





**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.**

Отделение психотерапии .

Заседание СНО

Тема:

**"Применение психотерапии у больных
пожилого и старческого возраста с
КОГНИТИВНЫМИ расстройствaми".**

Докладчик: Скрипай Алина Андреевна 530 гр.

Санкт-Петербург, 2018 г.



План

- Актуальность темы.
- Особенности психологии пожилых людей.
- Когнитивные функции. Когнитивные нарушения (определение, распространенность, клинические проявления, диагностика, терапевтическое лечение).
- Депрессия и деменция у пожилых людей.
- Виды психотерапии и их эффективность.
- Рекомендации.
- Достойное старение. Секрет Японских долгожителей на острове Окинава.



Актуальность темы

Актуальность

Средняя продолжительность жизни, по статистике, увеличивается с каждым десятилетием, а после 1929 года – поднялась резко благодаря созданию первого антибиотика «пенициллин».

Согласно статистике, продолжительности жизни в разное время в России была такова:

- 1801—1850 гг. - 50-41 года;
- 1851—1900 гг. - 30-40 года;
- 1901—1950 гг. - 31—58 года;
- 1951—2000 гг. - 68—77 года;
- после 2000г. - 68-85;
- Однако увеличивается продолжительность не молодости, а старости. Растёт процент пациентов с болезнями пожилого возраста.

С какого возраста человек может считать себя пожилым? А стариком?

В России принята следующая классификация по определению конкретных возрастных границ



Возрастная классификация Всемирной организации здравоохранения:

- 25-44 – молодой возраст,
- 44-60 – средний возраст,
- 60-75 – пожилой возраст,
- 75-90 – старческий возраст,
- После 90 – долгожители.



Особенности психологии пожилых людей



Особенности психологии пожилых людей - 1

Ф. Гизе предложил 3 типа стариков и старости.

- 1) **Старик негативный**, отрицающий у себя какие либо признаки старости.
- 2) **Старик экстравертированный**, признающий наступление старости, но к этому признанию приходящий через внешнее влияние и путем наблюдения окружающей действительности, особенно в связи с выходом на пенсию (наблюдения за выросшей молодежью, расхождение с ней во взглядах и интересах, смерть близких людей, изменения положения в семье).
- 3) **Интравертированный тип**, остро переживающий процесс старения. Появляется тупость по отношению к новым интересам, оживления воспоминаний о прошлом, ослабление эмоций, стремление к покою.

Особенности психологии пожилых людей - 2

Английский ученый **Д.Б Бромлей** предлагает пять стратегий приспособления в старом возрасте.

Эти пять типов выделены в результате исследования сорока хорошо адаптированных и тридцати плохо адаптированных субъектов.

- ❖ **Конструктивная стратегия**
- ❖ **Зависимый тип**
- ❖ **Оборонительный тип**
- ❖ **Враждебный**
- ❖ **Самоненавидящий**



1 - Конструктивная стратегия	Характеризует зрелую личность, хорошо интегрированную, которая наслаждается жизнью, созданными тесными и близкими отношениями с другими людьми. Такие люди терпеливы, гибки, осознают себя, свои достижения, возможности и перспективы. Они принимают факты пожилого возраста, включая выход на пенсию и, в конечном счете, смерть. Представители этого типа сохраняют способность наслаждаться едой, работой, игрой и могут, и могут еще, сексуально активны.
2 - Зависимый тип	Вторая стратегия также общественно приемлема, но имеет тенденцию к пассивности и зависимости. Индивид хорошо интегрирован, но полагается на других людей в обеспечение его материально и ждет от других эмоциональной поддержки. Он доволен выходом на пенсию, свободой от работы, хорошо понимает свои личные качества, сочетает чувства общей удовлетворенности жизнью с тенденцией к сверхоптимизму, непрактичность.
3 - Оборонительны й тип	Менее конструктивная модель приспособления к пожилому возрасту. Такие люди преувеличенно эмоционально сдержанны, несколько прямолинейны в своих поступках и привычках любят быть самообеспеченными, неохотно принимают помощь от других людей. Они избегают высказывать собственное мнение, с трудом делятся своими жизненными либо семейными проблемами, отказываются от помощи, доказывая себе то, что они независимы. Их отношение к старости пессимистично, они не видят преимуществ, в старости и завидуют молодым людям. Эти люди с небольшой неохотой и только под давлением окружающих оставляют профессиональную работу. Оборонительную позицию они временами занимают по отношению ко всей семье, что выражается в избегании проявления своих претензий и

4 - Враждебный	<p>Люди этого типа агрессивны, взрываются, подозрительны, имеют тенденцию к перекладыванию на окружающих собственных претензий и приписыванию им вины за все свои неудачи. Они мало реалистичны в оценке действительности. Недоверие заставляет их замыкаться и избегать контактов с другими людьми. Они отгоняют мысль о переходе на пенсию, ибо, как и люди с оборонительным отношением, используют механизмы разрядки напряжения через активность, с отягощением. Эти люди не воспринимают свою старость, с отчаянием думают о прогрессирующей утрате сил. Это соединяется с враждебным отношением к молодым людям иногда переносом этого отношения на весь мир.</p>
5 - Самоненавидящий	<p>Этот тип отличается от предыдущего тем, что агрессия направлена на себя. Такие люди критикуют и призирают собственную жизнь. Они пассивны, иногда в депрессии, недостаточно инициативны. Они пессимистичны, не верят, что могут повлиять на свою жизнь, чувствуют себя жертвой обстоятельств. Люди этого типа хорошо осознают, факты старения, но они не видят, как изменить ситуацию, они не бунтуют против</p>



**Когнитивные функции.
Когнитивные нарушения
(определение,
распространенность,
клинические проявления,
диагностика, терапевтическое
лечение).**

Когнитивные функции

(лат. cognitio - познание) - высшие мозговые функции:

- **Память**
- **Внимание**
- **Речь**
- **Гнозис**
- **Праксис**
- **Счет**
- **Ориентация**
- **Мышление**
- **Планирование**
- **Психомоторная координация**
- **Контроль высшей психической деятельности.**



Когнитивные нарушения (КН)

- это снижение **памяти, умственной работоспособности** и других когнитивных функций по сравнению с исходным уровнем (индивидуальной нормой).

