

МИНОБРНАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
Факультет психологии



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ**

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ

Направление подготовки (специальность)

37.05.01 «Клиническая психология»

Специализация

«Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»

Квалификация (степень) выпускника

Специалист

Форма обучения

очная

Форма итоговой аттестации по дисциплине **«Клиническая психология в геронтологии и гериатрии»** – зачет.

Перечень компетенций выпускников образовательной программы, в формировании которых участвует дисциплина «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии» их «карты»:

1. **ПСК-1.6** - Способность и готовность к самостоятельной постановке практических и исследовательских задач, составлению программ консультативной работы на основе психодинамического, гуманистического, когнитивно-бихевиорального, системно-семейного и других подходов

2. **ПСК-1.7** - способность и готовность к применению методов клинико-психологической оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности с целью выбора конкретных программ психологического воздействия

3. **ПСК-1.8** - способность и готовность к использованию методов психологического консультирования в работе с индивидами, группами, учреждениями, с представителями социальных и религиозных субкультур

4. **ПСК-1.10** - способность и готовность к планированию деятельности и самостоятельной работе при оказании экстренной психологической помощи в экстремальных и кризисных ситуациях

КАРТА КОМПЕТЕНЦИИ

КОМПЕТЕНЦИЯ: ПСК-1.6

Способность и готовность к самостоятельной постановке практических и исследовательских задач, составлению программ консультативной работы на основе психодинамического, гуманистического, когнитивно-бихевиорального, системно-семейного и других подходов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЕТЕНЦИИ

Тип компетенции:

– профессионально-специализированная компетенция выпускника образовательной программы по направлению подготовки **37.05.01 Клиническая психология, уровень высшего образования (ВО): специалитет.**

ВХОДНОЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ТРЕБУЕМЫЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ

Входной уровень знаний, умений и опыта деятельности, требуемых для формирования ПСК-1.6, определяется уровнем сформированности следующих профессиональных компетенций (ПК): ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5.

Для того чтобы формирование данной компетенции было возможно, обучающийся, осваивающий программу специалитета, должен:

ЗНАТЬ: базовые принципы организации психологических эмпирических исследований, нормы исследовательской этики; клинические проявления наиболее распространенных психических расстройств, закономерности психического реагирования человека в кризисных ситуациях, возрастные особенности протекания психической деятельности; основные эτικο-деонтологические нормы психодиагностической деятельности, основные клиничко-психологические диагностические методики (спектр диагностируемых феноменов, целевые группы); спектр и специфику характеристик, необходимых для квалифицированного клиничко-психологического вмешательства в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития клиентов/пациентов.

УМЕТЬ: формулировать проблемы и гипотезы, определять цели и задачи исследования; анализировать и обобщать информацию, предоставленную клиентом; выявлять клиничко-психологический феномен в структуре запроса; выявлять специфику психодиагностических методик относительно психодиагностических задач, учитывать нозологические, социально-демографические, культуральные и индивидуально-психологические характеристики; выявлять практические и исследовательские цели психологического вмешательства, для последующей разработки реабилитационных программ.

ВЛАДЕТЬ: основами аналитико-синтетической деятельности, понятийным аппаратом своей предметной области; навыками критического анализа и обобщения полученной информации, основами анализа семантической составляющей речи; основами планирования психодиагностического обследования с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик; основными теоретическими понятиями и концепциями необходимыми для постановки целей, а также для разработки программ квалифицированного клиничко-психологического вмешательства, с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик.

**ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ
И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНИВАНИЯ**

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
<p>Пороговый уровень (ПСК-6) –I</p> <p>Владение теоретическими знаниями необходимыми для постановки практических и исследовательских задач, составления программ консультативной работы на основе психодинамического,</p>	<p>3 (ПСК-6)-I Знать: ключевые теоретические положения, принципы различных направлений психологического консультирования</p>	<p>Ограниченные знания ключевых теоретических положений, принципов различных направлений психологического консультирования</p>	<p>Фрагментарные знания ключевых теоретических положений, принципов различных направлений психологического консультирования</p>	<p>Общие, но не структурированные знания ключевых теоретических положений, принципов различных направлений психологического консультирования</p>	<p>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания ключевых теоретических положений, принципов различных направлений психологического консультирования</p>	<p>Сформированные системные знания ключевых теоретических положений, принципов различных направлений психологического консультирования</p>

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
гуманистического, когнитивно-бихевиорального, системно-семейного и других подходов	У (ПСК-6)-I Уметь: анализировать основные теоретические положения различных подходов к психологическому консультированию, устанавливать причинно-следственные связи между ними, с целью постановки практических и исследовательских задач	Отсутствие умения	Частично освоенное умение анализировать основные теоретические положения различных подходов к психологическому консультированию, устанавливать причинно-следственные связи между ними, с целью постановки практических и исследовательских задач	В целом успешное, но не систематическое умение анализировать основные теоретические положения различных подходов к психологическому консультированию, устанавливать причинно-следственные связи между ними, с целью постановки практических и исследовательских задач	В целом успешное, но сопровождающееся отдельными ошибками умение анализировать основные теоретические положения различных подходов к психологическому консультированию, устанавливать причинно-следственные связи между ними, с целью постановки практических и исследовательских задач	Сформированное умение анализировать основные теоретические положения различных подходов к психологическому консультированию, устанавливать причинно-следственные связи между ними, с целью постановки практических и исследовательских задач

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
	В (ПСК-6)-I Владеть: понятийным аппаратом основных направлений психологического консультирования	Отсутствие навыков	Фрагментарное применение навыков владения понятийным аппаратом основных направлений психологического консультирования	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения понятийным аппаратом основных направлений психологического консультирования	В целом успешное, но сопровождающееся незначительными ошибками применение навыков владения понятийным аппаратом основных направлений психологического консультирования	Успешное и систематическое применение навыков владения понятийным аппаратом основных направлений психологического консультирования

КАРТА КОМПЕТЕНЦИИ

КОМПЕТЕНЦИЯ: ПСК-1.7

способность и готовность к применению методов клинко-психологической оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности с целью выбора конкретных программ психологического воздействия

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЕТЕНЦИИ

Тип компетенции:

– профессионально-специализированная компетенция выпускника образовательной программы по направлению подготовки **37.05.01 Клиническая психология**, уровень высшего образования (ВО): **специалитет. Специализация № 1 «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»**

ВХОДНОЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ТРЕБУЕМЫЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ

Входной уровень знаний, умений и опыта деятельности, требуемых для формирования данной общекультурной компетенции, определяется уровнем сформированности следующих компетенций ОК-1, ПК-2, ПК-3. Для того чтобы формирование данной компетенции было возможно, обучающийся, осваивающий программу специалитета, должен:

ЗНАТЬ: специфику научного познания, главные этапы развития науки; основные методы научного познания; клинические проявления наиболее распространенных психических расстройств, закономерности психического реагирования человека в кризисных ситуациях, возрастные особенности протекания психической деятельности; основные этико-деонтологические нормы психодиагностической деятельности, основные клинко-психологические диагностические методики (спектр диагностируемых феноменов, целевые группы)

