**Содержание**

[Введение 3](#_Toc470207218)

[Глава 1. Теоретические основы психологического консультирования лиц пожилого возраста 7](#_Toc470207219)

[1.1 Психологические особенности пожилого возраста 7](#_Toc470207220)

[1.2 Одиночество у пожилых людей как основная психологическая проблема возраста 11](#_Toc470207221)

[1.3 Депрессия - причины, признаки, анализ 22](#_Toc470207222)

[1.4 Тревога - причины, признаки, анализ 27](#_Toc470207223)

[Выводы по 1 главе 31](#_Toc470207225)

[Глава 2. Эмпирическое исследование психологических проблем лиц пожилого возраста 32](#_Toc470207226)

[2.1 Организация исследования 32](#_Toc470207227)

[2.2 Программа психологической работы с пожилыми людьми 36](#_Toc470207228)

[2.3 Эмпирические результаты 47](#_Toc470207229)

[Выводы по 2 главе 54](#_Toc470207230)

[Заключение 55](#_Toc470207231)

[Список литературы 58](#_Toc470207232)

[Приложения 64](#_Toc470207233)

### Введение

**Актуальность исследования**. Забота о пожилых людях - ключевой вопрос сильной социальной, в том числе социально-культурной, политики в любой стране. Психологический комфорт и устойчивость большой группы людей, которая увеличивается в последние десятилетия, служат важными показателями общественного устройства и фактором социальной стабильности.

Оказавшись в связи с уходом на пенсию вне обязательных социальных связей, многие пожилые люди переживают глубокий стресс, сопровождающийся ощущением одиночества  и безнадежности. Обретая статус пенсионера, пожилые люди лишь частично участвуют в жизни общества

Практически всех пожилых людей мучают психологические проблемы: нарушение привычного образа жизни, отсутствие внимания со стороны общества, близких, недостаток общения, беззащитность перед окружением. Негативные установки по отношению к пожилым и старым людям, существующие у лиц молодого и среднего возраста, вызваны отсутствием у них знаний о возрастных изменениях и оказывают существенное влияние на мотивы поведения, самочувствие и даже состояние здоровья пожилых людей, считающих себя лишними в обществе. Пожилые люди все больше становятся невостребованными, поэтому с человеческой, гуманистической позиции большое значение приобретает пропаганда современных научных знаний о социальной активности поздних лет жизни, о путях достижения "благополучного" старения, чтобы старость стала дальнейшим этапом реализации стремлений пожилых людей, удовлетворения потребности быть значимыми и самостоятельными людьми.

Трудности, связанные с  поиском адекватных способов адаптации, неопределенность не только будущего, но и настоящего и прошлого, особенно значимы для пожилых людей. Проблема социализации и социально-психологической адаптации пожилых людей является в настоящее время одной из самых актуальных не только для науки, но и для общества в целом. В то же время, психология одиночества пожилых людей на сегодняшний день является малоисследованной проблемой.

**Объект исследования**: психологическое консультирование.

**Предмет**: психологическое консультирование по проблемам пожилых людей в социальной среде на примере ГУ – Управление Пенсионного фонда РФ в городе Ельце Липецкой области.

**Цель**: разработать и апробировать программу психологического консультирования по проблемам пожилых людей в социальной среде.

**Задачи:**

1) рассмотреть причины одиночества у пожилых людей;

2) изучить психологические проблемы, вызванные одиночеством;

3) рассмотреть методики определения психологического состояния; и психологических проблем;

4) рассмотреть когнитивную психотерапию как метод преодоления негативных психологических состояний;

5) апробировать метод когнитивной психотерапии, арт-терапии, поведенческой терапии в работе с одиночеством пожилых людей.

**Гипотеза исследования**: использование когнитивной психотерапии и комплексной программы психологической поддержки позволяет снизить уровень ощущения одиночества, тревоги, депрессии пожилыми людьми.