Нарушение познавательных процессов:

- Ухудшение внимания
 - Трудности концентрации внимания
 - Снижение продуктивности психических процессов

Снижение адаптивных возможностей, связанных с эмоциональными нарушениями:

- Отсутствие новых (творческих) решений
 - Невозможность решения проблем
 - Невозможность принятия решений



Распространенность КН

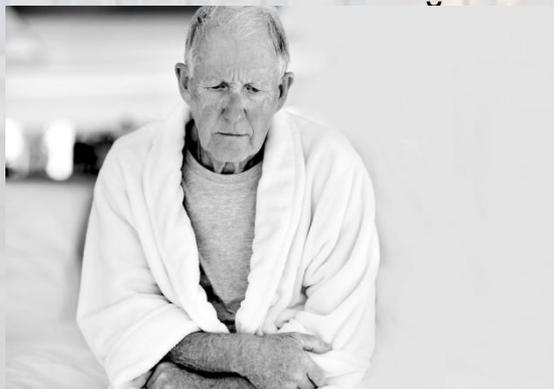
В настоящее время в мире насчитываются около 24,3 млн больных с деменцией. Наиболее распространённые причины:

1) Болезнь Альцгеймера - лежит в основе примерно 60% случаев тяжелых КН.

2) Сосудистая деменция - как исход прогрессирования цереброваскулярных заболеваний.

В России насчитываются не менее 1,5 млн человек, страдающих хроническими формами церебро-васкулярных заболеваний с исходом в сосудистую деменцию.

Однако недиагностированных сосудистых КН разной степени выраженности в более молодом возрасте значительно выше, чем в старческом и пожилом. Они чаще остаются без врачебного внимания, что приводит к быстро



Предрасполагающие факторы КН

Болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция могут иметь смешанный патогенез. Распространенные сосудистые факторы риска развития церебро-васкулярных заболеваний:

- артериальной гипертонии,
- ожирения,
- гиподинамии,
- атеросклероза,
- сахарного диабета.



СПЕКТР КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОЖИЛЫХ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КН.

ЛЁГКИЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- ☐ Снижение концентрации внимания.
- ☐ Быстрая утомляемость.
- ☐ Снижение оперативной памяти.
- ☐ Трудности в обучении.
- ☐ Сложности в программировании действий.
- ☐ Интеллектуальная ригидность.

УМЕРЕННЫЕ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

- ☐ Нарушение памяти на текущие события.
- ☐ Невозможность пересказать только что прочитанное.
- ☐ Невозможность запомнить имена знакомых.
- ☐ Нарушение ориентировки в незнакомой местности.
- ☐ Снижение профессиональной компетентности
- ☐ Трудности подбора слов при разговоре.
- ☐ Нарушения выполнения счетных операций.

ДЕМЕНЦИЯ

- ☐ Резкое снижение памяти, особенно при усвоении новой информации, как вербальной, так и невербальной.
- ☐ Потеря интереса к жизни.
- ☐ Изменения личности.
- ☐ Нарушения сна.
- ☐ Нарушения ориентировки в пространстве и времени, в деталях анамнеза своей болезни.
- ☐ Социальная дезадаптация.
- ☐ Огрубление социального поведения.
- ☐ Апатия.
- ☐ Раздражительность.
- ☐ Эмоциональная лабильность.



Диагностика КН

Исследование весьма целесообразно у впервые обратившихся пациентов, особенно среднего возраста, при следующих обстоятельствах:

- активные (самостоятельно излагаемые) пациентом жалобы на снижение памяти или трудности концентрации внимания;**
- свидетельство родственников о снижении КФ за последнее время;**
- невозможность для пациента самостоятельно и полно изложить свой анамнез или правильно выполнять рекомендации врача;**
- симптом «поворачивающейся головы»: в ответ на вопрос врача пациент поворачивает голову к сопровождающему его родственнику и переадресовывает вопрос ему.**



Мини-Ког

Методика «Мини-Ког»

1. Инструкция: *«Повторите 3 слова: лимон, ключ, шар».* Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво, со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все 3 слова, просим: «А теперь запомните эти слова. Повторите их еще 1 раз». Добиваемся того, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все 3 слова. При необходимости повторяем слова до 5 раз.