УМЕТЬ: применять понятийный аппарат науки к анализу и обобщению информации из различных источников; анализировать и обобщать информацию, предоставленную клиентом; выявлять клинко-психологический феномен в структуре запроса; выявлять специфику психодиагностических методик относительно психодиагностических задач, учитывать нозологические, социально-демографические, культуральные и индивидуально-психологические характеристики

ВЛАДЕТЬ: навыком использования категориального аппарата науки в ходе анализа изучаемых явлений; навыками критического анализа и обобщения полученной информации, основами анализа семантической составляющей речи; основами планирования психодиагностического обследования с учетом нозологических, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНИВАНИЯ

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
<p>Пороговый уровень (ПСК-1.7) –I</p> <p>Владение методами клинико-психологической оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности</p>	<p>3 (ПСК-1.7)-I</p> <p>Знать: маркеры основных психопатологических симптомов, защитные механизмы личности, основные копинг-стратегии</p>	<p>Ограниченные знания маркеров основных психопатологических симптомов, защитных механизмов личности, основных копинг-стратегии</p>	<p>Фрагментарные знания маркеров основных психопатологических симптомов, защитных механизмов личности, основных копинг-стратегии</p>	<p>Общие, но не структурированные знания маркеров основных психопатологических симптомов, защитных механизмов личности, основных копинг-стратегии</p>	<p>Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания маркеров основных психопатологических симптомов, защитных механизмов личности, основных копинг-стратегии</p>	<p>Сформированные системные знания маркеров основных психопатологических симптомов, защитных механизмов личности, основных копинг-стратегии</p>

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
	У (ПСК-1.7)-I Уметь: отбирать клинико-психологические методы для оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности	Слабо сформированные умения отбирать клинико-психологические методы для оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности	Частично освоенные умения отбирать клинико-психологические методы для оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности	В целом успешно применяемые умения отбирать клинико-психологические методы для оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности	Успешно применяемые умения отбирать клинико-психологические методы для оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности	Сформированные умения отбирать клинико-психологические методы для оценки психопатологических симптомов, защитных механизмов и копинговых стратегий личности; их успешная актуализация
	В (ПСК-1.7)-I Владеть: клинико-психологическими методами (клиническая беседа, структурированное интервью, анамнестический метод...)	Слабо сформированные навыки владения клинико-психологическими методами (клиническая беседа, структурированное интервью, анамнестический метод...)	Частично освоенные навыки владения клинико-психологическими методами (клиническая беседа, структурированное интервью, анамнестический метод...)	В целом успешно применяемые навыки владения клинико-психологическими методами (клиническая беседа, структурированное интервью, анамнестический метод...)	Успешно применяемые навыки владения клинико-психологическими методами (клиническая беседа, структурированное интервью, анамнестический метод...)	Сформированные навыки владения клинико-психологическими методами (клиническая беседа, структурированное интервью, анамнестический метод...)

КАРТА КОМПЕТЕНЦИИ

КОМПЕТЕНЦИЯ: ПСК-1.8

способность и готовность к использованию методов психологического консультирования в работе с индивидами, группами, учреждениями, с представителями социальных и религиозных субкультур

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЕТЕНЦИИ

Тип компетенции:

– профессионально-специализированная компетенция выпускника образовательной программы по направлению подготовки **37.05.01 Клиническая психология**, уровень высшего образования (ВО): **специалитет. Специализация № 1 «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»**

ВХОДНОЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ТРЕБУЕМЫЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ

Входной уровень знаний, умений и опыта деятельности, требуемых для формирования данной общекультурной компетенции, определяется уровнем сформированности базовых компетенций ПК-2, ПК-5, ПК-7. Для того чтобы формирование данной компетенции было возможно, обучающийся, осваивающий программу специалитета, должен:

ЗНАТЬ: клинические проявления наиболее распространенных психических расстройств, закономерности психического реагирования человека в кризисных ситуациях, возрастные особенности протекания психической деятельности; спектр и специфику характеристик, необходимых для квалифицированного клинико-психологического вмешательства в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития клиентов/пациентов; основы психологического консультирования населения в целях психопрофилактики, формирования здорового образа жизни; базовые принципы личностного саморазвития.

УМЕТЬ: анализировать и обобщать информацию, предоставленную клиентом; выявлять клинико-психологический феномен в структуре запроса; выявлять практические и исследовательские цели психологического вмешательства, для последующей разработки реабилитационных программ; определять цели и задачи, выявлять специфику программ психопрофилактики, направленных на сохранение и улучшение психического и физического здоровья, формирование здорового образа жизни, а также личностного развития.

ВЛАДЕТЬ: навыками критического анализа и обобщения полученной информации, основами анализа семантической составляющей речи; основными теоретическими понятиями и концепциями необходимыми для постановки целей, а также для разработки программ квалифицированного клинико-психологического вмешательства, с учетом нозологических и индивидуально-психологических характеристик; терминологическим аппаратом в области психопрофилактики, направленной на сохранение и улучшение психического и физического здоровья

ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ
И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНИВАНИЯ

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
<p>Пороговый уровень (ПСК-1.8) –I</p> <p>способность к выбору возможных методов психологического консультирования в работе с индивидами, группами, учреждениями с учетом религиозных и социальных особенностей</p>	<p>3 (ПСК-1.8)-I</p> <p>Знать: основные теоретико-методологические концепции развития личности, культуральные, социальные и религиозные особенности переживания в экстремальных и кризисных ситуациях</p>	Отсутствие знаний	Фрагментарные знания основных теоретико-методологических концепций развития личности, культуральных, социальных и религиозных особенностей переживания в экстремальных и кризисных ситуациях	Общие, но не структурированные знания основных теоретико-методологических концепций развития личности, культуральных, социальных и религиозных особенностей переживания в экстремальных и кризисных ситуациях	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных теоретико-методологических концепций развития личности, социальных и религиозных особенностей переживания в экстремальных и кризисных ситуациях	Сформированные системные знания основных теоретико-методологических концепций развития личности, культуральных, социальных и религиозных особенностей переживания в экстремальных и кризисных ситуациях

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
	У (ПСК-1.8)-I Уметь: выбирать методы психологического консультирования с учетом конфессиональных и культурных особенностей	Отсутствие умения	Частично освоенное умение выбирать методы психологического консультирования с учетом конфессиональных и культурных особенностей	В целом успешное, но не систематическое осуществление умения выбирать методы психологического консультирования с учетом конфессиональных и культурных особенностей	В целом успешное, но сопровождающееся отдельными ошибками умение выбирать методы психологического консультирования с учетом конфессиональных и культурных особенностей	Сформированное умение выбирать методы психологического консультирования с учетом конфессиональных и культурных особенностей

