жизни. Психодиагностика когнитивных, личностных и эмоциональных особенностей лиц

пожилого возраста.

**Тема 4. Возрастные аффективные реакции** Варианты личностного реагирования на изменение собственного «Я» (сниженный фон настроения, повышенная тревожность, возрастно-ситуационные депрессии, ипохондрическая фиксация, бредоподобные идеи и конфабуляции).

**Тема 5. Нейропсихология нормального (физиологического) старения**

Концепция А.Р.Лурия о трех функциональных блоках мозга как структурно-функциональная модель в понимании мозговых механизмов старения. Особенности геронтонейропсихологической диагностики. Ведущая роль дисфункции I блока мозга в формировании нейропсихологических «возрастных» симптомов. Различные уровни нарушений фактора пространственного анализа и синтеза в процессе нормального старения. Особенности функционирования III блока мозга в динамике развития нейропсихологических симптомов на различных стадиях возраста инволюции в динамике развития нейропсихологических симптомов на различных стадиях возраста инволюции.

### **Раздел III. Нейропсихологический подход к изучению деменций позднего возраста**

**Тема 6. Общая характеристика деменций позднего возраста. Нейропсихологическая типология деменций позднего возраста**

Этиологическая и нозологическая квалификация и эпидемиологические аспекты деменций. Клинические проявления нарушений психической деятельности и поведения при болезни Альцгеймера, Паркинсона, Пика, хорее Гентингтона, сенильной и сосудистой деменциях. Данные неврологических, нейрофизиологических, компьютерно-томографических исследований.

Основные синдромы, преобладающие расстройства, вторичные нарушения при деменциях. Нарушения ВПФ при болезни Альцгеймера и вовлечение в патологический процесс I и II функциональных блоков мозга. Сочетанная дисфункция III и I функциональных блоков мозга и нейропсихологические синдромы при сенильной деменции.

**Тема 7. Основные подходы к лечению деменций позднего возраста**

Психотерапевтическое воздействие: поддерживающая поведенческая, семейная психотерапия, метод «Значимые события». Групповые психотерапевтические методы (группы «Тяжелой утраты»). Фармакотерапия.

## **2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТОВ**

При написании рефератов по дисциплине «Клиническая психология» в

**геронтологии и гериатрии» необходимо соблюдать следующие требования к его содержанию и оформлению:**

- данный реферат представляет собой демонстрацию умения студента делать аналитический обзор научной информации, а также формировать собственные выводы на основании изученной психологической литературы.
- текст реферата должен быть авторским, т.е. результатом осмысления и обобщения научной информации, а не простой компиляцией фрагментов литературных источников.
- помимо основного текста, реферат должен включать такие разделы как титульный лист, содержание, введение, заключение, список литературы, оформленный по требованиям ГОСТ.
- особое внимание следует обратить на раскрытие актуальности темы реферата, прописываемой во введении, а также на обобщение приведенной в реферате информации, приводимой в заключении.
- текст реферата должен быть снабжен ссылками на научную психологическую литературу; пример оформления ссылки: (Панов В.И., 2014, с. 182) либо [4, с. 182].
- реферат должен быть написан на основании не менее 3 научных литературных источников, изданных не позднее 10 лет назад.
- объем реферата 15-20 страниц; шрифт «Times new roman»; размер шрифта основного текста – 14 пт.; размер шрифта в таблицах – 12 пт.; межстрочный интервал основного текста – 1,5; межстрочный интервал текста в таблицах – 1,15; интервал между абзацами – 0; абзацный отступ – 1,25; выравнивание основного текста «по ширине»; выравнивание заголовков «по центру»; поля «обычные»: верхнее и нижнее – 2 см., правое – 1,5 см., левое – 3 см.; названия рисунков – внизу рисунка, выравнивание «по центру»; названия таблиц – сверху таблицы, выравнивание «по правому краю».

### **3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОСТАВЛЕНИЮ ИНТЕЛЛЕКТ-КАРТЫ**

Интеллект-карта – это инструмент, позволяющий:

- эффективно структурировать и обрабатывать информацию;
- мыслить, используя весь свой творческий и интеллектуальный потенциал.

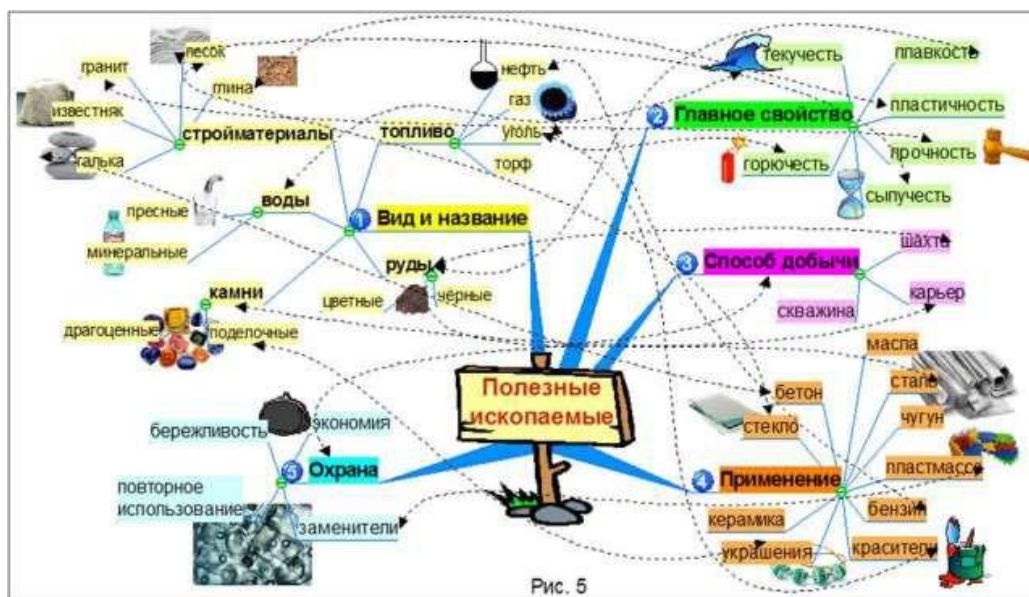
Интеллект-карты применяются для решения таких задач как проведение презентаций, принятие решений, планирование своего времени, запоминание больших объемов информации, проведение мозговых штурмов, самоанализ, разработка сложных проектов, собственное обучение, развитие и многих других.

Рекомендации по составлению интеллект-карт:

- лучше, если на интеллект-карте будет не более 5-7 элементов; если элементов больше – постарайтесь сгруппировать между собой.

- интеллект-карта должна быть логичной, т.е. соблюдены отношения между элементами.
- лучше, если на интеллект-карте будет много разных визуальных образов, которые просто запомнить: используйте различные цвета, рисунки, символы.
- всегда удобно, когда интеллект-карта симметрична: так, запомнив одну ее часть, вы легко сможете восстановить другую.
- центральное место в карте должен занимать ключевой элемент; если нужно отобразить временную шкалу, то обычно слева обозначают прошедшее время, справа – будущее.

**Пример интеллект-карты:**



Более подробно с процессом составления интеллект-карты можно ознакомиться на сайте <http://www.mind-map.ru>

#### **4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ПРОЕКТА «ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ» И МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЕГО РАЗРАБОТКЕ**

*Задание: Перед вами стоит задача благоустройства дома-интерната для престарелых, учитывая психологические особенности данного возраста, а также возможности психологической поддержки.*

*Разработайте проект благоустройства, включая необходимые материальные, кадровые и временные ресурсы. Оформите и презентуйте проект, убедите в необходимости его реализации.*

**Проект** представляет собой анализ конкретной проблемы и разработку системы методов и шагов по ее решению; это средство управления деятельностью, конкретная и выполнимая форма работы для учреждения, организации.

## **Основные требования к проекту:**

1. Ограниченность (по времени, целям и задачам, результатам и т.д.) – это характеристика проекта, позволяющая контролировать ход его реализации по четко определенным этапам на основании результатов каждого этапа. Ограниченность проекта означает, что он содержит:
  - этапы и конкретные сроки их реализации;
  - четкие и измеримые задачи;
  - конкретные и измеримые результаты;
  - планы и графики выполнения работ;
  - конкретное количество и качество ресурсов, необходимых для реализации.
2. Целостность – общий смысл проекта очевиден и ясен, каждая его часть соответствует общему замыслу и предполагаемому результату.
3. Последовательность и связность – логика построения частей, которые соотносятся и обосновывают друг друга. Цели и задачи напрямую вытекают из поставленной проблемы. Бюджет опирается на описание ресурсов и сочетается с планом.
4. Объективность и обоснованность – доказательность того, что идея проекта, подход к решению проблемы появились не случайным образом, а являются следствием работы авторов по осмыслению ситуации оценки возможностей воздействия на неё.
5. Компетентность авторов и персонала – адекватное выражение осведомленности авторов в проблематике, средствах и возможностях решения вопроса. Владение персонала технологиями, механизмами, формами и методами реализации проекта.
6. Жизнеспособность – определение перспектив развития проекта в дальнейшем, возможности его реализации в других условиях, как и чем он может быть продолжен.