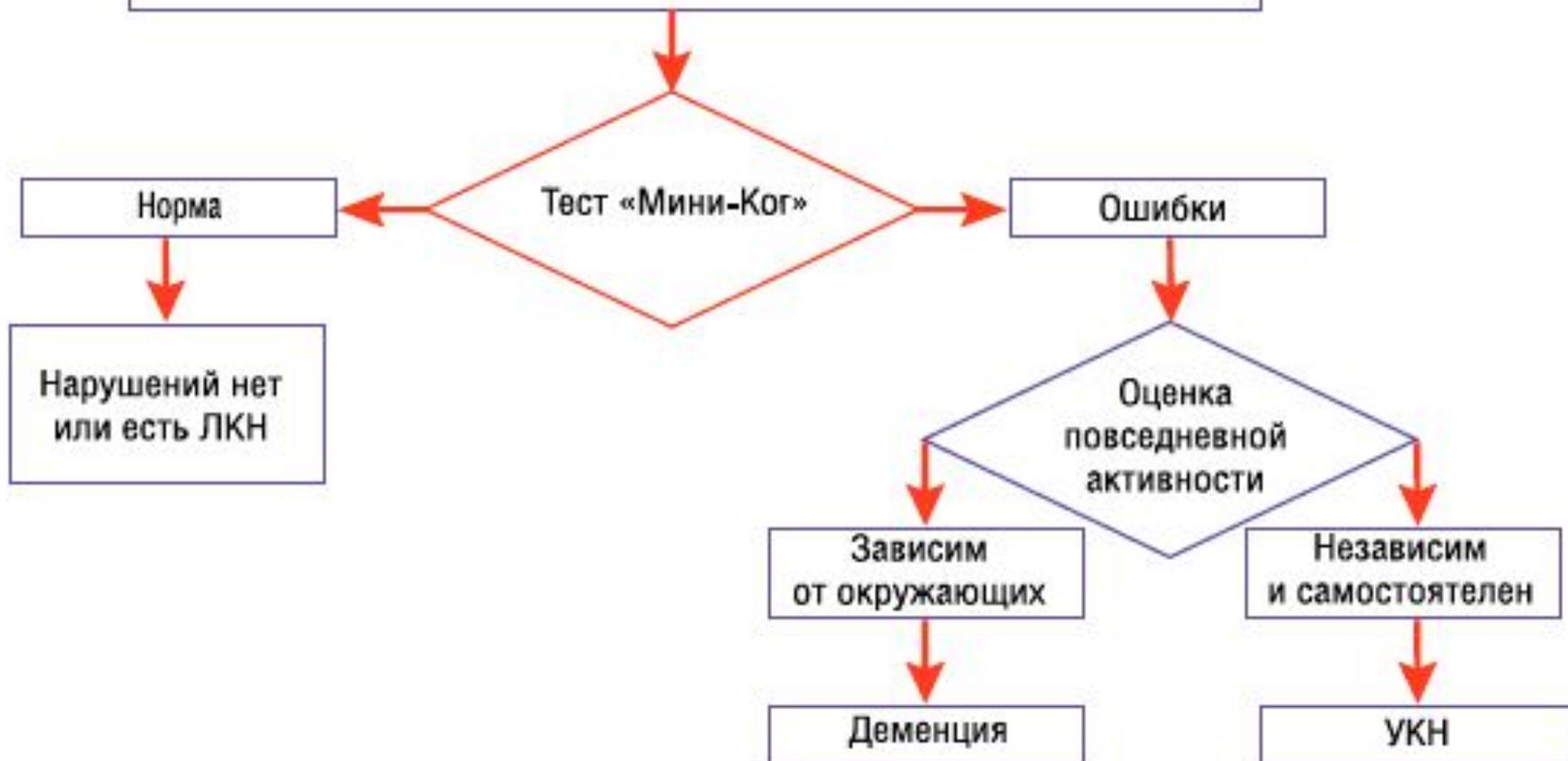
2. Инструкция: *«Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками».* Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки должны указывать на 10 ч 15 мин. Больной должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры и изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Больной не должен смотреть на реальные часы на руке или стене. Вместо 10 ч 15 мин можно просить поставить стрелки на любое другое время.

3. Инструкция: *«Теперь давайте вспомним 3 слова, которые мы учили вначале».* Если больной не может самостоятельно припомнить слова, то можно предложить подсказку, например: «Вы запомнили еще какой-то фрукт, инструмент, геометрическую фигуру».

Вывод. Невозможность вспомнить после подсказки хотя бы 1 слово или ошибки при рисовании часов свидетельствует о наличии клинически значимых КН.

Синдромальная диагностика когнитивных нарушений

ЖАЛОБЫ НА НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ
(снижение памяти, концентрации, умственной работоспособности,
трудности подбора слов и др.)





Терапевтическое лечение КН

- Терапевтические стратегии ведения пациентов по группам риска развития хронической ишемии головного мозга:
- Диета: ограничение приема поваренной соли, алкоголя, повышение в рационе содержания овощей.
- Режим: повышение физической активности, ЛФК.
- Отказ от вредных привычек.
- Антигипертензивная терапия.
- Гиполипидемическая терапия.
- Нейропротекторная терапия.
- Лечение сопутствующих соматических заболеваний, контроль глюкозы в крови.



Депрессия и деменция у пожилых людей.

Депрессии у пожилых

- Если речь идет о врожденных или приобретенных дефектах нервной системы, то это **органические депрессии**.
- Если расстройства вызваны травмирующими психику событиями (проблемы дома, переживания на работе, потеря близкого человека), то речь идет о **психогенных депрессиях**.
- Если у пожилых людей с заболеваниями органов дыхания, сердечнососудистой системы, органов зрения, онкологией обнаружена депрессия, то она, несомненно, будет носить **соматогенный характер**. Особенно часто этот вид психического расстройства проявляется в лечебных учреждениях с длительным сроком пребывания.
- Наследственная предрасположенность, внутренние патогенные факторы при усилении воздействия на них внешних обстоятельств дают эндогенные аффективные отклонения (**биполярные и монополярные депрессивные расстройства**).
- Длительный прием определенных лекарственных препаратов может привести к **ятрогенной депрессии**. Есть противники и сторонники данной теории. В этом же ключе можно говорить о реакциях организма на неосторожные врачебные заключения.