**Теоретическая основа исследования:** личностно-ориентированный подход (К.А. Абульханова-Славская, Б.Г. Ананьев, С.Л. Рубинштейн), теория деятельности и теории активности субъекта при взаимодействии с окружающей действительностью (Б.Г. Ананьев, A.B. Брушлипский, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищев, С.Л. Рубинштейн), эпигенетическая теория развития личности Э. Эриксона, субъектный подход, изучающий потенциал развития личности в старости (Н.Х. Александрова, Л.И. Анцыферова, М.В. Ермолаева), теории личностного (К. Роджерс, И.Я:юм, Э. Пенло), социокультурного (К.К. Боумен, Д. Рисмен, Ф. Слейтер) и дефицитарного (В. Вейс) подходов к изучению одиночества, а также положения отечественных (C.B. Духновский, Л.В. Куликов, О.В. Лазарянц, М.В. Прохорова, Д..4. Леонтьев, Г.М. Тихонов, Н.Ф. Шахматов, В.Э. Чудновский) ученых о феномене и факторах переживания одиночества в пожилом возрасте.

**Методы исследования:**

* теоретические: теоретический анализ проблемы и предмета исследования, обобщение, моделирование;

- эмпирические: наблюдение, анкетирование, тестирование (методики: - опросник «Шкала одиночества» Д. Рассела, М. Фергюсоном, использовался для исследования уровня субъективного ощущения человеком своего одиночества, методика «Шкала тревоги» Дж. Тейлора, измерялся уровень тревоги, шкала депрессии А. Бека, измерялся уровень депрессии. Также было проведен опрос для выявления социальных характеристик и одиночества у пожилых людей), эксперимент;

* методы количественного и качественного анализа полученных результатов: методы компьютерной обработки данных;
* методы математической статистики: критерий Вилкоксона.

**Эмпирическая база исследования:**

В исследовании приняли участие 20 испытуемых, ГУ «Управление Пенсионного Фонда» г. Елец.

**Основные этапы исследования**:

На первом этапе, проблемно-аналитическом (сентябрь 2016 г.) – осуществлялись анализ теоретико-эмпирической базы исследования, составление библиографии, сбор, изучение и анализ источников, накопление эмпирического материала, выявление исходных теоретико-методологических основ, постановка проблемы исследования, разработка понятийного аппарата, формулирование проблемы, цели, объекта и предмета исследования, рабочей гипотезы, определение основных направлений исследования.

На втором этапе – экспериментально-формирующем (октябрь-декабрь 2016 г.) поэтапно проводился эксперимент, включавший контрольный, формирующий и констатирующий эксперименты.

На третьем этапе – обобщающе-аналитическом (январь 2017 г.) –осуществлялись: систематизация материалов эксперимента, их итоговая математическая и статистическая обработка, интерпретация, уточнение выводов опытно-экспериментальной работы.

**Практическая значимость исследования** состоит в том, что разработанная программа может использоваться для психологической коррекции и профилактики одиночества, депрессии, тревожности у пожилых людей. Материалы исследования могут использоваться психологами-консультантами, работающими с пожилыми клиентами.

**Достоверность и обоснованность результатов исследования** обеспечивается исходными методологическими позициями, многофакторным анализом современных достижений психолого-педагогической науки; валидностью использования комплекса методов исследования, адекватных его объекту, предмету, цели, задачам, логике; преемственностью и взаимосвязанностью результатов, полученных на разных этапах исследования, репрезентативностью выборки участников эксперимента, убедительностью и доказательностью полученных данных, их статистической значимостью, сочетанием качественного и количественного анализа экспериментальной работы.

**Структура ВКР**: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы из 63 источников, приложений.

### Глава 1. Теоретические основы психологического консультирования лиц пожилого возраста

### 1.1. Психологические особенности пожилого возраста

Существует несколько возрастных классификаций периода пожилого возраста. Но границы этих периодизаций однозначно не определены. Проблема заключается в том, что процесс старения, являющийся неизбежным этапом жизни каждого человека, индивидуален и зависит от многих личностных, социально-экономических и культурных факторов. Одни уже в пятьдесят лет демонстрируют «усталость» от жизни, жалуются на судьбу, и, видимо, уже не способны к каким-либо активным осознанным изменениям. Невольно вспоминаются строки современного поэта: «старости нет, есть лишь усталость». Другие, и в гораздо более поздние годы, полны творческих планов, ставят перед собой задачи, решают их, заражая окружающих своей энергией и жизнелюбием.

Когда человек достигает пожилого возраста, в его организме начинают происходить необратимые изменения. Прежде всего, это ослабление деятельности всех систем и функций организма. И человеку часто бывает непросто смириться с этим.