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
	В (ПСК-1.8)-I Владеть: основными методами индивидуального и группового, в том числе организационного, консультирования	Отсутствие навыков	Фрагментарное применение навыков владения основными методами индивидуально и группового, в том числе организационного, консультирования	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения основными методами индивидуального и группового, в том числе организационного, консультирования	В целом успешное, но сопровождающееся незначительными ошибками применение навыков владения основными методами индивидуального и группового, в том числе организационного, консультирования	Успешное и систематическое применение навыков владения основными методами индивидуального и группового, в том числе организационного, консультирования

КАРТА КОМПЕТЕНЦИИ

КОМПЕТЕНЦИЯ: ПСК-1.10

способность и готовность к планированию деятельности и самостоятельной работе при оказании экстренной психологической помощи в экстремальных и кризисных ситуациях

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЕТЕНЦИИ

Тип компетенции:– профессионально-специализированная компетенция выпускника образовательной программы по направлению подготовки 37.05.01 Клиническая психология, уровень высшего образования (ВО): специалитет. Специализация № 1 «Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях»

ВХОДНОЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ТРЕБУЕМЫЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ

Входной уровень знаний, умений и опыта деятельности, требуемых для формирования данной общекультурной компетенции, определяется уровнем сформированности базовых компетенций ОК- 6, ОК- 9, ПК-5. Для того чтобы формирование данной компетенции было возможно, обучающийся, осваивающий программу специалитета, должен:

ЗНАТЬ: иметь представление об общечеловеческих ценностях и идеалах гражданского общества; распространенные опасные и чрезвычайные ситуации природного, техногенного и социального характера; факторы, пагубно влияющие на здоровье человека; спектр и специфику характеристик, необходимых для квалифицированного клинико-психологического вмешательства в целях профилактики, лечения, реабилитации и развития клиентов/пациентов

УМЕТЬ: самостоятельно оценивать и принимать решения, определяющие стратегию поведения, с учетом гражданских и нравственных ценностей; применять полученные знания в области безопасности жизнедеятельности на практике; проектировать модели личного безопасного поведения в повседневной жизни и в опасных и чрезвычайных ситуациях; выявлять практические и исследовательские цели психологического вмешательства, для последующей разработки реабилитационных программ

ВЛАДЕТЬ: основами толерантного сознания и поведения в поликультурном мире; готовностью к осуществлению диалога с другими людьми и достижения взаимопонимания; представлением о культуре безопасности, в том числе о культуре экологической безопасности; представлением об необходимости отрицания экстремизма, терроризма, других действий противоправного характера и асоциального поведения; выявлять практические и исследовательские цели психологического вмешательства, для последующей разработки реабилитационных программ

**ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИИ
И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНИВАНИЯ**

Уровень освоения компетенции*	Планируемые результаты обучения** (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения				
		1	2	3	4	5
<p align="center">Пороговый уровень (ПСК-1.10) –I</p> <p>способность к планированию деятельности по оказанию экстренной психологической помощи в экстремальных и кризисных ситуациях</p>	<p>В (ПСК-1.10)-I Владеть: навыками составления плана психологической помощи, основными методами и приемами психологической помощи в экстремальных и кризисных ситуациях</p> <p>У (ПСК-1.10)-I Уметь: разрабатывать план психологической помощи в зависимости от типа экстремальной или кризисной ситуации и особенностей пострадавшего</p> <p>З (ПСК-1.10)-I Знать: закономерности протекания психических процессов в экстремальных и кризисных ситуациях, цели и возможные методы экстренной психологической помощи</p>	Ограниченные знания, слабо сформированные навыки и умения	Фрагментарные знания, частично освоенные навыки и умения	Общие, но не структурированные знания; в целом успешно применяемые навыки и умения	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания; успешно применяемые навыки и умения	Сформированные системные знания; сформированные навыки и умения; их успешная актуализация

Критерии достижения результатов обучения по дисциплине, процедуры оценки их достижения, описание фонда оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

1. В качестве критериев достижения результатов обучения выступают полученные студентом знания, а также способность и готовность их использования в тех видах профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу специалитета.

2. Процедурами оценки достижения результатов обучения по дисциплине «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии»: результаты промежуточных оценочных результатов (представлены выше), контроль посещений студентами занятий; оценка качества вопросов, задаваемых студентами, выполнение предложенных практических заданий, проектной работы; устный ответ на экзамене. Система выставления результата – экзамен по всем разделам курса.

3. Фонд оценочных средств для текущего (промежуточного) контроля успеваемости.

Перечень вопросов к устному экзамену по курсу «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии»:

1. Периодизация возрастных циклов человека.
2. Геронтология как наука о старении и долголетию.
3. Психическое здоровье у лиц позднего возраста. Психологические критерии возрастной нормы.
4. Систематика личностных и невротических расстройств в позднем возрасте.
5. Психические расстройства позднего возраста.
6. Психологические особенности нормального и патологического старения.
7. Психологические аспекты проблемы одиночества.
8. Феномен одиночества в контексте основных психологических школ (психоанализ, бихевиоризм, экзистенциализм, гуманизм).
9. Динамика характерологических и личностных проявлений в пожилом и преклонном возрасте.
10. Жизненные позиции пожилых людей (классификация Висневской-Рошковской К).
11. Кризисные состояния и депрессивные нарушения у лиц пожилого возраста.
12. Принципы подбора методов и организации исследования лиц пожилого возраста.
13. Шкалы тревоги и депрессии в комплексном психологическом исследовании пациентов пожилого возраста.
14. Патопсихологическое исследование старческих психозов.
15. Проблемы дифференциальной диагностики нормы и патологии в позднем возрасте.
16. Психологические проблемы у лиц позднего возраста.
17. Психологические и социально-психологические аспекты психологической помощи людям позднего возраста.
18. Содержание и направленность программ психологической помощи людям позднего возраста.
19. Особенности социально-стрессовых расстройств у лиц пожилого возраста.
20. Депрессивные расстройства в пожилом и старческом возрасте.
21. Особенности психологического консультирования лиц пожилого возраста.
22. Семейные кризисы в пожилом возрасте.
23. Социально-психологическая помощь в пожилом возрасте.
24. Органические психические расстройства в пожилом и старческом возрасте.

25. Проблемы насилия людей пожилого возраста.
26. Психологическая помощь при насилии людей пожилого возраста.