Диагностика

- Специалист определяет наличие патологии по нескольким методикам:
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии.
- Шкала Бека.
- Для самооценки можно использовать шкалу Цунга. Таблицы по этой методике заполняются самим пациентом, что подтверждает точность и субъективность результатов. Пожилому человеку с признаками депрессии нужно честно ответить на вопросы о частоте тревог, навязчивых тяжелых мыслях, внешнем виде, любимых занятиях. Это простые вопросы с вариантами ответов, сумма которых дает объяснение состояния.
- Если тяжесть заболевания требует лечения и наблюдения, то врачи используют шкалу Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и шкалу Маннгомери-Асберга (MADRS).

Особенности депрессии у пожилого человека

- Различие депрессии молодого человека и пожилого в том, что последний живет прошлым. Если вокруг образовалась пустота, то она заполняется, чаще всего, отрицательными воспоминаниями, переходящими в психическое расстройство, которое мучает и терзает больного. Человек еще и еще раз прокручивает тяжелую ситуацию, возвращая и умножая беспокойство и тревожность.
- Тревожность – это обязательная составляющая депрессии у пожилых людей. Сравнив результаты исследований, ученые подтвердили это предположение. В группе молодых людей (до 35 лет) тревогу отметили только треть опрошенных, а в группе больных старше 55 лет наличие тревожности, страхов, мучительных предчувствий подтвердили уже 70%.
- Казалось бы, встреча с солнцем, утренние часы дарят радость, но в случае с депрессией все наоборот. Состояние угнетенности у пожилых пациентов особенно заметно в утренние часы и идет на спад ближе к вечеру.
- Депрессивные больные отличаются замедленностью движений и заторможенным мышлением. Они сосредоточены на себе, на своих внутренних ощущениях. Кажется, что эти люди исследуют свой организм изнутри, пытаются выяснить проблему происхождения той или иной боли.
- Безразличие к окружающему миру с переменой на приступы тоскливой отрешенности – один из симптомов глубокой стадии



- **Технологии взаимодействия консультанта с пожилым клиентом**

- Консультанту, работающему с пожилыми людьми, важно помнить, что в структуре потребностей последних большое значение получают потребность в независимости и потребность в проецировании на других своих психических проявлений. Старики крайне негативно относятся к попытке руководить ими, давать им советы, к попытке конструировать их жизнь. Они часто бывают амбициозны, обидчивы, поэтому императивный тон общения с ними неприемлем. В связи с этим консультант при работе с пожилыми людьми должен:
 - · демонстрировать безусловное уважение к пожилым клиентам;
 - · апеллировать к их жизненному опыту;
 - · следить за созданием и поддержанием необходимого психологического климата, способствующего обоюдному доверию и обсуждению значимых проблем;
 - · подчеркивать искренний интерес к пожилым людям и подлинное желание помочь им;
 - · предоставлять максимальную возможность высказаться;
 - · говорить просто и понятно, в частности не увлекаться психологической терминологией;
 - · ограничивать контакт 25-30 минут, так как пожилому человеку трудно выдержать 50-минутную беседу;
 - · использовать в процессе работы приемы одобрения и успокоивания, отражения содержания, поскольку пожилой человек часто говорит длинно и запутанно, перескакивает с одной темы на другую
- Парахонская Г.А. Адаптация пожилых людей в современных условиях и социальная политика (на материалах тверского региона). - Тверь. - 2008. - С.175.
- И, наконец, самое главное в консультировании пожилого - создание корпоративной формы психологической работы, отведение пожилому клиенту равноценной роли в консультативном процессе наряду с консультантом, подчеркивание веры в богатый жизненный опыт, мудрость и внутреннюю способность самому определять свой жизненный путь и нести ответственность за принятые решения

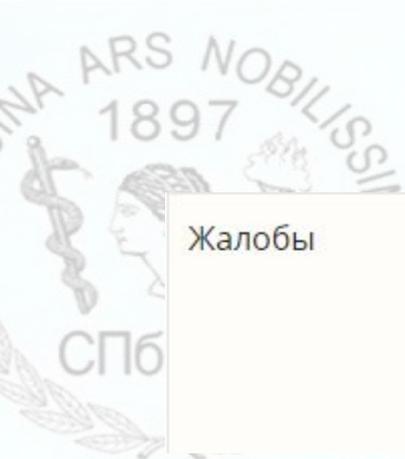
Ниже представлена таблица, которая дает четкое представление о сходстве и различиях слабоумия и депрессии (L. J. Cohen, 1999).

Параметры психического состояния, по которым сравнение происходит параллельно	Депрессия	Деменция
Аффект (интенсивный и кратковременный взрыв эмоций)	Депрессивный (уход в себя). Углубляющийся, самокопание, уход от действительности. Выраженный субъективный дистресс (разрушающее действие на организм).	С бурным проявлением. Лабильный, утрачивающий нюансировку (остро реагирует и на положительные, и на отрицательные раздражители). Отсутствие озабоченности своим состоянием (человеку безразлично, кто он и что он).