Кроме того, снижается социальная активность индивида. Немногим удается сохранить высокий уровень вовлеченности в общественную жизнь. С окончанием активности в профессиональной сфере у человека резко сужается круг общения. Нередко случается, что вышедший на пенсию и лишенный возможности активной жизни человек, быстро «сгорает», обзаводится многочисленными болезнями, и уходит из жизни.

Очень важно, какие адаптивные механизмы использует пожилой человек для того, чтобы перестроить свою жизнь перед неизбежным требованием времени. Часто в такой ситуации человек обращает всю свою энергию на родных и близких, стремится более активно, чем раньше участвовать в жизни семьи. Но не всегда члены семьи адекватно и разумно воспринимают эти изменения. Более молодым поколениям они кажутся навязчивыми и назойливыми. Что приводит к конфликтам. Молодые люди возмущаются, что их лишают самостоятельности и независимости. А пожилые жалуются на недостаток внимания и уважения.

Не единожды, во время данного исследования от пожилых людей приходилось слышать жалобы на черствость и неуважительность молодежи. Но на претензии о том, что молодежь «нынче не та», «мы такими не были», можно резонно возразить, что от самих стариков зависело, какой станет молодежь. Там где нет хороших стариков, там нет хорошей молодежи. Становление современной молодежи напрямую зависело от тех, кто их растил и воспитывал.

Для пожилого человека жизненно необходимы гармоничные внутрисемейные отношения. С уходом ровесников круг общения с каждым годом сужается. Общение с молодежью, с детьми и внуками дает пожилым людям большой позитивный заряд, улучшает их мотивацию. Многие из них говорят, что буквально молодеют, общаясь с детьми.

Отношение молодых к людям пожилого возраста сильно влияет на физическое и психологическое состояние последних. От чуткости и терпимости молодежи зависит насколько комфортной и счастливой будет жизнь пожилых людей. Для этого надо совсем немного: поинтересоваться самочувствием, где-то выслушать, где-то ответить на подробные расспросы.

Одна из респондентов данного исследования поделилась воспоминанием о давней беседе со своей мамой, когда той было столько же лет, сколько ей сейчас. Присутствовавшая при семейном разговоре мама, стала задавать вопросы о работе и подругах. И та, желая избавиться от докучливых расспросов, бросила ей: «там столько проблем! Оно тебе надо?!» И ее мама, поджав смиренно, по-старчески, губы ответила: «а ты, дочка, меня раньше времени не хорони. Не надо…» Женщина сказала, что после этих слов ей стало очень стыдно. И с тех пор она всегда старалась быть внимательней и бережней, общаясь с мамой.

Пожилым людям очень важно чувствовать заботу и внимание к себе. Ощущение ненужности, невостребованности делает жизнь старых людей невыносимой.

Существуют различные классификации типов старости, но они носят обобщающий, ориентировочный характер, и не исчерпывают всего многообразия индивидуальных различий людей этого периода. Но все же они важны для понимания общих психологических процессов, протекающих на этом этапе жизни человека.

Английский ученый Д.Б.Бромлей выделила пять типов приспособления личности к старости [18]:

1. Конструктивное отношение к старости: удовлетворенность жизнью, принятие ситуации, высокая критичность, оптимизм, юмор.
2. Оборонительное отношение – установка на эмоциональную сдержанность, пассивность. Семейная среда является источником сил и главной сферой деятельности.
3. Защитная установка присутствует у людей самодостаточных, имеющих сферу приложения для своих сил, прячущихся в активной деятельности от осознания и принятия неизбежного наступления старости.
4. Враждебная установка к окружающим. Для людей с таким восприятием характерны агрессивность и подозрительность, особенно к молодежи. Всю вину и ответственность за свои неудачи, и несбывшиеся надежды они перекладывают на окружающих людей, винят в этом судьбу, общество, недоброжелателей и т.д.
5. Отношение враждебности человека к самому себе. Люди этого типа пассивны и склонны к постоянному самобичеванию. Но результатом этого самобичевания не является духовное преображение личности, ее восхождение к мудрости и принятию. Замыкаясь на своих неудачах и падениях, они становятся заложниками своего негативного восприятия, и, находясь в постоянных депрессиях, отягощенных психосоматикой, доживают свои дни.