Темы докладов на семинарских занятиях

1. Психологические аспекты психического здоровья у людей пожилого возраста.
2. Биологические и социально-психологические факторы формирования психического здоровья в пожилом возрасте.
3. Личностные ресурсы пожилых людей как фактор формирования стрессоустойчивости.
4. Методы психодиагностики психологических особенностей пожилых людей.
5. Социальные условия и качество жизни людей преклонного возраста.
6. Нормативные семейные кризисы в пожилом возрасте.
7. Клинико-психологические особенности проявления невротических расстройств у пожилых людей.
8. Проблема одиночества в преклонном возрасте и способы ее преодоления.
9. Психологические методики изучения здоровья у пожилых.
10. Депрессивные расстройства пожилых людей.
11. Психологическая помощь пожилым людям при переживании горя.
12. Релаксационные техники психологической помощи в пожилом возрасте.
13. Особенности дезадаптации у лиц позднего возраста с депрессивными расстройствами.
14. Психологические характеристики лиц позднего возраста с нарушениями невротического спектра.
15. Особенности патопсихологических проявлений при болезни Альцгеймера.
16. Гендерные особенности переживания одиночества у лиц пожилого возраста.
17. Особенности значимых отношений у пожилых людей с невротическими нарушениями.
18. Особенности значимых отношений у пожилых людей.
14. Психологические особенности пациентов пожилого возраста с социально-стрессовыми расстройствами.
15. Эмоциональные нарушения у лиц позднего возраста.
16. Переживание одиночества людьми позднего возраста с различными характерологическими проявлениями.
17. Особенности коммуникаций у лиц пожилого возраста.
18. Проблемы геронтофобии (эйджизм) в обществе: истоки, профилактика.

Требования к докладу на семинарских занятиях.

Сообщение по самостоятельно выбранной теме представляется студентами в устной форме.

Время сообщения – 5 мин.

Содержание доклада включает ссылки на научную литературу последнего пятилетия.

Практические задания: анализ дифференциально-диагностического случая, подготовка заключения по данным психологического обследования.

Пример сложного дифференциально-диагностического случая по теме «Клиническая психология в геронтологии и гериатрии»

Больная Г., 70 лет, пенсионерка. В психиатрический стационар поступает впервые в жизни с жалобами на мучающие ее видения «необычных зверей», человеческих голов,

страх. В стационар поступает по собственному желанию с целью избавления от надоевших «видений». Психически больной себя не считает.

Из анамнеза. Родилась в Киевской области, родители работали в совхозе — отец бухгалтером, мать — рабочей. В семье было пятеро детей, младший брат умер вскоре после рождения, Г. — младшая из четырех сестер. Сестры в настоящее время проживают на Украине. В детстве переболела коклюшем, пневмонией. Окончила 7 классов, училась хорошо, но была вынуждена бросить учебу из-за тяжелой болезни матери (травма позвоночника). Была учеником счетовода, потом работала счетоводом в совхозе. Родители умерли до войны, сначала мать, затем от рака поджелудочной железы отец. Во время войны была призвана в армию. В 1944 году после ухода войск на Запад служила в Киевской области связисткой. После войны уехала в г.Черновцы к сестре, работала в сберкассе. В Казань приехала в 1946 г. В 1947 г., в возрасте 26 лет, вышла замуж. Муж был старше ее на 9 лет. О своих отношениях с мужем говорит: «всякое было», «когда замуж выходила любила, наверное», потом муж стал пить, я часто болела, бывало и спорили. Родилась дочь, которая умерла в 6-месячном возрасте от диспепсии. «Я переживала, конечно плакала, но что же делать, мертвого не поднимешь, куда деваться, надо жить». Хотела еще иметь детей, но после родов было приращение плаценты, эндометрит, затем бесплодие. Рассказывает, что муж очень любил детей, часто приводил соседских ребятшек домой, играл, катал на машине. Она к этому относилась спокойно, в играх не участвовала. Никогда не думала о том, чтобы усыновить ребенка, не позволило здоровье и отношения в семье. Хозяйство всегда вела сама, когда начала болеть (бронхиальная астма), не могла ухаживать за мужем, трудно было делать все самой, муж пил. Предлагала ему жениться или привести к себе в комнату женщину, чтобы было кому за ним ухаживать, на что муж однозначно ответил, что много лет они прожили вместе, и сейчас он так непорядочно поступить не может. Семейной жизнью была удовлетворена не вполне. После смерти мужа осталась одна, много болела. Никогда не думала о том, чтобы создать новую семью («не позволяло здоровье»). В Казани 20 лет работала на швейной фабрике. Говорит, что часто с подругами ходила в кино, театр, ездила в лес. Под окном дома был участок 5 соток, работала на нем, выращивала помидоры, огурцы. Сейчас участок отдала, т.к. не справляется, оставила немного земли, сажает там цветы. Говорит, что раньше была веселой, много смеялась. Были подруги — дружила с женщинами во дворе, отношения были хорошие, но откровенничать не любила, — «в жизни всякое бывает», а «жаловаться не люблю; еще осудят», «надеялась только на себя», «хорошего в жизни не было, а о плохом, что говорить». На работе отношения с сотрудниками были нормальными, близких подруг там не заводила, особенно когда работала в сберкассе — работа связана с деньгами, поэтому никому не доверяла. Хорошо делала свое дело, замечаний никогда не было. Говорит, что колебания настроения появились давно. В последние годы настроение часто было плохим, особенно после смерти мужа. Когда осталась совсем одна, много болела. «Больная куда пойдешь? Только мешать людям». «Все с мужьями, дети есть, а я кругом одна». Есть несколько подруг, иногда ходит к ним в гости. Общается с соседями во дворе. Хозяйство ведет сама, помогают соседи (принести воды, в магазин сходить, сделать укол, вызвать скорую помощь). Приходит медсестра по социальной помощи. \

В бога верила всю жизнь, «не знаю, передалось ли это от родителей, это всегда со мной. Людям не показывала — в душе помолишься». В церковь не ходила — «раньше церкви были разрушены, сейчас тяжело физически». Дома икон не было, «недавно купила одну новую, старых нет». Говорит, что верила в «воздействие Кашпировского, Чумака». За сеансами следили всем двором. Вначале верили, но когда никому из близких не помогло, вера прошла. Статью об экстрасенсе Дубицком читали все вместе, но соседи отнеслись к ней с недоверием, или «боялись вызвать призрак» — «Он колдун, дьявол». Говорили: «Ты что, с ума сошла», «но угораздило меня попробовать». Жалеет, что не смогла получить образование, говорит, что очень хотела учиться, работать «повыше»,

кем, где, значения не имело. Имеет инвалидность (II гр. по поводу бронхиальной астмы). Отмечалась травма позвоночника, в связи с этим была установлена инвалидность I гр., частые приступы гипертонической болезни (АД до 240/170 мм рт.ст.), сопровождающиеся сильной тошнотой, рвотой, головной болью, увеличение щитовидной железы II степени, страдает также холецистопанкреатитом, сахарным диабетом, компенсированной формой. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена.