<p>Течение</p>	<p>Короткое, повторяющееся.</p> <p>Быстрое развитие симптоматики после первого случая.</p>	<p>Длительное, постепенное.</p> <p>Медленное развитие с регрессом.</p>
<p>Поведение</p>	<p>Безучастное, не реагирует на раздражители.</p> <p>Абсолютная пассивность, поэтому любое действие требует усилий.</p> <p>Равнодушие к провалам в памяти.</p> <p>Отказ и утрата социальных контактов.</p> <p>Усиление приступов в вечерние и ночные часы не характерно.</p> <p>Нет утраты когнитивной функции (память, внимание).</p>	<p>С преобладанием отвлекаемости, озабоченности, витания в облаках.</p> <p>Суетливость, бесцельное выполнение действия.</p> <p>Несостоятельность памяти компенсирует заметками.</p> <p>Социальные контакты сохранены, но с изменениями.</p> <p>Приступы часто усиливаются в вечерние и ночные часы.</p> <p>Поведение сопоставимо с тяжестью когнитивной дисфункции (снижение памяти, умственной слабости).</p>





Жалобы

Присутствуют
жалобы
на когнитивные
расстройства

на

Жалобы на когнитивные
расстройства чаще отсутствуют





Виды психотерапии и их эффективность

Методы и способы психотерапии пациентов с КН

- ✓ Когнитивный
- ✓ Поведенческий
- ✓ Эмотивно-ориентированная терапия
- ✓ Стимулирующая психотерапия
- ✓ Групповая (арт-терапия, кинотерапия)
- ✓ Семейная
- ✓ Морита-терапия
- ✓ Биографический метод
- ✓ Мемуаротерапия
- ✓ Музыкальная психотерапия
- ✓ И др.

Принципы когнитивно-поведенческой терапии в пожилом и старческом

возрасте-1

При проведении когнитивно-поведенческой терапии в пожилом и старческом возрасте следует учитывать ряд организационных форм

[Edinger, 2005; Chand, 2013]:

1. Использовать медленный темп ведения сессия из-за возрастного снижения скорости обработки информации.
2. Говорить медленно и четко. Из-за изменений в слухового восприятия с возрастом, важно, чтобы терапевт говорил медленно, ясно.
3. Использование гибких форм терапии («запишите», «покажите», «повторите») позволяет улучшать ход терапии. Психотерапевт должен всегда стремиться к тому, чтобы инструкции были понятны пациенту пожилого возраста.
4. Использовать напоминания. Записывать повестку дня сессии крупно на белой доске.
5. Минимизировать повествование и использовать опоры. Некоторые пожилые пациенты могут «соскальзывать» с темы во время терапии, в связи с этим можно использовать визуальные и вербальные

Принципы когнитивно-поведенческой терапии в пожилом и старческом

возрасте-2

6. Поощрять пациента к ведению заметок.
7. Больше внимание уделять закреплению упражнений (демонстрации) и использованию ролевых игр.
8. Начинать выполнять частично домашнее задание или поведенческий эксперимент на сессии.
9. Просить пациента делать обобщенные выводы по результатам сессии.
10. Попросить пациента завести папку для организации заметок и материалов.
11. Регулярно использовать «мост» от предыдущей сессии и помогать пациенту припомнить что было на прошлой сессии. Врач может поддерживать процесс, вспоминая ключевые фрагменты работы, и попросить пациента отметить, что было полезным.
12. Продлить курс терапии. Замедление темпов терапии, увеличивает время для реализации полного протокола терапии. Однако снижение когнитивных функций также может быть проблемой у пожилых людей и, следовательно, требует



Поведенческие методы.

- Основной точкой приложения для данной разновидности психотерапии является уменьшение или устранение поведенческих проблем (агрессивность, несдержанность, расторможенное поведение). Этот подход основан на всестороннем и детальном анализе поведения, выявлении факторов, провоцирующих его нарушения и разработке поддерживающей программы (устранение провоцирующих факторов или перепрограммирование режима дня и структуры деятельности). Этот психотерапевтический подход может включать в себя модификацию окружающей среды, исходя из характера дефицитарных расстройств и вовлечение сохранных «сильных» сторон личности пациента.



Когнитивный тренинг.

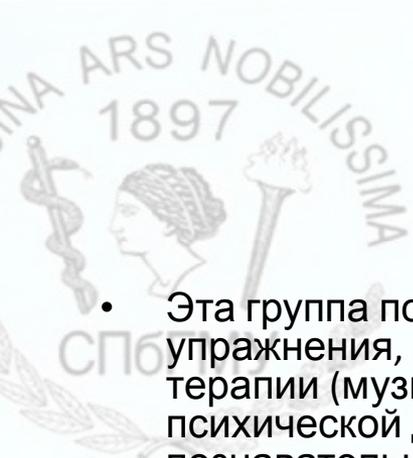
В эту группу включают психотерапевтические техники, направленные на ориентировку в окружающей реальности и тренинг когнитивных функций. Целью этого вида лечения является восполнение когнитивного дефицита, методология чаще всего основана на восстановительном обучении. Наиболее отчетливых изменений в результате когнитивного тренинга удается добиться в речи и мышлении больных, хотя и другие сферы психической деятельности также могут улучшаться под влиянием когнитивных техник. Косвенным результатом улучшения познавательной деятельности является улучшение повседневного функционирования больных, их поведения и социального взаимодействия. Данный метод, впрочем, должен применяться только квалифицированными специалистами и с осторожностью, поскольку повторные неудачи при выполнении заданий на когнитивную деятельность могут вызывать у дементных больных аффективные вспышки, нарушения поведения и даже депрессивные реакции. Исходя из этого, программа занятий должна быть сугубо индивидуальной и учитывать степень когнитивного снижения пациента и его толерантность к фрустрации. Как уже указывалось, эффект, достигнутый в результате данного лечения, не является долговременным и быстро проходит после завершения курса терапии.