И.С.Кон предложил свою классификацию типов старости, основываясь на характере деятельности пожилого человека:

1. Активная творческая старость. Человек, вышедший на пенсию, активно участвует в общественной жизни.
2. Старость с хорошей социальной и психологической приспособленностью, когда деятельность человека по завершению профессиональной карьеры направлена на благоустройство собственного быта: отдых, развлечения, самообразование - на что раньше, возможно, не хватало времени.
3. «Женский» тип старения (свойственный, конечно же, не только женщинам). Деятельность пожилого человека направлена на семью, домашние хлопоты, заботу о внуках и т.д. Когда в семье налажена хорошая связь поколений, не нарушена коммуникация, а пожилые люди чувствуют себя востребованными и необходимыми, то протекание старости проходит благополучно.
4. «Мужской» тип старения (следует признать, что действительно свойственен больше мужчинам, возможно, ввиду их более тяжелого принятия своих возрастных физических изменений). Жизнь человека данного типа большую часть времени занимает забота о собственном здоровье. Этот тип старости, как и предыдущие три И.С. Кон относит к положительным, хотя, на мой взгляд, избыточное внимание к своему здоровью ведет к ипохондрии и повышенной тревожности, что в конечном итоге делает человека раздражительным и склонным к депрессивной психосоматике.

Кроме благополучных типов старости И.С.Кон выделяет, как и Д.Б.Бромлей два негативных типа старости. Первый - враждебный по отношению к окружающим. Второй - негативное отношение к самому себе: разочарование своей жизнью и собой.

Необходимо отметить, что воспринимать старость просто, как процесс угасания жизненно важных функций, было бы неправильно. Как для хорошего произведения или пьесы важен финал, так и человеческая жизнь нуждается в достойном завершении, которое придает смысл всему человеческому существованию. Период пожилого возраста характеризуется не только снижением общей активности, ослаблением когнитивных и аффективных функций. Появляется возможность (или способность) переосмысления прожитого, появляется глубина мироощущения, способность по-новому взглянуть на жизнь. Не через призму эгоистичного, потребительского себялюбия, свойственной незрелой личности, а с позиции человека, поднявшегося над личными проблемами, и воспринимающего жизнь с позиции принятия и мудрости.

### 1.2. Одиночество у пожилых людей как основная психологическая проблема возраста

Одиночество в старости может быть связано  с отдельным проживанием от молодых членов семьи, отсутствием родственников, друзей, сверстников. Однако наличие семьи не решает проблемы одиночества в старости, так как часто присутствие людей, с которыми нет доверительных отношений, усиливает ощущения эмоционального одиночества. Практикующие геронтологи постоянно сталкиваются с фактами, когда жалобы на одиночество исходят от старых людей, живущих вместе с родственниками или детьми, гораздо чаще, чем от стариков, живущих отдельно.

Многие представители старшего возраста, особенно овдовевшие, живут одни. Экономическая независимость и хорошее здоровье дают возможность старым людям вести индивидуальное домашнее хозяйство, и  такая тенденция сохраняется. Западные исследователи считают, что одинокий образ жизни – это физическое состояние, которое активно избирается самой личностью в силу своих характерологических особенностей и психического здоровья. Люди пожилого возраста, так же, как и молодые, дорожат уединением и независимостью и рассматривают жизнь в одиночку как преимущество, а не отвержение [14, с. 94].

В свою очередь, одинокий образ жизни вовсе не обязательно приво­дит к одиночеству: многие старые люди ведут активную обще­ственную жизнь, общаются с родными и друзьями. Западные исследования показали, что самопризнание в одиночестве не носит черты всеобщности для людей старших возрастных категорий, и только меньшая часть обследованных страдает от полного или длительного одиночества. 80 % пожилых  людей регулярно общаются, когда ходят в магазин, сидят на скамейках, встречаются с соседями, друзьями. Причем, находясь на пенсии, они имеют возможность выбирать  объекты своего общения в отличие от работающих людей, вынужденных  часто общаться с теми, кто им неприятен [38, с. 129].