### **Проект, как правило, включает следующие структурные компоненты:**

1. Введение (анализ, разъяснение актуальности и новизны по сравнению с аналогами, указание сферы применения, функционального назначения, выявление конкретной проблемы).
2. Постановка цели деятельности и конкретных задач.
3. Управленческо-кадровый аспект (механизм управления, квалификация персонала).
4. Содержание и механизм реализации (модули, этапы, формы и методы, организационная структура, план конкретных действий).
5. Характеристика и способ оценки планируемых результатов.
6. Предполагаемые результаты.
7. Перспективы проекта.
8. Бюджет. Материально-техническое обеспечение.

## Рассмотрим все компоненты проекта более подробно.

Название проекта – должно быть броским, кратким, выражающим основную идею содержания, может быть дана расшифровка названия. Организация-исполнитель – название, адрес, телефон, реквизиты; в этом разделе отдельной строкой указывается организация-заявитель (если это не одна и та же организация), поддерживающая организация (учреждение, которое содействует выполнению проекта либо является учредителем исполнителя).

Руководители проекта – фамилия, имя, отчество, должность, место работы, адрес, телефон, звание.

География – территория, на которой будет проходить реализация проекта, координаты участников.

Сроки выполнения – если проект проходит по этапам, указываются сроки выполнения каждого из них.

Учреждение/организация-исполнитель – указывается дополнительная информация, доказывающая компетентность исполнителей, род деятельности заявителей, наличие достижений в сфере деятельности по проекту, опыт реализации аналогичных проектов и программ.

1. **Постановка проблемы (введение)** – актуальность проекта определяется значимостью проблемы, решению которой призван способствовать ваш проект. При этом *социальной проблемой* можно назвать обнаруживаемое в жизни общества противоречие между существующим и желаемым состоянием, которое вызывает в обществе (сообществе) напряженность и которое оно намеревается преодолеть. Схема составления проблемы состоит в сжатой формулировке ситуации, которая требует изменений.

И этом разделе разъясняется *актуальность и новизна* данного проекта по сравнению с аналогами, дается ответ на вопросы, чьи интересы затрагивает эта проблема, каковы ее масштабы и что может произойти, если она не найдет решения.

Одной формулировки недостаточно, требуется *аналитическое осмысление*, проблему необходимо представить в количественных и качественных показателях, ее структурных характеристиках.

В этом разделе важно также выделить *сферы применения* проекта, его *функциональное назначение*, *стратегию* как основной способ решения проблемы. С точки зрения проектирования, стратегия определяет назначение проекта, его долгосрочные цели, это – последовательная схема принятия решений, логически продуманная миссия проекта, обоснование его существования.

Раздел «Постановка проблемы» можно считать качественно прописанным если:

- он раскрывает необходимость выполнения проекта;
- в нем описаны обстоятельства, побудившие написать проект;

- проблема выглядит значимой для вашей территории и в целом для общества;
- исполнитель является достаточно компетентным для реализации проекта;
- масштабы проекта разумны, он не делает попытки решить все мировые проблемы сразу;
- проект поддерживается статистическими и аналитическими данными, ссылками на экспертов, ключевыми научно-методическими источниками;
- проблема сформулирована с точки зрения того, чьим нуждам служит проект, а не с точки зрения «удобства» исполнителя;
- нет голословных утверждений, минимум наукообразных и специальных терминов; написан кратко и интересно;
- четко определен способ решения проблемы.

## **2. Цель и задачи проекта**

Цель возникает при выявлении проблемы и рисует образ желаемого результата. Формулировка цели должна быть увязана с выявленной проблемой и по возможности решать ее, указывая путь от реального состояния дел до идеального или предполагаемого после реализации данного проекта.

Основные требования к формулировке цели таковы:

- достижимость в рамках этого проекта;
- безусловность, так как для проектной деятельности изучение возможных условий должно быть завершено *до начала работ*;
- предусмотрение итогового результата проекта;
- соответствие компетентности, подготовленности, финансово-экономическим, материально-техническим, организационным условиям реализации проекта.

*Определение цели* – важный момент процесса проектирования, нельзя подходить к нему формально. Добиться результата в любом деле можно, если четко знаешь, чего именно хочешь добиться. Псевдоцели (неточно поставленные или неверные) в процессе реализации проекта не позволяют добиться положительных результатов.

### **Задачи проекта**

В работе над проектом важно дифференцировать понятия «цель» и «задачи». В жизни эти понятия, к сожалению, трактуются как синонимы, но в процессе проектирования они наполняются специфическим смыслом.

*Задача* – это частная цель, или мини-цель. Это конкретизация общей цели, шаг на пути ее достижения. Слово «задача» означает также «поручение, задание», вопрос, требующий решения по известным данным с соблюдением условий.

*Задача в проекте* – это конкретная часть цели (пункт), которую предстоит реализовать, или действие, которое вы предпринимаете, чтобы достичь цели проекта. Лучше избегать глаголов несовершенного вида (содействовать, поддерживать, усиливать), а применять слова: подготовить, уменьшить, увеличить, организовать, изготовить (глаголы совершенного вида). При

формулировке задач рекомендуется использовать международный критерий SMART (*англ.* specific, measurable, area-specific, realistic, time-bound - конкретность, исчисляемость, территориальность, реальность, определенность во времени).

Раздел «Цели и задачи» можно считать прописанным, если он соответствует следующим условиям:

- описывает предполагаемые итоги выполнения проекта, поддающиеся оценке;
- цель является общим итогом проекта, а задачи - промежуточными, частными результатами;
- из раздела ясно, какие произойдут изменения в социальной ситуации;
- по каждой проблеме, сформулированной в предыдущей части, есть хотя бы одна четкая задача;
- цели в принципе достижимы, а результаты поддаются измерению;
- постановку целей и задач авторы не путают с методами их решения;
- язык ясен и четок, нет лишних, ненужных пояснений и ссылок.

### **3. Управление и кадры**

В данном разделе авторам необходимо кратко описать схему или механизм управления проектом, а также квалификацию основного персонала, обеспечивающего его реализацию. Если проект предполагает систему обучения и рост кадрового состава, необходимо прописать механизм и тематику обучения.

Раздел можно считать достаточным, если:

- четко распределены сферы и функции деятельности между персоналом;
- ясно, кто кому подчиняется и кто несет ответственность за определенные виды работы;
- персонал, реализующий проект, обладает достаточной квалификацией или получает дополнительное обучение до или в процессе реализации;
- механизм управления является эффективным, действенным, не тормозит, а увеличивает эффективность работы;
- описание четкое, краткое, содержание – ясное и понятное.

### **4. Содержание и механизм реализации**

Основной компонент проектирования – выбор содержания, форм, методов деятельности. Это технологический этап, который подразумевает подбор *оптимальной системы действий*, направленных на решение каждой из поставленных задач.

Подбор технологического инструментария предполагает, что вы достаточно подробно прописываете, в каких направлениях, *каким образом, когда, в какой последовательности, что и как* будет сделано для получения желаемых результатов.

Если содержание представляет собой монолит, не разделенный на части, то это затруднит работу по проекту, так как деятельность носит всегда разноплановый характер. Другими словами, нельзя действовать по принципу



«вали все в кучу, потом разберемся».

Содержание проекта, как главы в книге, должно строиться из больших и малых элементов – частей. В качестве элементов структуры используются: блоки, направления, ступени, модули. Для небольших проектов такого деления можно и не делать (если проект состоит из одного модуля или направления).

Если же мы структурируем содержание, то нужно продумать

«вертикальные» и «горизонтальные» связи между частями. Чтобы разобраться, можно все содержание сначала изобразить в виде схемы. Составление схем дело не обязательное, но полезное. *Схема работы по проекту и план действий* являются базовыми понятиями в технологии разработки содержания и механизма реализации, так как достаточно четко показывают, что будет сделано, кто будет осуществлять действия, как они будут осуществляться, *когда и в какой последовательности, какие ресурсы будут привлечены.*

Контрольными характеристиками к этому разделу могут служить:

- четкость структурирования проекта на части и видение их взаимосвязей;
- доступное описание основных мероприятий и причин выбора именно этих форм работы;
- из раздела понятно, как, с кем, когда и где будет проходить/ реализовываться проект;
- естественность логической цепочки: проблема - цель - задача - метод;
- нет лишней «воды», то есть ненужных описаний, приложений и прочего отягощения текста.

### ***Планирование***

Является самой важной частью механизма реализации.