Эмотивно-ориентированная терапия.

Данный вид психотерапии традиционно включает в себя несколько разновидностей, таких как поддерживающая терапия, «терапия воспоминаниями», сенсорная интеграция и «терапия стимулированного присутствия».

Целью «*терапии воспоминаниями*» является стимуляция памяти и улучшение настроения пациента путем обращения к его жизненной истории и воспоминаниям. По данным некоторых исследователей, подобное воздействие действительно приводит к кратковременному улучшению настроения, поведения и даже уровня познавательного функционирования. Основным показанием для проведения «*терапии стимулированным присутствием*» является наличие поведенческих проблем, связанных с социальной изоляцией. *Поддерживающая терапия* помогает пациенту преодолеть явления психологической дезадаптации, связанные с реакцией больного на свою мнестико-интеллектуальную несостоятельность. Наибольшую пользу из этого вида лечения могут извлечь пациенты с мягкой деменцией. *Сенсорная интеграция* позволяет пациенту добиться максимального эффекта от интеграции когнитивных, сенсорных и функциональных процессов, что позитивно отражается на способности контролировать свое поведение.



Стимулирующая психотерапия.

- Эта группа психотерапевтических методов включает терапию занятостью (спортивные упражнения, игры, занятия с домашними животными) и некоторые разновидности арт-терапии (музыка, рисование). Суть подхода заключается в стимуляции и «обогащении» психической деятельности пациента, что позволяет мобилизовать его сохраненные познавательные ресурсы. Результатом является снижение выраженности поведенческих проблем и улучшение настроения. Это позволяет рекомендовать данный вид психотерапии для включения в программу реабилитации больных с синдромом деменции любого происхождения. Единственным ограничением для применения стимулирующей психотерапии является деменция тяжелой степени.

В заключение следует отметить, что при выборе специфического вида психотерапии следует учитывать индивидуальные характеристики пациента и его ситуации. Некоторые виды терапевтического воздействия возможны только в условиях стационара, в то время как другие предназначены для применения в домашних условиях. Во многих случаях возможна комбинация нескольких подходов. Особенно следует учитывать то, что ни один из описанных видов лечения не обеспечивает долговременного эффекта, из чего следует, что применять их нужно на регулярной основе – с частотой от еженедельной до ежедневной.

В целом, несмотря на очевидное положительное влияние на некоторые аспекты функционирования – поведенческий, эмоциональный и, в некоторых случаях, даже когнитивный, психотерапия при деменциях позднего возраста не играет, и вряд ли когда-нибудь будет играть первостепенную роль в лечении. Его основой остается биологический подход, ориентированный на коррекцию мозговых нарушений. Психотерапия, тем не менее, может являться важным компонентом реабилитации больных с деменциями позднего возраста.

Групповая психотерапия

- В гериатрических клиниках и специальных заведениях для пожилых людей (домах престарелых, дневных стационарах, клубах пожилых) применяются также групповые психотерапевтические методы. Целью групповой психотерапии лиц пожилого возраста являются привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность. Используются различные групповые техники: групповая дискуссия, музыкальная терапия, танцевальная терапия, психогимнастика и др. В то же время, как указывает Розе, длительное пребывание пожилых людей в стационарах нежелательно, так как может вновь привести к пассивности и зависимости. Помещение их в дома престарелых должно осуществляться лишь в крайних случаях, так как излишняя регламентация, а порой и нелепые, необоснованные порядки этих учреждений могут лишь усилить дефекты, вызванные процессом старения. Поэтому наиболее эффективной для этих пациентов является помощь, осуществляемая дневными стационарами, учреждениями, обеспечивающими патронаж, социально-психиатрическое обслуживание, что позволяет им оставаться в своих квартирах.

Семейная психотерапия

- Большинство исследователей и практиков подчеркивают необходимость включения в психотерапевтические меры воздействия на лиц пожилого возраста семейной психотерапии. [Психотерапия](#) и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными достигнутые результаты психотерапевтических воздействий. Большое значение семейная психотерапия имеет для послевыписной медико-социальной адаптации больных и вторичной психопрофилактики с учетом роли внутрисемейных отношений в жизни пациентов, особенно если речь идет о страдающих слабоумием или больных с затяжным течением функциональных психозов, сопровождающихся поведенческими расстройствами. Семейные отношения изменяются в той или иной степени у всех пожилых больных с психическими заболеваниями, но более значительно - у лиц со слабоумием. У них преобладают столкновения, связанные со стремлением родственников к отказу от больного из-за его тяжелого психического состояния и необходимости постоянного ухода. У больных с функциональными психозами чаще встречаются конфликты, в основе которых лежит переживание больным снижения или утраты лидирующей роли в семье или болезненное чувство своей ненужности, помехи близким, приводящие к самоизоляции. Коррекция отношения к больному со стороны членов семьи и его собственного отношения к ним зависит как от клинических особенностей заболевания, так и от установки семьи на разрешение конфликта и, нередко, материально-бытовых условий. Позитивный результат возможен лишь в том случае, когда путем семейной психотерапии удастся выработать у родственников больного сочувствие к нему, понимание его состояния и причин, вызвавших поведенческие расстройства (при бредовых и депрессивных состояниях) или примирение с ситуацией (при деменции). Влияние коррекции семейных отношений на уровень послевыписной семейной адаптации больных с функциональными психозами в позднем возрасте, как правило, оказывается выше, но и у них полного разрешения конфликтов достичь почти не удастся, отношение к больному остается настороженным с тенденцией к изоляции в семье. В целом психотерапия больных психозами в позднем возрасте оценивается как перспективный метод в комплексе с лекарственной терапией.