Психические расстройства возникли за 4 месяца до обращения к психиатрам и госпитализации в психиатрическую больницу. После прочтения заметки в газете «Труд» — «Призрак спешит на зов» — резко изменилось психическое состояние. В публикации рассказывалось об экстрасенсе Евгении Дубицком, чей энергетический двойник «по воле реципиента можно вызывать на дом для лечения». Экстрасенсом описывалась методика подобного вызова: «А вызвать энергетический фантом можно так — мысленно произнести слова: «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». Представить, что я пришел, и поздороваться. Потом попросить помочь. Все это мысленно. Больной, к которому меня вызывают, должен лечь или поудобнее устроиться в кресле и расслабиться. В комнате никого постороннего быть не должно. Через полчаса так же мысленно надо попрощаться, сказать: «Большое спасибо, до свидания», «В публикации экстрасенс обещал излечить любую болезнь. Пациентка выполнила инструкцию, решив избавиться от соматических недугов. Об этом эпизоде рассказала так: «В первый раз ко мне явился врач в белом халате, при этом комната расширилась, двери переместились. Лица он не показал, стоял только спиной или боком, разговаривая с кем-то о том, что помочь этой больной он не сможет». Слов она не слышала, но поняла, что разговор идет о ней. После этого по стенам, по потолку стал «бегать глаз». Считает, что это был глаз Дубицкого, она мысленно с ним разговаривала, ощущала на себе его воздействие: «Как будто рентгеновский луч, или очень яркий солнечный зайчик». При этом появилась боль и тяжесть в глазах. Все события происходили в вечернее и ночное время. В это время Г. лежала на кровати с закрытыми глазами, однако образы «видела в комнате». Через 2 недели после этого случая больная стала видеть, как на стенах и потолке комнаты «появляются и двигаются портреты людей, которые к вечеру превращаются в страшных, фантастических зверей, при этом вытягиваются носы, вырастает шерсть». «Звери кружатся по комнате, залезают к ней под одеяло, ложатся в постель, постоянно изменяются, принимают разные облики. Каждый вечер больная мучительно не могла заснуть под влиянием этих видений. Говорит, что они очень реальны, окружают ее везде: «Был бы фотоаппарат, обязательно бы их сфотографировала». Видела их только при закрытых глазах. Интенсивность видений увеличивается к вечеру. Сам Дубицкий, по ее мнению, принимает разные облики: один раз он явился к ней в виде «огромного трехметрового зверя» (полумедведя — полудракона) лег рядом на кровати, «стал задыхаться». Больная, забившись в угол кровати, долго смотрела, как он «испускает дух», и не выдержав, в 2 часа ночи, убежала к соседке ночевать, но двойник и звери преследовали ее и там. Больная отмечает, что первые 3-4 раза она «вызывала» Дубицкого по своему желанию, в дальнейшем он стал являться к ней самостоятельно. Она ложилась на кровать, закрывала глаза, мысленно произносила формулу вызова «Евгений, придите, пожалуйста, ко мне». На 3-м сеансе больная «увидела красивого молодого мужчину», завернутого во все черное, который сел перед ее кроватью и стал смотреть «пронзительным взглядом». Говорит, что в процессе развития болезни сначала к ней являлся двойник Дубицкого, затем стала видеть его глаз, который плавал по потолку и воздействовал на нее лучами. Затем глаз изменился, «я поняла, что это не его глаз, другой, что Дубицкий, обидевшись на нее за холодный прием его двойника, (т.к. она не поздоровалась), стал посылать ужасных зверей». Сейчас больная думает, что Дубицкий, возможно умер, т.к. «уже давно перестала видеть глаз, через который он воздействовал на нее, однажды видела его двойника в виде чудовища, которое у нее на кровати задыхалось и умирало, и все звери, которых он насылал, тоже стали умирать», «плавали, как

мертвые». Видела яркое зарево в углу комнаты, глаза очень слепило, пыталась закрыться рукой, «но яркий свет Проникал и через руку». В последние, недели (до поступления в стационар) под влиянием «видений» больная спала по 3-4 часа в сутки, ждала, пока совсем измученная, не уснет. Ела достаточно, но готовить боялась («руки как будто отрубают», «нет желания ничего делать»). Часто чувствовала неприятный запах, даже закрывала пол, чтобы не ощущать его. Голосов, комментариев не слышала, все происходило беззвучно вокруг больной. Обратилась к психиатру, «т.к. нет возможности все это больше терпеть», хочет вылечиться, избавиться от «видений». За день до поступления после беседы с врачом, который под ее давлением обещал связаться с Дубицким, решила, что в 20 час. 30 мин. будет сеанс общения с экстрасенсом, который «узнав от врача о ее новой болезни, попытается избавить ее от видений». В этот вечер ощутила гул в комнате, «как будто двигатель работал», «кровать ехала шататься», а сама больная чувствовала «ощепенение, тяжесть во всем теле», «как свинцом всю залили». Казалось, что «стены дышат, переливаются волнами», «все вокруг в движении». В 23.00 в не включенном телевизоре появилась человеческая голова с множеством глаз на лбу, шее, волосах, из которых стали выползать младенцы и тут же превращаться в фантастических зверей, кружить по комнате. Больная отмечала, что, кроме невероятной тяжести, она ощутила сильное сердцебиение, пульс был очень частый. Думала, что поднималось давление. На следующий день была госпитализирована в психиатрическую больницу. Обращалась к психиатрам стационара с просьбой связаться («по своим каналам») с экстрасенсом Дубицким и попросить его прекратить воздействие.

Соматический статус. Больная пониженного питания (вес 41 кг, рост 150 см). Имеется выраженная деформация грудной клетки. Состояние больной удовлетворительное, иктеричность склер, кожных покровов. В легких много сухих рассеянных хрипов. Тоны сердца приглушенные, пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 120/70 мм рт.ст. Живот равномерно участвует в акте дыхания, Умеренно болезненный в эпигастрии, в правой подреберной области. Печень увеличена на 2,5 см, плотная, поверхность бугристая. Диагноз: Бронхиальная астма, инфекционно-аллергического генеза, гормонозависимая форма. Желчекаменная болезнь. Хронический холецистопанкреатит. Сахарный диабет, легкой степени, II тип, компенсированный.

Неврологический статус. Походка с легким пошатыванием. В позе Ромберга пошатывание, мелкокоразмашистый тремор пальцев рук. Нистагм в крайних отведениях (слева чуть хуже конвергенция). Хоботковый, сосательный рефлекс — с тенденцией к мышечной гипотонии. Рефлексы оживлены, с 2-х сторон Якобсона-Ласко (S>D), грубый Маринэску-Родовичи с 2-х сторон. Чувствительных расстройств нет. Заключение: Цереброваскулярная болезнь с хронической сосудистой мозговой недостаточностью в форме двухсторонней органической микроочаговой симптоматики.

Электроэнцефалография. Отмечаются легкие диффузные изменения с периодическими негрубыми пароксизмами волн диэнцефального характера.