План в проекте требует установления перечня и порядка действий по реализации. Мероприятия логически выстраиваются в соответствии с задачами по направлениям, этапам, модулям и др. Все виды работ увязываются с ресурсами, устанавливаются сроки, ответственные исполнители. Конкретизация плана ведется различными способами, в том числе в графической форме, например:

№ п\п	Действия	Сроки	Ответственные	Ресурсы	Результаты	Фактические исполнители

Или:

Направление (блок, модуль)	Задачи	Действия, акции	Сроки		Ответственные	Средства
			начало	окончание		

План должен быть последователен и убедителен, в нем ясен состав

ответственных, исполнителей, средств. Мероприятия плана логически связаны, понятны причины выбора именно этих форм работы.

## **5. Оценка результативности проекта**

Очень важно отразить систему показателей эффективности проекта

Показатели – инструмент, позволяющий точнее определить и разъяснить цель проекта и измерить его эффект. Когда в предполагаемых результатах мы говорим об «усилении», «улучшении» или «увеличении», то не совсем ясно, какой конкретно результат позволит считать задачи выполненными и проект осуществленным. Для того чтобы не быть голословными, нужны показатели.

*Показатель* – это характеристика отдельной стороны объекта или процесса, имеющая количественно-качественное выражение. Однако в социальной сфере, а тем более в психолого-педагогической практике показатели приобретают специфические черты.

Достаточно мало универсальных критериев, которые однозначно подтвердили бы успешность того или иного социально полезного деяния. Абсурдно и смешно было бы утверждать, например, что «по итогам реализации проекта более милосердными стали 15% населения» или «население стало на 15% милосерднее».

Поэтому мы предлагаем примерные ориентиры для оценки выполнения проекта:

*Количественные показатели* (востребованность проекта, охват общественности, количество конкретных дел: акций, мероприятий и др.).

*Показатели социального развития личности* (динамика уровня развития личности: не умел – научился, не знал – узнал, не имел – приобрел и т.п., качество продуктов социально-творческой деятельности (поделок, рисунков, походов, акций), характер реализованных инициатив и др.).

*Показатели социальной адаптации личности* (снижение риска асоциальных явлений, повышение уровня социальной успешности участников, активность).

*Показатели общественного мнения* (популярность проекта, социально-профилактический эффект, заинтересованность социальных партнеров, отклик в средствах массовой информации).

*Технологические показатели* (уровень организации в целом и отдельных мероприятий, четкость и эффективность управления, организационная культура участников).

*Экономические показатели* (соотношение затрат с социально-педагогическим эффектом, привлечение дополнительных материально-технических ресурсов).

Утверждать, что результативность нельзя измерить, равносильно признанию, что проект не дает заметного эффекта.

*Критерии эффективности призваны:*

- выражать действенность всех видов, форм и методов реализации,

- отражать качество управленческой и содержательной деятельности.

Можно также пользоваться следующей таблицей критериев.

Рекомендуемые критерии	Да	Скорее да	Скорее нет	Нет
Проект новаторский, во многом уникален, мало кто пытался осуществить что-то подобное				
Осуществление проекта существенно изменит ситуацию к лучшему или принесет пользу значительному числу людей				
Четко показано, кем и как проект будет осуществляться, ясны обязанности и функции каждого участника проекта				
Исполнители проекта достаточно опытные и квалифицированные, чтобы эффективно достичь поставленной цели				
Бюджет проекта реален, сбалансирован, хорошо обоснован, нет завышенных требований ни по одной из статей бюджета				
Вознаграждение, выплачиваемое участникам проекта, не чрезмерно и соответствует потраченному времени и квалификации исполнителей работы				
Запрашиваемое оборудование в указанном количестве и заявленной спецификации действительно необходимо для осуществления проекта				
Планируемые поездки действительно необходимы для осуществления проекта				
Если бы я мог распоряжаться запрашиваемой суммой для поддержки проектов в данной области, я бы предпочел выделить средства именно в таком количестве на осуществление именно этого проекта				
После прекращения финансовой поддержки проект может развиваться дальше самостоятельно либо ясны будущие альтернативные источники финансирования				
Проект не носит политического или коммерческого характера, он не направлен на поддержку одной из политических партий или на извлечение прибыли				
В соответствии с предлагаемыми критериями, а также в связи с собственной экспертной оценкой данный проект должен быть поддержан				

## **6. Предполагаемые результаты**

*Результаты проекта* – это то, что предполагалось достичь, воплотить в жизнь.

По объему раздел лаконичен, так как по существу результатом каждого грамотного, обоснованного проекта являются *его цели и задачи*. Напомним, что цель – это *образ предполагаемого результата*.

При описании результатов следует руководствоваться требованиями <sup>к</sup>

формулировке блока целей и задач: конкретность, реальность, достижимость. *Эффективность проекта оценивается по его результативности.* Одна из заповедей авторов любого проекта: «Проект начинается с цели. А цель с вопроса: «Чего же я хочу добиться?» Значит, проектирование начинается с осмысления результата».

## **7. Жизнеспособность проекта (перспективы)**

*Задача этого раздела* – спрогнозировать возможный дальнейший путь развития проекта. Возможно, в дальнейшем будет расширение географии проекта, освоение новых видов деятельности.

При этом важно предусмотреть социальные и ресурсные стороны продолжения развития проекта.

## **8. Финансовое обоснование проекта**

- Основное внимание при составлении бюджета следует уделить вопросам:
- сколько в целом необходимо средств на осуществление проекта?
- на какие цели будут израсходованы средства?
- какие средства есть в наличии у организаторов проекта?
- какая есть материально-техническая база?
- какие дополнительные источники финансирования можно найти (конкурсные средства государственных структур и общественных фондов; бюджетные поступления; взносы (членские, родительские); средства учредителей; благотворительные пожертвования; спонсорские отчисления; доходы от разрешенной законом деятельности; труд добровольцев; прочие, не запрещенные законом поступления)?
- на какие цели будут израсходованы средства, собранные для реализации проекта?

Как правило, бюджет готовится после продумывания самого проекта. Бюджет должен содержать реальную финансовую информацию, если возможно, сделайте поправки на инфляцию, определите временные рамки бюджета.

Если вы представляете проект на конкурс или ищете социальных партнеров для софинансирования, то необходимо:

- знать требования к бюджету, формы смет и отчетностей организации, софинансирующей проект или предоставляющей конкурсные средства, а также финансовые возможности и круг интересов данной организации;
- дать перечень других источников финансирования и собственных затрат на данный проект;
- закладывать реальные цены на те или иные товары и услуги по проекту (не завышать и не занижать их);
- в смете запрашиваемых средств не учитывать интеллектуальный труд (авторские права) и не учитывать труд сотрудников организации или учреждения, ставших инициаторами проекта;
- не бороться за благородную идею, которая неизвестно сколько стоит. Такой

аргумент неубедителен. Если организаторы не могут оценить финансовые потребности проекта, то они не смогут эффективно распорядиться выделенными средствами. Бюджет проекта обязательно должен быть «трехколоночным», где в первой колонке указываются имеющиеся у заявителя средства, во второй — запрашиваемые средства, в третьей — общая сумма расходов. Как правило, соотношение между имеющимися и запрашиваемыми по проекту суммами должно быть 50% на 50%.

### **Требования к оформлению проекта:**

2. Проект отпечатан, аккуратно оформлен.
3. Титульная страница содержит название проекта, данные об авторе принадлежность учреждению и организации, год и место составления.
4. Если проект больше 5 страниц по объему, то он имеет оглавление с указанием разделов и номеров страниц.
5. Если в проекте использованы цитаты, то есть ссылки на источники, если авторы использовали литературу – в конце приложен библиографический список, оформленный по требованиям ГОСТ. Пример оформления ссылки: (Панов В.И., 2014, с. 182) либо [4, с. 182]
6. Желательно, чтобы каждая глава была отпечатана с новой страницы, главы были бы разделены на смысловые абзацы.
7. Если не требует организатор конкурса или организация, куда вы подаете программу, - не нужно прилагать фотографии или приложения (сценарии, анкеты, социальные опросы, отзывы и др.); если это требуется – приложения аккуратно оформляются в формате А4 и нумеруются, после проекта прикладывается список приложений.
8. Если проект заявлен на конкурс, то при оформлении выполняются требования организаторов (заполняется информационная карта, образцы смет, приложений, соблюдается порядок построения разделов проекта согласно положению/аннотации к конкурсу).
9. Проекты в печатном виде оформляются в формате А4, в электронном варианте – файл обязательно должен быть подписан.
10. Авторы обязательно оставляют у себя экземпляр проекта, так как проекты не рецензируются и не возвращаются.
11. Проект должен быть кратким и лаконичным, как правило, не более 10 страниц текста. Помните, что ни одна уважающая себя организация не предоставит финансирование под неконкретный проект, если даже он будет состоять из трех томов.
12. Форма написания проекта должна быть доступной и интересной тому, для кого мы готовим текст.
13. Аннотация проекта (как правило, она необходима) характеризует ваш
14. проект с максимальной четкостью, содержит не более 200-230 слов (одна

страница), для коротких проектов один абзац (3-10 строк). В аннотации содержится краткая информация о заявителе, описание проблемы, цель, предполагаемый результат, прописана стратегия и механизмы, экономические аспекты и целесообразность финансовых затрат.