Морита-терапия

- ** Масатаке Морита (Masatake Morita) (1874–1938) разработал направление в психотерапии, Морита-терапию, в 1919 году. Морита-терапия начиналась как метод лечения пациентов с невротическими нарушениями – такими как паническое нарушение, социальная фобия, агорафобия, генерализованное тревожное расстройство, соматоформное расстройство, ипохондрия, психосоматическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство [4]. В Морита-терапии терапевт указывает пациенту на механизмы порочного круга в развитии патологического расстройства – включающий ипохондрическую предрасположенность, фиксацию на симптомах, предубеждение, приспособление и т.д., – и, далее, освобождает пациента от невротической патологии, предписывая пациенту определенные формы поведения. Ранее, в оригинальном варианте, Морита-терапия существовала



- Ключевые слова для пожилых людей В своем назидательном руководстве по Морита-терапии доктор Н.Наhакиги [1] рекомендует пациентам с соматоформными нарушениями придерживаться в своем поведении установок твердых и жиз-неутверждающих. В беседах с пациентами пожилого возраста он использует такие выражения: «Не жалуй-тесь, не выставляйте напоказ свои недомогания, не Порочный круг Психические взаимодействия Предвосхищаемая тревога Психосоматическая реакция дискомфорта Соматизация Избегающий стиль жизни Приспособ-Депрессия ление Внимание Когнитивная сфера Болезненные ощущения Эмоциональная сфера Поведение Ипохондрическая трактовка Х. Ниимура и соавт. СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ 2014, т. 24, № 1 63 позволяйте другим людям замечать ваше временами неважное состояние; живите и действуйте так, как всегда, в своем привычном стиле». Переиначивая данное выражение, можно сказать: «Крепкий и силь-ный дух выражается в здоровом внешнем облике и достойном поведении, а внешний вид, в свою оче-редь, задает и внутреннее состояние, или, по крайней мере, способствует вызреванию этого состояния».



Биографический метод

- Работа с биографией пожилого человека может осуществляться двумя путями: как описание и изучение преимущественно внутренней жизни человека; как описание и изучение фактологической, «вершинной» стороны жизни человека (исторический подход).
- Первый путь достаточно хорошо разработан. К главным задачам при движении по этому пути относятся:
 - выявление роли тех или иных событий и лиц, оказавших влияние на жизнь человека;
 - исследование разрушительных ситуаций на его жизненном пути;
 - выявление ситуации-лейтмотива, обусловившей жизненный урок, сказавшейся на всей биографии;
 - обозначение собственных личностных ресурсов, заключенных в материалах биографии;
 - формирование творческого отношения к кризисам поздней зрелости и обучение конструктивным способам выхода из них; создание адекватной временной перспективы.
- Такой вариант реализации биографического метода широко применяется за рубежом и имеет ряд несомненных достоинств. Главное из них - научение пожилого человека относиться к борьбе с трудностями творчески.



- **Второй путь в реализации биографического метода, так же как и первый, начинается с разговора с человеком о его детстве, родителях и родственниках. Большинство пожилых людей вспоминают свое детство с готовностью и охотой. Возвращаясь в него в своих воспоминаниях, они вновь начинают ощущать свое Я, еще не отягощенное жизненными трудностями, и в них оживает способность чувственного и образного видения мира. Для усиления этой способности человеку стоит предложить создать свой «музей детства» из уцелевших предметов, напоминающих о детстве вещей, детских фотографий. Раскладывая их в хронологическом порядке и помещая в альбомы, человек как бы вновь проживает свою жизнь. Занимаясь подобной работой, человек вспомнит, как любили его родители, как дружили с ним соученики, как уважали его коллеги по работе, что полезного он создал в результате своего многолетнего труда. Постепенно в его представлении выстроится цепочка ощущений, каждое из которых в той или иной форме есть ощущение собственной нужности кому-либо, необходимости и полезности.**



Мемуаротерапия

• 2.2 Мемуаротерапия

- Написание мемуаров может являться мощным психотерапевтическим средством, способным излечить человека от депрессии, побудить его к активной деятельности по подбору и чтению литературы, работе в архивах, к встречам с людьми. Занятие подобного рода включает человека в общественную жизнь и позволяет ему отвлечься от мыслей о болезнях и прошедшей молодости. Это настолько сильное средство, что его правомерно рассматривать как особое ответвление биографического метода и назвать мемуаротерапией.
- Практически возможны следующие подходы к реализации мемуаротерапии:
 - описание последовательно каждого года своей жизни;
 - описание событий, которые особо привлекли внимание автора мемуаров;
 - описание только позитивных для автора событий. Мемуаротерапия допускает любые подходы. Главное - писать о своей жизни так, чтобы автор чувствовал, что он делает важное и нужное дело. Мемуаротерапия может эксплицироваться в следующих формах:
- написание дневников «для внутреннего пользования», служащих своего рода «полуфабрикатом», из которого в дальнейшем выкристаллизовываются настоящие мемуары;
- написание статей, ориентированных на публикацию в местных газетах. Это более эффективная форма, поскольку связь между авторами мемуаров и их читателями реализуется уже на внешнем уровне;
- создание книги воспоминаний. Такие книги могут храниться в семье или публиковаться, если это позволяют их литературные достоинства;
- участие в работе литературной студии.