Психический статус. На беседу к врачу больная приходит в основном по вызову. Двигательно спокойна, ориентирована правильно. Охотно беседует. Эмоционально, последовательно и подробно рассказывает о своих переживаниях. Мимика живая. В рассказе часто закрывает лицо руками, вытирает навернувшиеся слезы, беззвучно плачет. Говорит, что видит «разных страшных, лохматых зверей» вокруг себя в отделении, они «постоянно изменяются, рождаются новые», «сначала появляются человеческие младенцы из пасти зверя, они обрастают шерстью, вытягиваются», превращаются в «настоящих зверей, страшилищ». «Чудовища» кружат вокруг больной, бегают по полу, кровати, плавают в воздухе. «Зверей» видит разных — от совсем маленьких до трехметровых. Видит также «человеческие головы» — старика («колдун наверное»), «ведьму лохматую, с горбатым носом», просто людей — мужчин, женщин, детей. Слов, звуков никаких не слышит, хотя видит, как они что-то говорят. Больная отмечает, что видит все при

закрытых глазах, однако проецирует зрительные образы на то пространство, в котором находится. К примеру, на палату в больнице, на коридор. При закрытых глазах «видит» зверей на потолке, если лежит на спине, или на стене если поворачивается в кровати на бок. Экстракампинной проекции никогда не отмечалось. Интенсивность видений усиливается к вечеру. При открытии глаз изображение зверей исчезает: «я их не вижу, но знаю, чувствую, что они здесь, вокруг меня», «куда же они денутся?» Прикосновений посторонних, невидимых существ больная до поступления в больницу не ощущала. Вспоминает, как однажды «огромный бегемот подошел к ее кровати и лег» на нее, при этом она никак не почувствовала его веса. В отделении стала ощущать покалывания в ногах — наверное, «звери кусают». Картина видений меняется в течение болезни — сначала видела «двойника экстрасенса Дубицкого», потом «его глаз», по стенам, потолку, «плавали портреты людей». Затем «появились фантастические звери». В процессе лечения, звери стали «вялыми часто плачут, съеживаются, плавают, как мертвые». Раньше больная видела их черно-белыми, в больнице они ночами окрашиваются в голубой и морковно-красный цвет. В последние дни «они стали темными, расплывчатыми, как бы отодвинулись» от больной. Отмечает, что дома несколько раз видела, как «стены комнаты расширились, двери передвигались», «стены были как живые, дышали, переливались». Чувствовала неприятный запах, исходящий из «пасти чудовищ» только при закрытых глазах. Свои переживания больная описывает ярко, красочно. Понимает необычность своих ощущений, несколько месяцев «стеснялась» о них говорить, скрывала от соседей, окружающих свое состояние. Говорит, что боится «чудовищ», особенно страшно становится, когда они подходят близко, смотрят в глаза пронзительным взглядом, «пасть разинут и дышат на меня». Дома под влиянием этого не могла спать, спала по 3-4 часа в сутки, несколько раз ночью убегала из дома к соседям. В больнице ведет себя спокойно — «здесь мне не страшно, меня окружают люди», «здесь они со мной ничего не сделают». Очень хочет избавиться от «видений», просит вылечить ее, но твердо уверена в том, что «зверей» на нее «наслал Дубицкий», просит «связаться с ним, пусть он меня полечит», ведь «он же лечит на расстоянии». Критика к своим высказываниям формальная. Иногда в процессе беседы соглашается, что «возможно это казалось». Часто использует выражение «видела видения», уточняя, что «видеть с закрытыми глазами вообще-то нельзя, но видения появляются в необычных условиях — под воздействием экстрасенса — тогда это возможно, раз так написано в газете». При обсуждении с больной темы экстрасенсорики начинает плакать: «Вот ведь угораздило меня вызвать призрак, двойника экстрасенса». О своих дальнейших планах говорит, что больше «экспериментировать с призраками» не будет: «хватит помучилась». Настроение больной неустойчивое, со склонностью к снижению. Бывает угнетена содержанием своих «видений». В отделении держится замкнуто, обособленно, в основном лежит в постели, редко читает газеты. С больными не общается — «здесь такие тяжелые больные лечатся!». Пунктуально выполняет назначения врача, аккуратно пьет лекарства, контролируя медицинский персонал в правильности выполнения назначений. Ориентировка всех видов сохранена. Внимание привлекается достаточно. Память незначительно снижена на текущие события. Больная религиозна. Рассказывает, что долго, когда «зверей становилось особенно много пыталась читать молитвы, крестила их, но это не помогло. Верит в возможность положительного и отрицательного влияния экстрасенсов, в существование фантомов, приведений. В процессе терапии в течение 2-3 недель (сонапакс, пропазин, амитриптиллин, этаперазин) состояние больной улучшилось. Зрительные образы потеряли яркость. Больная отметила уменьшение частоты их появлений и изменение «настроения зверя» (от агрессивно-издевательского до пассивного и даже «умирающего»). Отмечалась корреляция между нормализацией эмоционального состояния пациентки, исчезновением страха и тревоги, восстановления сна и характером галлюцинаторных образов.

Приведенный случай представляет интерес по нескольким причинам: во-первых, обращает на себя внимание атипичность расстройств восприятия, которые достаточно

сложно классифицировать, во-вторых, неясна нозологическая принадлежность выявленных нарушений и, в третьих, несомненно значим и необычен механизм взаимовлияния мировоззренческих установок пациентки, в условиях атмосферы пропагандирования нетрадиционных экстрасенсорных способов терапии и психотического уровня психических нарушений. Выявляющиеся у больной Г. психопатологические феномены можно оценивать в нескольких плоскостях. Либо в клинической картине заболевания присутствуют «галлюцинации при закрытых глазах» или «галлюцинации внушенные», либо эти расстройства неверно трактовать как галлюцинации, а следует признать, что это — сен-сориализованные, визуализированные представления, т.н. «галлюцинации воображения» Дюпре. Своеобразие приведенного случая заключается в доминировании психотического (по степени дезорганизации деятельности) синдрома — зрительных феноменов (галлюциноза?) — возникших вслед за психическим (эмоционально значимым) воздействием информации об экстрасенсорике. В литературе существуют указания на сходные феномены, например, «мнимо-восприятия» умерших людей, однако, подобные расстройства, как правило, носят нестойкий характер и зрительные образы воспринимаются при открытых глазах и при сохранении критического отношения к ним. До настоящего времени дискутируется вопрос о психогенных галлюцинозах, и большинство авторов отрицают подобный механизм психогенеза. Своеобразием случая больной Г. является и характер психических нарушений. Ядром их служат зрительные образы, возникающие только при закрытых глазах, обладающие чувством «сделанности» (прошедшие путь от произвольных до произвольных), имеющие экстрапроекцию и не сопровождающиеся критическим отношением больной («псевдогаллюцинации при закрытых глазах» по терминологии М.И.Рыбальского). Зрительные образы оказывают влияние на поведение больной и ее интерпретацию ситуации, которая носит неадекватный характер. В эмоциональной сфере у больной выявляется выраженный тревожно-депрессивный синдром, взаимосвязь которого со зрительными образами имеет двоякую направленность (от аффективной обусловленности и ожидания галлюцинаций до эмоциональной реакции на их появление). Наиболее трудным для диагностической оценки выступает ассоциативный процесс, в частности убежденность больной в воздействии не нее экстрасенсорным способом (по клиническим параметрам сходная с синдромом Кандинского-Клерамбо). Однако, этот критерий на настоящем этапе развития общества не может считаться убедительным для диагностического процесса в психиатрии. Социологические исследования указывают, что 42% населения «верят в возможность передавать и принимать мысли на расстоянии»).