15. Финансовые документы прилагаются в конце проекта (сметы, бланки, описания, комментарии к бюджету и др.).
  16. Заявки, официальные письма и прочее прилагаются в начале проекта (перед основным описанием).
  17. текст реферата должен быть снабжен ссылками на научную психологическую литературу; пример оформления ссылки: (Панов В.И., 2014, с. 182) либо [4, с. 182].
- Шрифт «Times new roman»; размер шрифта основного текста – 14 пт.; размер шрифта в таблицах – 12 пт.; межстрочный интервал основного текста – 1,5; межстрочный интервал текста в таблицах – 1,15; интервал между абзацами - 0; абзацный отступ – 1,25; выравнивание основного текста «по ширине»; выравнивание заголовков «по центру»; поля – «обычные»: верхнее и нижнее – 2 см., правое – 1,5 см., левое – 3 см.; названия рисунков – внизу рисунка, выравнивание «по центру»; названия таблиц – вверху таблицы, выравнивание «по правому краю».

## **5. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ПОДГОТОВКА К РЕШЕНИЮ КЕЙСОВ**

Цель данной работы – закрепление знаний по «Клинической психологии в геронтологии и гериатрии» и развитие умения их применять в сложных ситуациях социально-психологического взаимодействия.

Подготовительный этап. За одну-две недели студенты получают установку на проведение занятия в форме решения ситуационных задач. Им сообщают тему и цель занятия. Дают указания по самостоятельному изучению литературы и повторению пройденных тем.

Впоследствии в ходе аудиторного занятия студентам предлагают решить задачи с конкретными ситуациями, ответив на вопросы, приведенные в конце каждой задачи, а также привести теоретическое обоснование найденных решений.

Варианты решения задач обсуждаются в учебной группе. Примеры:

**Ситуация 1.** *Женщине 80 лет. У нее есть признаки энцефалопатии (по справке), однако она находится в ясном сознании. В последний год стала задавать одинаковые вопросы через каждые 10 минут и забывать на них ответы. Родные думают, что это из-за ее расслабленного состояния и нежелания вспомнить или запомнить новую информацию, желании общаться.*

*Недавно она «разучилась» определять время по часам, но иногда совершенно спокойно говорит который час и определяет оставшееся время до какого-то события, но через 5 минут после этого может спрашивать относительно этого события, когда оно произойдет и который сейчас час.*

Также бывали случаи, когда происходило какое-то событие, при просьбе рассказать, что тогда произошло, она пожмает плечами и говорит, что не помнит. Но тут же ей говорят: «ведь ты сама говорила, что...» и она соглашается, продолжает рассказ о событии, но при этом без энтузиазма, ведь она, якобы, не помнит, но рассказывать продолжает. На всё, что требует осмысления, у неё один ответ «я не помню» (хотя бывали и «проколы»).

Являются ли такие симптомы признаками слабоумия или это следствие гиперопеки и желания человека притвориться немощным?

**Ситуация 2.** «Маме 85 лет. Наблюдаемся с диагнозом «сосудистая деменция» у психиатра с августа 2015 года, но больна уже давно. Принимает Симакс по 3 капли в каждую ноздрю 3 раза в день по 10 дней каждый месяц. Рисперидон 2 мг в сутки, Атаракс 50 мг в сутки, Хлорпротексен 15 мг на ночь. С 7 декабря до 14 декабря был приступ психоза с угрозами убить себя и т.д. На тот момент самостоятельно передвигалась, одевалась, кушала. После этого самочувствие стало стремительно ухудшаться. На данный момент она уже 2 недели в памперсах, встать сама не может, не может сама повернуться в постели. Кушать не может, отказывается, только понемногу пьет молоко, йогурт, чай, кисель и конечно воду. 8 дней уже поднимается температура 37,4-38,0. Принимаем антибиотик Амоксиклав 500. Были врачи из поликлиники, скорая, неотложка. Никто ничего не говорит, предлагая только vorочать ее и давать пить. Она в ясном сознании и контакта, помнит дату, как зовут. Что мне делать и что ждать?»

## ТРЕБОВАНИЯ К РЕЙТИНГ-КОНТРОЛЮ

*Текущий контроль:*

- 1) контроль посещения и работы на лекционных и практических занятиях;
- 2) контроль выполнения студентами заданий для самостоятельной работы.

Работа на лекционных и практических занятиях оценивается преподавателем по итогам подготовки и выполнения студентами заданий для самостоятельной работы, а также активности работы в группе. Пропуск практических занятий предполагает отработку по пропущенным темам. Форма отработки определяется преподавателем. Неотработанный (до начала экзаменационной сессии) пропуск более 50% занятий по курсу является основанием для недопуска к зачету по курсу.

*Промежуточный контроль:*

решение о зачете является составным и выставляется как сумма по результатам выполнения следующих заданий:

1. Написание реферата – 15 баллов.
2. Тест – 10 баллов.
3. Составление интеллект-карты – 5 баллов.

4. Решение кейсов – 15 баллов.

5. Практическая работа «Психодиагностика когнитивных, личностных и эмоциональных особенностей лиц пожилого возраста» – 20 баллов.

6. Написание проекта «Дом-интернат для престарелых и инвалидов» - 20 баллов.

7. Устный опрос по вопросам дисциплины - 15 баллов.

ИТОГО: 100 баллов.

Примечание: зачет студент получает при набранных им 40 и более баллах.

### VII. Материально-техническое обеспечение

Аудитория, оснащенная мультимедийной техникой (стационарная или мобильная), при необходимости тренинговый класс, учебно-практическая лаборатория Клинической психологии и психодиагностики.

Учебная аудитория (примерная типовая учебная аудитория). Кабинет заседаний ученого совета и учебно – методической комиссии. Аудитория про проведения занятий лекционного и семинарского типа. № 425  (170100 Тверская область, г. Тверь, пер. Студенческий, д.12)	Специализированная мебель (парты, стулья, доска) Мультимедийный проектор BenQ MP 776 с потолочным креплением и экраном Ноутбук ASUS K42J/K42JC P6100/3G/320Gb/NV GF 310M 1G/DVD-RW/WiFi/BT/W7NB/14"/Cam Стационарный экран 180x180 см
Тренинговый класс № 424  (170100 Тверская область, г. Тверь, пер. Студенческий, д.12)	Доска белая офисная магнитно-марк. (M082-08205) Музыкальный центр XM-111 E DAEWOO ELECTRONICS Телевизор Philips 32FL3605 DVD плеер HYUNDAI P5 Специализированная мебель (стулья, стол, тумбочки) Мобильный комплект оборудования: ноутбук, мультимедийный проектор, экран.
Учебно-практическая лаборатория «Клинической психологии и психодиагностики». Помещение, для групповых и индивидуальных консультаций. Помещение для самостоятельной работы № 444  (170100 Тверская область, г. Тверь, пер. Студенческий, д.12)	Компьютер SINTO (комплект: системный блок, монитор, клавиатура, мышка) Монитор /Acer AL 1716s 1280x1024,500:1.300cd/m 2 12ms Системный блок AS AMD ATHLON 64 3000+(2000MHz)2x512Mb/200Gb/128Mb/1.44/DVD+RW/кл Компьютер:Систем.комплект Arbyte Tempo B T4D3-65(i965G/P)+монитор 17" BenQ"FP71G+"1280*1024 МФУ Pantum M6500 Устройство психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 «Психофизиолог» Устройство психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 «Психофизиолог» Устройство психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 «Психофизиолог»



	<p>Модуль психомоторных тестов  Видеокамера Canon LEGRIA HF 306  Внешний жесткий диск Transcend USB 320Gb (2 шт.)  Диктофон цифровой Olympus VN-8100PC  Ноутбук "Samsung R 522(FS07)  T6500/3G/250G/DVD-SMulti/15,6" LED HD /HD4330 512MB/WiFi/BT/cam/VHP  <b>Психодиагностический инструментарий (психологические тесты, методики)</b></p>
--	---