Музыкальная психотерапия

- Воздействуя на эмоции человека, музыка способна создавать настроение, благотворно действующее на его состояние, пробуждающее энергию и требующее актуализации в деятельности. Музыка оказывает целенаправленное мотивирующее воздействие только тогда, когда она выражает или «содержит» эмоции, определенным образом согласованные или соотносящиеся с темпераментом или эмоциональным состоянием слушателя. Возможны два подхода к организации воздействия музыки, выражающей ту или иную эмоцию, на человека того или иного темперамента или находящегося в том или ином состоянии, а именно:
 - компенсационный;
 - резонансный.
- **Компенсационный** подход основан на том, что эмоциональное состояние человека, соответствующее указанному в одном из квадрантов схемы, приведенной на рисунке, нейтрализуется воздействием музыки, выражающей эмоцию, наименование которой в схеме располагается по диагонали. **Резонансный** подход базируется на изопринципе, разработанном в 1941 году Д. Альтшуллером, и состоит в том, что человек подвергается воздействию музыки, однонаправленной с его психологическим состоянием. Идея подхода основывается на явлении, отраженном в античном постулате «Подобное нужно лечить подобным» или в русском аналоге «Клин клином вышибают». В нашем случае это означает, что на человека с определенным темпераментом или находящегося в определенном эмоциональном состоянии, соответствующем наименованию, указанному в одном из квадрантов схемы, нужно воздействовать музыкой, выражающей эмоцию, соответствующую тому же квадранту. Имея всю эту информацию, при необходимости расширяя ее и принимая во внимание, что резонансный подход существенно сильнее, чем компенсационный, далее музыкотерапией можно уже пользоваться практически. Грамотно подобранная музыка и правильно организованное музыкотерапевтическое занятие дают возможность пожилым людям, несмотря на возраст, почувствовать, что жизнь не кончается, и их проблемы либо преодолимы, либо не столь уж значимы.
- **Вывод:** описанные методы мотивирования жизненной активности в поздних возрастах существенно отличаются друг от друга, каждый из них имеет свои достоинства и недостатки, свою область применения. Последняя зависит прежде всего от особенностей «реципиентов», но, одновременно, и от тех, кто эти методы реализует. Все описанные методы достаточно современны и результативны, однако эффективность их во многом определяется квалификацией психолога, психотерапевта, социального работника, его умением и желанием работать, его личными склонностями и пристрастиями.

Рекомендации

- Диета: сбалансированный прием пищи, наличие режима пищи, ограничение приема поваренной соли, алкоголя, повышение в рационе содержания овощей, средиземноморская диета.
 - нормализация режима сна (лечение расстройств сна), отдыха;
 - повышение физической активности, ЛФК;
 - нормализация работы ЦНС;
 - избегать перенапряжения анализаторов (зрительный, слуховой);
 - отказ от вредных привычек;
 - лечение сопутствующих соматических заболеваний, их наблюдение и контроль у врачей.
 - общение в коллективах с другими пожилыми людьми с общими интересами;
 - Продолжительная психотерапия с повторами курсов. Беседы с психотерапевтом (анализ), контроль динамики у психолога (тесты);
 - В поддержке стариков должна быть задействована вся семья, рекомендуется семейная психотерапия, *пожилему необходимо создать комфортный микроклимат в семье, также семья должна снисходительно относиться к плохому настроению пожилых людей;*
 - Не рекомендуется отправлять стариков в дома престарелых и интернаты для престарелых, так как в семейной обстановке клинические проявления прогрессируют гораздо медленнее;
 - физиопроцедуры (ароматерапия, лфк, массаж, гидромассаж, магниты);
 - необходимо регулярное санаторно-курортное лечение.
-
- Транквилизаторы при КН под строгим контролем, так как могут способствовать прогрессированию симптоматики.





Достойное старение. Секрет Японских долгожителей на острове Окинава.



Достойное старение

- «Крепкий и сильный дух выражается в здоровом внешнем облике и достойном поведении, а внешний вид, в свою очередь, задает и внутреннее состояние, или, по крайней мере, способствует вызреванию этого состояния»



Долгожители в Японии

- Остров Окинава давно не дает покоя ученым со всего мира. Сейчас около 1000 жителей острова отметили столетний юбилей.
- <https://www.youtube.com/watch?v=YkNi3Ahzxdk>



Источники:

- Брунова С.Н., Лебедева Л.А. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА (КУРС ЛЕКЦИЙ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ) // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6.; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=14261> (дата обращения: 28.03.2018).
- <http://demenciya.com/ндз/деменция/деменция-лечение/>
- <http://medznate.ru/docs/index-20332.html?page=7>
- <https://studopedia.org/8-120584.html>
- <https://www.mediasphera.ru/issues/terapevticheskij-arkhiv/2014/11/030040-366020141123>
- Психотерапевтическая энциклопедия / Под редакцией Карвасарского Б.Д., 3-е изд., перераб., доп. - Изд.: «Питер-Юг». - 2006. - С.163