Как показывают экспериментально-психологические исследования, с одной стороны, нет оснований говорить о шизофренических нарушениях мышления больной, с другой, не отмечается выраженных ассоциативных расстройств органического типа. Неадекватность оценки происходящего затрагивает лишь узкую субъективно-значимую (в большей степени мировоззренческую) сторону жизни больной — представления о возможности излечения болезней на расстоянии с помощью экстрасенсорного воздействия. Рассмотрение приведенного случая с традиционных для психиатрии клинических позиций наталкивается на ряд непреодолимых преград, не позволяющих достоверно квалифицировать синдромологию наблюдаемой картины.

Анализ клинической картины позволяет предполагать, что случай с пациенткой Г. отражает редкое (но возможно имеющее большие перспективы к распространению) психическое состояние, генез которого, возможно, кроется в психотерапевтическом воздействии мистической информации при экспансии мифологического мышления в обществе.

План заключения по данным психологического обследования.

1. Знакомство с анамнезом.

2. Подготовка психодиагностического инструментария.
3. Установление контакта.
4. Жалобы на здоровье.
5. Исследование умственной работоспособности.
6. Исследование личностных особенностей.
7. Исследование семейных отношений.
8. Рекомендации в отношении психологической помощи.

Пример экспериментально-психологического обследования пациентов пожилого возраста

Экспериментально-психологическое обследование. Беседует охотно, доброжелательно. Задания выполняет старательно, не утомляется при длительной работе. Механическое запоминание не нарушено, из 10 слов воспроизводит: 5-7-8-8-8, через 1 час — 3 слова. Умеренно нарушено опосредованное запоминание. Из 16 понятий вспомнила 5. По таблицам Шульце: 71-125-95-60 сек. В мышлении выявляются элементы разноплановости и субъективизма. Например, в методике классификации на втором этапе выделяет следующие группы: «предметы из дерева», «предметы из железа», «смешанная», «фруктовые», «домашнее питание», «цветы», «лесные звери», «травянистые, букашки», «домашние животные», «транспорт». В рисуночных тестах — легкие признаки органического графического симптомокомплекса. Счетные операции выполняет без ошибок. Не справилась с наиболее сложными заданиями методики Коса. Данные СМОЛ малодостоверны (F = 83T), код 69 (72-63T), (3 — 38T), что может указывать на аффективную ригидность, склонность и сверхценным идеям, обидчивость, упорство в достижении цели. В методике Розенцвейга резкое увеличение экстра-пунитивных ответов, уменьшение интрапунитивных и импунитивных а также препятственно-доминантных ответов. Показатель групповой конформности — 50%. По тесту Люшера: первый выбор — 3 6 5 2 4 1 7 0, второй выбор — 3564217 0, что указывает на неудовлетворенность жизненной ситуацией и взаимоотношениями, повышенное внимание к физическому самочувствию, тревогу и беспокойство, вызванные неудовлетворительным жизненным положением определяют попытки избавиться с помощью напряженной деятельности, направленной на поиск сочувствия и понимания.

Примеры заданий для разработки рекомендаций психологической помощи

1. В психиатрическую клинику обратились родственники мужчины 63 лет, перенесшего черепно-мозговую травму головного мозга при падении с двухметровой высоты. Работает преподавателем в техникуме. Близкие отмечают резкое снижение памяти, высокую истощаемость психических процессов, снижение работоспособности, раздражительность. Как медицинскому психологу следует организовать психологическое исследование? Какую программу психологической реабилитации следует организовать для пациента?

Какие рекомендации будут предложены в рамках психологической реабилитации?

2. В клинику неврозов поступила женщина 56 лет после внезапного расторжения брака по инициативе мужа. Отмечает повышенную слезливость, перепады настроения, нежелание жить. Какие методы психодиагностики следует использовать для изучения особенностей состояния, личности? Какие формы психологической работы (индивидуальную, групповую) можно использовать в процессе стационарного лечения? Какие техники будут эффективны в процессе психологического сопровождения?

3. В клинику позвонили соседи и сообщили, что их соседка, женщина 73 лет, после смерти мужа уже шесть месяцев не выходит из дома. Питается тем, что принесут соседи, никого не хочет видеть, хотя раньше была веселой и общительной. Родственников у нее нет. Что нужно сделать психологу, чтобы установить доверительные отношения? Каков предположительный диагноз? Какие методики нужно применить для

подтверждения диагноза? Какие приемы психологического консультирования необходимо использовать в данном случае?

4. Мужчина 58 лет, машинист электровоза обратился к психологу самостоятельно. Утверждает, что два месяца назад на одном из перегонов под колеса попал теленок. После этого состояние резко изменилось, частые приступы сниженного настроения, перед глазами стоит образ задавленного животного. Он даже взял внеочередной отпуск, т.к. боится, что повторится подобное. Каков психодиагностический инструментарий в данном случае? Какие техники необходимо использовать для быстрого и эффективного устранения симптомов?

5. Семейная пара в возрасте 74 лет обратилась к психологу по инициативе мужа. Рассказывают, что их сын с семьей (жена и внучка), с которым они вместе проживали, три месяца назад переехали в другой город. С тех пор у жены появились частые перепады артериального давления. Женщина отмечает, что скучает по внучке. Какие методы нужно использовать для выявления состояния здоровья и семейной проблематики? Какую психологическую помощь необходимо предложить данной семье?

6. На психологическую экспертизу с подозрением на болезнь Альцгеймера поступил мужчина 69 лет, управляющий компанией. Его сотрудники утверждают, что он ничего не помнит, нарушено пространственное восприятие, временами возникают речевые нарушения, настроение снижено. Какие методики необходимо применить для изучения когнитивных процессов? Может ли он выполнять свои профессиональные обязанности? Что может предложить медицинский психолог в качестве реабилитационных мероприятий, если диагноз подтвердится?

7. У женщины 72 лет в автомобильной аварии погиб сын. Она уже в течение месяца находится в отделении депрессивных состояний и, как отмечают медицинские работники, позитивных изменений нет. Какие методы бихевиоральной терапии может использовать психолог для улучшения состояния? Какие методы психодиагностики необходимо использовать для выявления динамики?

8. К психологу поступил запрос от руководителя фирмы о том, что молодые сотрудники пренебрежительно относятся к людям старшего поколения, насмеваются над их особенностями, незнанием современной музыки, неумением при пользовании компьютерных технологий. Как психологу следует построить программу профилактики геронтофобии в данном коллективе?

Темы рефератов

1. Биологические предпосылки формирования нарушений здоровья в пожилом возрасте.
2. Критерии нарушения здоровья в преклонном возрасте.
3. Особенности семейных отношений в пожилом возрасте.
4. Социальные факторы, определяющие здоровье человека в преклонном возрасте.
5. Личностные факторы как ресурсные составляющие здоровья человека пожилого возраста.
6. Методы психодиагностики ресурсов человека в пожилом возрасте.
7. Методы психологической помощи пожилым, пережившим чрезвычайные ситуации.
8. Полоролевые особенности пожилых людей при переживании одиночества.
9. Личностные факторы формирования внутренней картины здоровья в преклонном возрасте.
10. Социальный стресс и психическое здоровье людей пожилого возраста.
11. Психосоматическое здоровье пожилых людей в современных условиях.