### VIII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины

№п.п.	Обновленный раздел рабочей программы дисциплины	Описание внесенных изменений	Реквизиты документа, утвердившего изменения
1.	Все разделы	Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС 3++ направления подготовки 37.05.01 Клиническая психология	Протокол № 7 от 26.03.2021 заседания кафедры
2.	V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	Корректировка списка основной и дополнительной литературы. Обновление реквизитов договоров, заключенные с прямыми правообладателями ресурсов: - программное обеспечение; - информационно-справочные системы; - профессиональные базы данных.	Протокол № 1 от 29.08.2022 заседания кафедры «Психология труда и клиническая психология»
3.	IV. Оценочные материалы для проведения текущей и промежуточной аттестации	Обновление фонда оценочных средств	Протокол № 1 от 29.08.2022 заседания кафедры «Психология труда и клиническая психология»
4.	VI. Методические материалы для обучающихся по освоению дисциплины	Внесены изменения в методические рекомендации студентам по изучению курса, скорректированы требования к рейтинг-	Протокол № 1 от 29.08.2022 заседания кафедры «Психология труда и клиническая психология»

		контролю	
5.	I. Аннотация 3. Объем дисциплины	Внесение изменений в учебный план на 2022-2023 учебный год (выделение часов по дисциплинам и практикам на практическую подготовку) 2017, 2018, 2019, 2020 г.н.	Протокол ученого совета № 6 от 13.01.2022 г.
6.	II. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов учебных занятий	Внесение изменений в учебный план на 2022-2023 учебный год (выделение часов по дисциплинам и практикам на практическую подготовку) 2017, 2018, 2019, 2020 г.н.	Протокол ученого совета № 6 от 13.01.2022 г.
7.	V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	Корректировка списка основной и дополнительной литературы. Обновление реквизитов договоров, заключенные с прямыми правообладателями ресурсов: - программное обеспечение; - информационно-справочные системы; - профессиональные базы данных.	Протокол № 1 от 29.08.2023 заседания кафедры «Психология труда и клиническая психология»
8.	VI. Методические материалы для обучающихся по освоению дисциплины	Внесены изменения в методические рекомендации студентам по изучению курса, скорректированы требования к рейтинг-контролю	Протокол № 1 от 29.08.2023 заседания кафедры «Психология труда и клиническая психология»

### Нарративный подход в работе с пожилыми людьми

По мнению клинических психологов, работающих с лицами пожилого возраста в условиях медицинских и социальных учреждений различного профиля, наиболее продуктивным для оказания краткосрочного психотерапевтического воздействия на пациента, в частности, психологической коррекции его состояния. Эта особенность работы психолога усугубляется тем, что, как отмечают многие исследователи, «в преклонном возрасте снижается способность к обучению и переменам (пластичность)».

Пожилые люди в основном ведут себя как «жалобщики» – они не признают своей ответственности за настоящую ситуацию и/или проблему, ищут причины в окружающих людях или обстоятельствах, а себя считают неспособными участвовать в их разрешении больше, чем они это уже делают. При этом жесткость (ригидность) мышления пожилых клиентов делает их мнение и высказывания категоричными, безапелляционными. Их мир – это сформированные нормы, идеи, концепции, которые они, с одной стороны, не готовы пересматривать, и которые, с другой стороны, являются для них опорой и поддержкой в изменяющемся с возрастом соотношении их активности и отстраненности в процессе преобразования окружающей действительности. Поэтому они сопротивляются и/или не способны изменить или даже скорректировать свои твердые убеждения. Это отсутствие гибкости мышления, невосприимчивость к новым веяниям усугубляются по мере старения человека.

Поэтому традиционные направления психотерапии, ориентированные на достижение кардинальных изменений в поведении, мышлении, восприятии себя и окружающей действительности наталкиваются на жесткое сопротивление изменениям, нежелание пожилых клиентов работать над своим участием (ответственностью) в неустраивающей их ситуации, часто это проявляется и в обесценивании действий и профессионализма психолога. Еще одним очень сложным моментом в работе с пожилыми пациентами является то, что они склонны больше жить воспоминаниями, сравнением нынешней ситуации с эпизодами или периодами прошлого. В этом самом прошлом они вспоминают себя во взаимодействии с какими-то конкретными лицами, поэтому легко и гораздо быстрее, чем в работе с лицами среднего возраста, возникает перенос на психолога. При этом они часто не скрывают этого ни от себя, ни от собеседника, проговаривая, кого он напоминает пациенту. Таким образом, пожилой человек определяет (диктует и навязывает) конкретные ролевые отношения с психологом, которые достаточно трудно преодолеть или изменить в процессе психотерапии, опять-таки вследствие значительной жесткости их мышления и суждений.

Принципы **нарративного подхода**, сформулированные его идеологами, создателями, разработчиками и практикующими нарративными консультантами:

1. Реальности социально конструируются. Люди совместно конструируют свои реальности, «обживая» их

2. Реальности конструируются через язык. Процесс разговора не нейтрален или пассивен. Каждый раз, когда мы говорим, мы создаем реальность.

3. Реальности организуются и поддерживаются через нарратив. Ключ к этой терапии в том, что в любой жизни всегда больше событий, которые не достаиваются истории, чем те, которым повезло. Даже в самых длинных и развернутых автобиографиях за их пределами остается больше, чем в них включено. Это означает, что когда жизненные нарративы несут болезненные смыслы или предлагают, как кажется, неблагоприятный выбор, они могут быть изменены путем выявления других, ранее не помещенных в историю событий или извлечения нового смысла из уже получивших свою историю событий, что позволяет конструировать новые нарративы.

4. Не существует абсолютных истин. Когда одни и те же «факты» пересказываются с различных точек зрения, они приобретают совершенно разные смыслы.

5. Каждый человек анализирует свою жизнь, вспоминая время от времени те или иные ее отрезки. И чем жизнь длиннее, тем больше есть того, что можно вспомнить, а еще важнее рассказать об этом другим, чтобы взглянуть на нее со стороны, переосмыслить. Пожилые люди часто одиноки, поэтому им важно иметь собеседника, который позволяет высказаться, причем так, как они сами этого хотят. Клиентам, как правило, очень импонирует профессиональная позиция нарративного консультанта - заинтересованного слушателя, который, с одной стороны, внимательно относится к жалобам, проблемам и тем историям, которые о них рассказывают клиенты, а с другой стороны, отыскивающий в этих историях иной, жизнеутверждающий смысл их существования, и, наконец, помогающий самому пациенту пересоздать свою жизненную историю желанным ему образом.

#### ***Схема работы в нарративном подходе:***

1. Слушание истории клиента

2. Выявление проблемной (доминирующей) истории

3. Экстернализация проблемы. Называние (присвоение имени) проблемы

4. Деконструкция проблемной истории

5. Выявление уникальных эпизодов и начало альтернативной истории

6. Перенаименование проблемы. Называние альтернативной истории (как в ней решается проблема)

7. Уплотнение альтернативной истории

8. Обсуждение будущего в свете новой истории (без проблем)

9. Выявление качеств (ресурсов) клиента, способствующих поддержанию новых отношений (реальности) в настоящем и будущем.

## *Краткое описание содержания каждого из этих этапов*

### **1. Слушание истории клиента**

Сама идея нарративной практики – переконструирование истории (нарратива) клиента - делает процесс выслушивания основополагающим моментом терапии. При этом психолог одновременно ведет анализ двух направлений, всегда сосуществующих в любом повествовании:

1) проблемно насыщенные периоды и эпизоды,

2) благополучные ситуации и отрезки жизни клиента.

Особенности способа предъявления пожилыми людьми своего нарратива:

1. В каждый конкретный момент они заранее готовы говорить только на конкретную тему. Другие темы их в этот момент не интересуют настолько, что если они даже начинают о них говорить, то все равно возвращаются к волнующей, актуальной для них. Поэтому, чтобы установить хороший контакт и помочь пожилому человеку развернуть свою историю, мы интересовались тем, что его сейчас больше всего беспокоит, о чем думается, что интересует;

2. Пожилой человек, начав говорить, трудно переключается с одной темы на другую – ему важно довести свое повествование до конца так, как это у него получается, им мыслится. Только в этом случае он потом может совместно с психологом делать обобщения, искать исключения, перестраивать всю логику своего рассказа. Предложение со стороны собеседника (психолога), еще до изложения ими своего сюжета, перейти от одного факта жизненной биографии или темы беседы (например, от болезней к домашней обстановке) создает у них ощущение неприятия их как личности, незначимости всего, что они говорят;

3. Им очень важно быть выслушанными как можно больше. Они ищут скорее не собеседника для диалога, а слушателя для монолога, будучи часто лишены этого в своей реальной жизни. Это требует от психолога не только терпения и способности сохранять интерес и доброжелательность в процессе всего их рассказа (слушания), но и выделение для этого дополнительного времени. Поэтому процесс работы с пожилыми людьми занимает, в среднем, больше времени, чем с лицами среднего возраста. При этом длина каждой встречи может сильно различаться, что зависит как от состояния пожилого человека, желания общаться, так и от задаваемой им темы: она может быть только вскользь упоминаемой или широко разворачиваемой;

4. Будучи выслушанными, они какое-то время не стремятся больше говорить о своей жизни так подробно – эта потребность удовлетворяется на какое-то время. Предложение же психологом регулярных, четко определенных по длительности и периодичности повторения встреч они подчас воспринимают как принуждение, навязчивость – настаивают, замыкаются, вплоть до отказа от повторных встреч;

5. Пожилому человеку важно руководить процессом беседы, и в особенности <sup>45</sup>

границами: задавать тему, вести сюжет, заканчивать встречу, отслеживать начало и регулярность последующих, в том числе их частоту и общее количество.

## **2. Выявление доминирующей истории**

Беседа со специалистами «помогающих профессий», в том числе с психологом, связывается у людей с необходимостью искать в своей жизни недостатки, трудности, которые, как он считает, невозможно разрешить. Поэтому наши клиенты рассказывают так называемые «проблемные истории», в которых они представляются беспомощными жертвами или обессиленными борцами, обиженными и непонятыми, несчастными и несостоятельными, часто практически уничтоженными.

При этом в процессе рассказывания, человек начинает воспринимать себя и свою ситуацию именно в том ключе, в каком он предъявляет себя как героя рассказа. Таким образом, сам дух (эмоциональная окраска) его истории влияет на жизненную позицию рассказчика. В этом смысле у пожилого человека гораздо больше, чем у молодых, жизненного материала, который он может окрашивать тем или иным к нему отношением. Соответственно, и действие такой рассказ, например, о бессмысленности прожитой жизни, оказывает более мощное – прошлого у пожилых значительно больше, чем будущего, о котором можно мечтать, надеяться на кардинальные перемены.

## **3. Экстернализация проблемы.**

Называние (присвоение имени) проблемы Процесс вербализации доминирующей истории создает определенное отношение рассказчика к самому себе, делая его носителем, источником, содержанием и жертвой проблемной ситуации. М. Уайт, опираясь на принцип «Человек не есть проблема. Проблема – это проблема, а человек – это человек», предложил технику экстернализации. Суть ее состоит в том, что человек рассматривается не как вместилище проблемы, а как субъект, находящийся с ней во взаимоотношениях. Однако сложно говорить об отношениях с чем-то неопределенным, поэтому проблеме дается имя.

Тогда возможным становится обсудить два их аспекта:

- 1) как проблема влияет на человека,
- 2) как человек влияет на проблему.

Так, например, пациент клиники экстернализует болезнь и обсуждает свои взаимоотношения с болезнью:

1) как болезнь повлияла и влияет на его жизнь (состояние, восприятие мира, отношения с окружающими),

2) как он сам влияет на болезнь (позволил развиваться, отслеживает или нет нужный режим и образ жизни, вписывает в отношение к себе и во взаимоотношения с окружающими). Таким образом из «больного человека» он превращается в «личность, имеющую отношения с болезнью».

В работе с пожилыми людьми часто звучат такие названия: беспомощность, депрессия, ранимость и слезливость, безнадежность и др. В ответ на вопрос «Что с ним делает конкретное состояние?», часто пожилой человек отвечает «Делает слабым, беззащитным». Зато вопрос, например, «Что вы делаете со своей беспомощностью?» вызывает не только удивление, но и порождает неожиданный часто для самого человека ответ «Ищу помощи», являющийся началом новой истории, о том, как он использует эту самую беспомощность в борьбе с одиночеством или болезнью.

#### **4. Деконструкция проблемной истории.**

Любая история имеет начало. Соответственно, и та проблемная, которой было присвоено имя, тоже когда-то началась. До этого ее не было. Для пожилых людей очень важны воспоминания о периоде, когда они были активны, самостоятельны, включены в жизнь значимых для них лиц. Такой нарратив наполняет их энергией, поднимает настроение. Важно лишь не допустить, чтобы это прошлое было противопоставлено проблемному настоящему. Для этого беседа направляется на поиски моментов в настоящей жизни клиента, в которых он вновь чувствует себя значимым, нужным, здоровым и т.д. Таким образом, постепенно развеивается конкретный социальный миф, звучащий в рассказе клиента. Например, о «неспособности стариков обеспечить себя даже самым необходимым»: в нашей стране именно пожилые люди демонстрируют поистине чудеса приспособляемости, «выживания с соблюдением приличий» в условиях отвержения со стороны, как макро, так и микросоциума (и со стороны государства, и со стороны семьи).

#### **5. Выявление уникальных эпизодов и начало альтернативной истории**

Однако, как известно, «жизнь – она полосатая». В каждой жизненной истории имеются светлые периоды радостей, удачи, преодоления трудностей. Именно эти уникальные эпизоды отслеживает психолог в доминирующем (проблемном) нарративе клиента. Выявляя их, уточняя функции, действия и способности, которые применял клиент в этих ситуациях, психолог побуждает клиента к созданию альтернативной истории, где либо проблем нет вообще, либо рассказчик их побеждает, либо проблемы способствуют его личностному развитию или получению нового жизненного опыта. У пожилых людей, обремененных жизненными трудностями, эмоциональная подвижность сдвигается постепенно в сторону сниженного настроения. Они становятся склонными отмечать только тяжелые моменты и ситуации, с которыми им приходится бороться. Выявление «светлых промежутков» снимает глобальность действия проблем на жизнь человека.

#### **6. Перенаименование проблемы**

Психолог, используя речь клиента, дает название истории клиента не в терминах его несостоятельности, как это делает сам клиент, а исходя из его достижений, умений, личностных возможностей. Таким образом, клиент получает «взгляд с изнанки», изнутри своего опыта, наполненного смыслом жизненной перспективы.

Например, рассказ о «наступившей недееспособности и никчемности» может переименовываться в историю о «праве на отдых для использования накопленного опыта в личных целях»; нарратив о «беспомощном больном» может получить название «использование максимум возможностей для поддержания здоровья».

## **7. Уплотнение альтернативной истории**

Однако влияние проблемной истории, сформированной в течение длительного времени и под действием мнения окружающего мира, остается доминирующим. Поэтому создание альтернативной истории, ее наполнение (уплотнение) вплоть до обретения способности противостоять доминирующей, воссоздается на каждой встрече вновь и вновь. И не важно, ведутся ли встречи с психологом ежедневно или с большими перерывами. Альтернативная история формируется у пожилых очень медленно, «по крупинкам», а рассыпается мгновенно. Для них очень характерен «откат назад» с каждым отрицательным для них жизненным эпизодом (болезнью, ссорой с родными, оскорблением на улице и др.). Особенно это заметно у пожилых одиноких людей. Ограниченность или полное отсутствие общения не позволяют им получать в достаточном объеме подкрепление своим положительным изменениям в отношениях с окружающими. На этом фоне длительное сопровождение пожилых людей (периодические встречи с психологом в течение нескольких лет) является для них необходимым, и превращается для психолога в постоянное уплотнение альтернативной истории. Чаще всего это нарратив о том, как они все больше находят способов применить свой жизненный опыт, в том числе беседы с психологом, для организации самопомощи во все более усложняющейся ситуации старости.

## **8. Обсуждение будущего в свете новой истории**

Беседа с пожилыми людьми о будущем неизменно приходит к теме смерти. Независимо от того, как у данного человека она звучит (страх, интерес, примирение с неизбежностью смерти или др.), его отношение к смерти должно обсуждаться обязательно. По нашим наблюдениям именно эти экзистенциальные переживания блокируют способность пожилых лиц планировать свою жизнь. Интересно, что именно после бесед о смерти большинство пожилых клиентов начинают более свободно говорить о планах на ближайшее и даже отдаленное будущее. Причем разговор о том, что станет с миром (в общем, и с их близкими, в частности) после их смерти, облегчает возможность обсуждения конкретных планов их действий в реальной жизни, как сегодняшней, так и в ближайшем



будущем. Они становятся способны обсуждать имеющиеся у них межличностные и социальные отношения, в том числе возможные изменения собственного поведения. Если эти перемены рассматриваются с точки зрения уже простроенной альтернативной истории, то человек осуществляет их незамедлительно. Таким образом, в каждой последующей беседе появляется все новый материал для обсуждения полученного нового опыта, позволяющего, в свою очередь, вновь простраивать и корректировать планы на будущее. При этом простраивается логика неизменной непрерывности и взаимосвязанности жизненной линии времени. Настоящее использует прошлое. Но и все будущее строится на основе базы, которая сформирована в прошлом. Реконструируя настоящее, так чтобы применить накопленный в прошлом опыт, люди влияют на будущее и создают его с участием своих знаний и умений.