12. Психологическая помощь пожилым, пережившим психическую травматизацию.
13. Психологические аспекты профилактики невротических нарушений у пожилых людей.
14. Классификация видов психологической помощи в позднем возрасте.
15. Личностные и социально-психологические факторы в аспекте формирования невротических нарушений в преклонном возрасте.
16. Факторы формирования депрессивных расстройств в пожилом и старческом возрасте.

Требования к реферату:

1. Формулирование темы, причем она должна быть не только актуальной по своему значению, но и оригинальной, интересной по содержанию.
2. Подбор и изучение основных источников по теме (как правило, при разработке реферата используется не менее 8—10 различных источников).
3. Составление библиографии.
4. Обработка и систематизация информации.
5. Разработка плана реферата.
6. Написание реферата.
7. Публичное выступление с результатами исследования.

Примерная структура реферата

- Титульный лист.
 - Оглавление (в нем последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт).
 - Введение (формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы).
 - Основная часть (каждый раздел ее, доказательно раскрывая отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы).
 - Заключение (подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации).
 - Список литературы.
- Оформление реферата*
- Объем реферата может колебаться в пределах 5—15 печатных страниц; все приложения к работе не входят в ее объем.
 - Реферат должен быть выполнен грамотно, с соблюдением культуры изложения.
 - Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу.
 - Должна быть соблюдена последовательность написания библиографического аппарата.

Критерии оценки содержания реферата – 5 баллов

- Актуальность темы исследования.
- Соответствие содержания теме.
- Глубина проработки материала.
- Правильность и полнота использования источников.
- Соответствие оформления реферата стандартам.

Формальные критерии оценки реферата:

1. Оформление – 2 балла
 2. Введение заключение – 2 балла
 3. Количество источников - 1 балл
- для подготовки работы должно быть использовано не менее трех единиц

научного текста (монографии, статьи)

4. Объем -1 балл.

По усмотрению преподавателя рефераты могут быть представлены на семинарах, научно-практических конференциях, а также использоваться как зачетные работы по пройденным темам.

Проектные работы:

1. Подготовка программ психодиагностики личности и когнитивных процессов при различных психических расстройствах в пожилом возрасте.

2. Подготовка программ и техник психологической помощи в пожилом возрасте.

В соответствии с уровнями компетенции присваивается рейтинговый балл каждому показателю определения результатов обучения. Полученный балл умножается на вес данного задания в системе оценки результатов обучения по дисциплине:

КВ - оценка выполнения самостоятельной работы по контрольным вопросам – 0,15

ПЗ - оценка выполнения практических задач – 0,2

РС - оценка содержания рефератов – 0,2

СЗ - оценка участия на семинарских занятиях и выступление с докладами – 0,2

ТР - оценка творческой работы (разработка программы психодиагностики, психологической помощи) – 0,25

Итоговая оценка (ИО) образуется как среднее арифметическое от суммы оценки, полученной при устном ответе на экзамене (ОЭ), и суммы результатов умножения балла, полученного за выполнение задания, на вес задания:

$$\text{ИО} = (\text{ОЭ} + \text{КВ} \times 0,15 + \text{ПЗ} \times 0,2 + \text{РС} \times 0,2 + \text{СЗ} \times 0,2 + \text{ТР} \times 0,25) : 2$$

Процедура оценивания результатов обучения

Показатели для определения результатов обучения	Уровень сформированности компетенции, соответствующий им рейтинговый балл				
	1	2	3	4	5
ОПК-3, ПСК-1.6, ПСК-1.7, ПСК-1.8, ПСК-1.10 Устный ответ на экзамене	Отсутствие знаний.	Фрагментарные знания	Общие, но не структурированные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания
ОПК-3, ПСК-1.6, ПСК-1.7, ПСК-1.8, ПСК-1.10 Содержание рефератов (по выбору)	Отсутствие	Фрагментарное, не логично изложенное, не четко структурированное	Общее, но не структурированное, не отвечающее целостности понимания раскрытия основного тезиса публикации	Выявляющее основные логические моменты, достаточно структурированное и последовательное изложение	Выявляющее основные логические моменты, их аргументацию, четко и последовательно структурированное с наличием выводов и проблемных вопросов
ОПК-3, ПСК-1.6, ПСК-1.7, ПСК-1.8, ПСК-1.10 Выполнение практических заданий (подготовка психологического заключения по заданию преподавателя, анализ дифференциально-диагностического случая)	Отсутствие	Решение не обоснованное	Решение частично верное но без аргументаций	Решение верное но без полных аргументаций	Решение верное с полным обоснованием и ссылками на теоретические аргументы

<p>ОПК-3, ПСК-1.6, ПСК-1.7, ПСК-1.8, ПСК-1.10</p> <p>Работа на семинарских занятиях (самостоятельная подготовка докладов, дополнение докладчиков)</p>	<p>Отсутствие умений.</p>	<p>Частично освоенное умение определять стратегию изучения психического функционирования человека в пожилом и старческом возрасте выявлять личностные проявления и систему межличностных отношений</p>	<p>Не систематически осуществляемое умение определять специфику психического функционирования человека пожилого и старческого возраста, выявлять</p>	<p>В целом успешное, но сопровождающееся отдельными ошибками умение определять специфику психического функционирования человека в пожилом и старческом возрасте, нарушений психического здоровья, личностные и межличностные проявления</p>	<p>Сформированное умение определять стратегию изучения специфики психического функционирования человека, в пожилом и старческом возрасте, определять жизненные кризисы, личностные и межличностные проявления, особенности психического здоровья и его нарушения, стратегию психологической помощи</p>
<p>ОПК-3, ПСК-1.6, ПСК-1.7, ПСК-1.8, ПСК-1.10</p> <p>Качество проектов (творческая работа)</p>	<p>Отсутствие</p>	<p>Проект не обеспечен научным обоснованием, все структурные составляющие разрозненны не соответствуют контексту проблемы</p>	<p>Проект не обеспечен научным обоснованием, все структурные составляющие определены в соответствие, не раскрыто содержание проекта, нет четкого обоснования использования методов</p>	<p>Проект не обеспечен научным обоснованием, все структурные составляющие определены в соответствие, методы обоснованны, содержание проекта носит традиционный характер, как результат репродуктивной активности студента.</p>	<p>Проект характеризуется новизной, обеспечен профессионально грамотно изложенным научным обоснованием, все структурные составляющие определены в соответствие профессионально грамотно, четко и понятно сформулированы, методы обоснованны, содержание проекта носит творческий характер, проект характеризуется целостностью, подробным содержанием, возможностью отслеживания эффектов и может рекомендоваться для практической реализации.</p>