## **9. Выявление ресурсов клиента, способствующих поддержанию новой реальности в настоящем и будущем**

Одну из важных проблем (жалоб) для пожилых людей составляет сужающийся (объективно) круг связей с внешним миром: меньше становится контактов, интересов, деятельности. Возникает тема изоляции. Обсуждение с пожилым человеком информации, например, об имеющихся для пенсионеров льготах при посещении музеев, концертов, вопросы социального обеспечения, еще им не реализованные, позволяет перевести беседу в процесс поиска нереализованных возможностей. Это позволяет обсудить те увлечения и интересы, которые человеку приходилось откладывать в период активной социальной деятельности, и выявить, какие из них теперь стали доступны. Важной также для обсуждения с пожилыми пациентами является тема снижения ими собственной активности в поддержании и восстановлении утраченных или приостановившихся контактов. Обсуждение где они могут создавать новые знакомства, как восстановить старые, само по себе является мотивирующим и подтверждающим их способность к реорганизации своей социальной жизни. После таких бесед пожилые люди часто устанавливают новые отношения. Если же они даже ничего не меняют в своей жизни, их эмоциональное и физическое состояние после таких бесед значительно улучшается: границы мира раздвигаются за счет перспектив, которые они могли бы использовать, но не делают этого сами. Так тема изоляции замещается (частично или полностью) темой свободы, в частности, относительно выбора образа и распорядка собственной жизни. Еще одной и, возможно, наиболее трагичной, является распространенное в обществе убеждение о «бесполезности стариков». На самом же деле, каждый пожилой пациент – носитель уникальной мудрости: с одной стороны, как представитель конкретной культуры и исторической эпохи, а с другой стороны, как носитель личного жизненного опыта. Поэтому в процессе нарративной практики доминирующая история о «ненужности в старости» пересказывается<sup>49</sup> в

альтернативный «нарратив о мудрости». Обсуждается мудрость, которой пожилой человек может делиться, а может, нет, но все равно он ее вместилище. Если он сам хочет делиться, то тогда - с кем именно. Какие пути у него для этого есть. Как он это делал и делает, будет делать.

### **Наиболее типичные проблемы пожилых людей (из практики работы с ними)**

1. потеря смысла жизни
2. ощущение ненужности близким
3. предательство собственного тела
4. неспособность поддерживать привычный образ жизни (особенно физически)
5. зависимость от других (близких, окружающих, социума)
6. сужение круга социальных контактов
7. страх смерти

Каждая проблема может быть проявлена наиболее ярко в конкретном случае, однако, часто они переплетены, взаимосвязаны, неразделимы. Тогда у пожилого человека появляется ощущение безысходности, неопределенности, беспомощности, экзистенциального одиночества. Поэтому в своей работе практики чаще всего выделяют их как отдельные проблемы или аспекты одной проблемной (настоящей) жизненной ситуации (техника разъединения проблем). Уже одно это структурирует жизненную ситуацию клиента, отграничивает ее, делает менее глобальной, помогая справляться с ней (вернее давая надежду, что с ней можно справиться поэтапно).

### **10. Потеря смысла жизни**

Часто анализ пожилым человеком смысла жизни осуществляется в форме выражения своего отношения:

- А. к жизни в ее течении во времени (линия времени, временная шкала)
- Б. к себе как социальной личности (своей принадлежности обществу)

Называя проблемой отсутствие смысла жизни, пожилые пациенты объясняют свою неудовлетворенность, исходя из ряда конкретных умозаключений или их последовательностей, которые приведены ниже.

*Отношение к настоящему*

Сегодняшняя (настоящая) жизнь клиента, по его мнению:

- 1) не насыщена значимыми для данной личности событиями и/или делами, в которые он может быть включен (участвовать)
- и/или
- 2) насыщена незначимыми (незначительными) событиями.

*Отношение к прошлому*

- 1) Все что значимо, осталось в прошлом. - Нет смысла ни в настоящем, ни в будущем

или 2) вся прожитая жизнь пересматривается и оценивается как бессмысленная:

"Зачем все это делалось? Как повлияло на сегодня? Чем помогло (ничем не помогло) мне тогда и теперь? Кому это все нужно (было тогда и/или сейчас)?"

*Отношение к будущему.*

1) Будущего не будет, т.к. не будет меня.

2) Будущее будет без меня, и я этого не увижу - Зачем мне что-то предпринимать, делать?- Нет смысла в настоящем (деятельности, жизни).

3) Будущее будет иное, и я не знаю какое, и не узнаю - То, что я делаю сейчас бессмысленно, т.к. может быть бесполезно.

4) В будущем это никому не будет нужно - "Кому это все будет нужно?"

*Отношение к своей социальной принадлежности*

Человеку не свойственно жить, и в действительности человек не живет, в полном одиночестве - смысл жизни видится в том, насколько жизнь данного человека является нужной для поддержания жизни других людей: всей Земли, страны, общества, близкого круга людей, семьи, отдельных значимых лиц. Поэтому собственная жизнь (право на жизнь; признание, что ты существуешь; жизнь имеет смысл) определяется тем, насколько пожилой человек участвует (включен) в жизнедеятельность других лиц. Если при этом он получает от них подтверждение своей нужности, то может чувствовать себя достаточно комфортно. Однако малейшая критика или недовольство в его адрес вызывают ощущение крушения мира - отсюда часто всплеск отрицательных эмоций: обиды, злости, гнева, вины, стыда, вплоть до состояния отчаяния. В поведении это может проявляться в виде отказа от любой деятельности, слез и/или агрессии, ответной критики в адрес "обидчика" (тех, кто, по их мнению, их оскорбил), а также на "всех остальных", "на мир вообще". Самоутверждение в пожилом возрасте часто происходит не в результате собственного роста, использования имеющегося жизненного опыта, а за счет обесценивания действий, мнения, умений других людей, а также растет склонность к осуждению и критичности. Проблема потери смысла жизни в этом случае плотно переплетается с ощущением своей ненужности, особенно болезненно - в отношениях с родными и близкими.

## **11. Ощущение ненужности близким**

Человек живет, окруженный другими людьми, некоторые из которых связаны с ним наиболее значимыми эмоциональными отношениями. Их обычно называют "близкими" людьми. Чаще ими являются члены семьи, но иногда - друзья или люди, связанные другими социально-значимыми отношениями (соседи, коллеги, ученики, учитель и др.

В этих отношениях человек находит подтверждение своего существования как

личности в целом. Причем в каждых взаимоотношениях он проявляет в наибольшей мере какие-то конкретные качества, личностные особенности.

Таким образом, если у человека достаточно эмоционально насыщенных связей с другими людьми, он в них постоянно самоутверждается и развивается (получает поддержку) лично.

В пожилом возрасте этих связей становится все меньше, как по количеству, так и по эмоциональной насыщенности. Старшего поколения, а также части сверстников уже нет в живых. Общение со своим (привычным) кругом ограничено: реже и короче встречи, на которых обсуждается все меньше общих значимых тем, т.к. новые не появляются, а старые уже многократно проговорены. Особенно это актуально для тех, кто уже не может работать и/или активно участвовать в какой-либо общественной деятельности. Тот, у кого ранее большую часть времени занимала работа, выпадает из регулярного общения с коллегами, т.е. теряет значительную часть социальных связей, а для налаживания новых, в размере их привычного объема, нет заранее сформированных возможностей, да и физических сил может не хватать.

Уменьшается и общение с детьми, которые стали взрослыми и больше включены в становление собственных социальных отношений (семья, работа, друзья, свои интересы и увлечения и др.). Аналогично отдаляются другие родственники, погруженные в собственный мир. Появляется и постепенно формируется в жесткую концепцию мысль, что стал ненужным в жизни тех, кто тебе близок и значим, а значит жизнь кончена, т.к. оказался за ее пределами.

Наиболее тяжело это состояние переживается, если человек оказывается (зависим) в плену болезней, воспринимая это как предательство собственного тела.

## **12. Предательство собственного тела**

У каждого человека имеется собственное отношение к болезни как к конкретному диагнозу и как к ситуации, которая коснулась лично его. В пожилом возрасте особенность состоит в том, что у организма как биологической системы, все меньше ресурсов для полного излечения после вновь возникшего нового заболевания или обострения уже имеющегося хронического. Поэтому часто развиваются осложнения. Период выздоровления для достижения благополучия, достаточного для дальнейшего жизнеобеспечения, удлиняется. Картина болезни становится все более сложной.

Для поддержания здоровья требуются дополнительные усилия, а сил с возрастом становится все меньше, их трудно направлять на поддержание специальной физической активности, особенно если она не была привычной раньше и теперь ведет к изменению образа жизни в соответствии с имеющимися изменениями в организме. Получается парадокс: телу нужна дополнительная, специально организованная активность, а оно отказывается подчиняться, "хочет

покоя".

### **13. Неспособность поддерживать привычный образ жизни**

Слабеющее тело является лишь частью проблемы, которую пожилые люди называют неспособностью поддерживать привычный образ жизни. Ограничения в возможности перемещаться в пространстве, подвижности, уменьшение времени продуктивной активности (физической и психической) в течение дня часто дополняются не востребуемостью, а иногда и отвержением, даже отпихиванием со стороны близкого окружения. В большинстве случаев «запуском» для формирования этой проблемы являются две причины:

1) интернальная: например, тяжелое заболевание, развившееся у самого человека. Переходя в хроническую форму, оно требует изменения образа жизни в отношении (часто снижения) физической и социальной активности;

2) экстернальная: например, выход на пенсию, потеря работы (добровольно или в результате увольнения) с невозможностью найти другую, аналогичную. Надо отметить, что среди пожилых пациентов, обремененных данной проблемой, много женщин, которые (рано) став бабушками, уволились с работы добровольно, чтобы растить внуков. Многие годы их жизнь была насыщена и подчинена только потребностям семей их детей. Но вот внуки выросли и не нуждаются больше в опеке, постоянном уходе. Женщины-бабушки еще полны сил и энергии, но им, чтобы поддерживать привычный образ жизни и себя как значимой личности, необходимы другие люди, а в них теперь не нуждается ни их привычный круг приложения жизненных сил (семья), ни общество в широком смысле. Их профессиональные, да и коммуникационные, навыки, в значительной мере утеряны и ограничены той деятельностью, которой они занимались в последнее время (домашняя работа, воспитание внуков).

### **14. Зависимость от окружающих**

Особую проблему составляет все усиливающаяся с возрастом зависимость от окружающих.

Особенно ранимыми в этом положении оказываются пожилые люди, которые всю жизнь были активными, самостоятельными и/или помогающими другим. Они не могут принять свою личность в целом, т.к. по их мнению, она стала в старости нарушенной в основных сферах своего проявления: собственной деятельности и своей роли в отношениях с окружающими. Им характерны проявления аутоагрессии, попреки в адрес своего «предательского тела», мысли о бессмысленности и бесполезности дальнейшей жизни. Особенно обостряются эти переживания, когда явной становится невозможность поддерживать привычный ранее образ жизни. Им трудно просить и принимать помощь от окружающих, как близких, так и специалистов различных служб, т.к. в их интерпретации это

подтверждает их беспомощность и несостоятельность. Они ждут, что о них будут заботиться «те, кто должны», как и они сами «всю жизнь выполняли свой долг». Иные переживания выходят на первый план у пожилых лиц, которые в своей системе взаимоотношений с миром занимали пассивную, подчиняющуюся роль. Они требуют к себе все больше заботы, выдвигают новые и новые требования, но т.к. неизбежно продолжающийся процесс старения не останавливается, всегда оценивают действия своих помощников как недостаточные. Таким образом, им характерно проявление гетероагрессии, ощущение ненужности близким. Они страдают, считая себя полностью беспомощными: в физическом, психологическом и социальном плане, что часто сопровождается острым переживанием страха смерти. Особенно усложняется их состояние, если они имеют к старости значительное сужение круга контактов с окружающим миром.

### **15. Сужение круга социальных контактов**

Преимущественная ориентация с увеличением возраста человека на поддержание своего физического существования ведет к актуализации таких экзистенциальных (значимых для человека как биологического вида) проблем как одиночество, изоляция. Оказываясь все большее количество времени самим с собой, пожилой человек переживает ощущения пустоты, потерянности, непричастности к миру. Осознание того, что дряхлеющее тело не позволяет поддерживать жизнедеятельность в привычном качестве и объеме, толкает его на привлечение к себе возможно большего числа лиц, используя их «как орудие защиты от изоляции...В этом случае отношения вообще не будут истинными отношениями, но лишь расстройками, неудачами, искажениями того, что могло бы быть» В работе с пожилыми людьми важно обсуждать качество их настоящих межличностных отношений, переводя фокус с недовольства ими на аспекты отношений, поддерживающие их личность. Кроме того, большую тему представляет то, как он распоряжается собственным одиночеством: что он в нем получает, как его организует, т.е. как и чем живет. Это тем более актуально в пожилом возрасте, т.к. осознание того, что мы все смертны, приводит к замкнутости мышления на страхе смерти.

### **16. Страх смерти**

«Мысль о переплетенности жизни и смерти столь же стара, как письменная история. Всему на свете приходит конец – это одна из наиболее самоочевидных истин, так же как и то, что мы боимся этого конца и тем не менее должны жить с сознанием его неизбежности и своего страха перед ним». Осознание конечности жизни принимается людьми гораздо чаще, чем то, что этот конец является смертью. Это появление нового(отдельного, собственного) имени у конца единого процесса, который называется жизнью, пугает человека, с одной стороны, именно тем, тем, что, раз имеется свое имя у этого момента жизни,

значит, это что-то иное, чем жизнь, а с другой стороны, своей неизвестностью из-за отсутствия у человечества описания (нарратива) практического опыта пребывания в состоянии смерти (из умерших еще никто реально не вернулся в жизнь и не рассказал о смерти). Поэтому страх смерти можно в значительной мере рассматривать как страх неизвестного. Как показывает опыт, беседы о смерти помогают пациентам справиться с имеющимся у них беспокойством, вернуть себе уверенность в завтрашнем дне, способность строить планы по поддержанию и реконструкции образа своей жизни в более удовлетворяющем их ключе, в частности, снижая их тревогу по поводу неизбежно предстоящей физической смерти.

Зато имеется множество рассказов об умирании, как различных вариантах процесса приближения смерти. Однако, человеку не дано точно знать свое будущее, поэтому реально каждый из нас не знает, как именно будет происходить процесс расставания с жизнью (умирание). Поэтому часто за страхом смерти стоят страхи процесса умирания. Наиболее часто у пожилых проявляются страхи умереть в одиночестве, сойти с ума, полной зависимости от окружающих, болезни и физического старения (дряхления), беспомощности перед жизненными ситуациями и др. При этом у пожилых лиц часто наблюдаются изолированные, внезапные, приступы страха. В этом случае беседы о развившемся в этот момент состоянии, о предшествовавших жизненных событиях, социальной ситуации и перспективах жизни пациентов помогают ему как справиться с последствиями перенесенного приступа страха, так и обрести контроль над своим состоянием и жизнью в последующем.

Страх смерти часто актуализируется на фоне обострения хронического заболевания. В этот момент он нередко толкает больного человека на поиск подтверждения неизбежности трагического исхода своего нынешнего состояния путем воспоминания и проведения аналогий с приведшими к смерти болезнями своих родственников и других знаемых для них лиц. У пожилого человека таких воспоминаний становится все больше: умерло не только более старшее поколение, но также уходят из жизни сверстники и даже более молодые люди. Значительное влияние на пожилых людей оказывает любая смерть. «Для многих смерть близкого существа влечет интимнейшее осознание собственной смерти» Иногда критическим, более острым по сравнению с гореванием о смерти близкого человека, в ухудшении состояния пожилого пациента оказывается его переживание страха смерти, развившееся в связи со смертью любимого животного.

*Сравнительный анализ традиционного и нарративного подхода в работе с пожилыми людьми*

1. Общение с пожилыми людьми всегда затруднительно
2. По всем психотерапевтическим канонам психокоррекция личности пожилого человека невозможна
3. В своем рассказе они придерживаются только собственной конкретной точки зрения, оценки ситуации и жизни в целом
4. Они скучны, пессимистичны, полны страхов и опасений
5. Старики навязчивы и догматичны
6. Они негибкие, ригидные и жесткие в своем мышлении и поведении
7. Они беспомощны и несамостоятельны, зависимы
8. Трудно приспособляются к новой ситуации и обстановке
9. Старики одиноки, изолированы
10. Старики не нужны обществу

### **Нарративный подход**

1. Они отличные, интересные рассказчики, если их разговорить (позволить им увлеченно говорить)
2. Они способны пересказывать свои истории с множеством оттенков, нюансов, фактов
3. Они охотно делятся своим мнением и опытом, свободны в выражении своей точки зрения
4. Они обладают богатым чувством юмора, часто ироничны, насмешливы, остроумны
5. Они – кладезь мудрости
6. Они - носители культурных традиций и обычаев конкретного социального слоя
7. Имеют опыт выживания в различные исторические периоды, при социальных катаклизмах
8. Способны приспособляться к новой ситуации, особенно там, где их принимают
9. Свободны в осуществлении выбора использования своего личного времени, пространства, деятельности
10. Старые люди – важнейший ресурс развивающегося общества

**Источник:** Журнал "Психология зрелости и старения" 3 (35), осень, 2006- Москва, "Центр Геронтолог", гл.редакторк.п.н. Краснова О.В.