В нашей стране доля одиноких людей пожилого возраста в городах достигает среди мужчин 26 %, а среди женщин  - 73 %, в группе пожилого населения в возрасте 70 лет и старше одиноки 12 % мужчин и более трети женщин. Показатели одиночества увеличиваются у вдовцов и нетрудоспособных лиц, а также в возрастной группе от 80 лет и старше. Причем понятие одиночества у людей старше 80 лет в основном связано со снижением деятельности, обусловленным нетрудоспособностью, невозможностью передвигаться, а не с отсутствием социальных контактов, как у молодежи. Вообще  для больных и недееспособных стариков  (со здоровой психикой или нет) жизнь с другими людьми считается необходимым средством выживания [21, с. 183].

В нашей стране много лет подспудно формировалось негативное отношение к старости. Нередким сегодня можно назвать и такое явление, как геронтофобия, или враждебные чувства по отношению к старым людям. Появился общественный стереотип пассивного пожилого человека, нуждающегося в постоянном уходе, являющегося лишь дополнительной ненужной нагрузкой для здоровых людей, что способствует появлению у пожилых людей чувства вины. Это негативное отношение приводит к определенной деформации нравственных категорий и морально-этических принципов у взрослого населения и молодежи. «Негативные стереотипы пожилых говорят о том, что общество пока не смогло найти адекватные формы взаимодействия с ними», - считает О.В.Краснова [12, с. 95].

Надо сказать, что не всегда пожилые люди возлагают ответственность за плохие отношения между поколениями на молодых. Многие признают, что в этом следует винить и взгляды самих стариков.

Поиски выхода из этого круга проблем побуждают пожилых людей общаться со сверстниками, при этом помощь и понимание многие пожилые люди стремятся найти не у родных, а тоже у сверстников, которые сталкиваются с теми же проблемами, имеют примерно такие же жизненный опыт и стереотипы восприятия.

Ослабление социальных связей пожилых людей является большой нравственной проблемой Российской Федерации. Большинство пожилых людей чувствуют внутреннее отчуждение от семьи и общества. Их потребность в участии в общественно-социальных событиях прогрессивно снижается или выражается в неконструктивной форме. В свою очередь люди более молодых возрастных групп с трудом находят понимание с пожилыми родственниками, нередко проявляя нетерпимость к ним [8, с. 87].

Западные исследователи установили следующие причины одиночества пожилых людей, которые можно сравнить с ситуацией в нашей стране.

Отсутствие партнера. Для пожилых людей наличие близких отношений, при которых бы они разделяли свои заботы с партнером, является важным источником эмоционального благополучия. Родственные связи не заменяют потерю супруга, в какой-то мере друзья могут восполнить утрату.

Побочные причины одиночества пожилых россиян – плохое здоровье, место жительства, транспортные средства и уровень дохода.

Почти каждый из пожилых людей является носителем нескольких хронических заболеваний; чаще всего это болезни сердца, склероз, опухоли. Физиологические изменения, свойственные периоду старения, подготавливают почву для развития психологических и психических нарушений. В пожилом возрасте частота тревожных состояний резко возрастает: 25 % россиян пожилого возраста испытывают постоянное чувство тревоги и страха. Многие из них объясняют свою тревогу неуверенностью в завтрашнем дне, невозможностью реализовать свои потребности. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения. Снижение жизненного тонуса, лежащего в основе всевозможных недугов, в значительной степени объясняется социально-психологическим фактором - пессимистической оценкой будущего, бесперспективным существованием, ощущением оторванности от жизни. Одиночество же, будь то физическое или эмоциональное, только усиливает эти негативные процессы, вплоть до проявления девиантного поведения (пьянство, суицидальные попытки и т.д.) [31, с. 173].

Зачастую источником одиночества становится «традиционная» бедность лиц пенсионного возраста. Она не только имеет тенденцию стать застойной, но и приводит к недопустимо низкому уровню качества жизни. Чувство «материальной ущербности» ограничивает сферу жизненной активности, снижает жизненный потенциал. Без дополнительной помощи (детей, родственников) материальное положение пожилых остается трудным. Недостаток денег усугубляет одиночество пожилых людей, так как они не могут пойти в гости,  на день рождения к старым друзьям (нет подарка) или куда-то поехать (нет денег на билеты). Многие из пожилых людей не могут купить себе новую одежду, обувь, вынуждены донашивать старые, вышедшие из моды вещи. Все это спо­собствует затворничеству старых людей в стенах своего жилища, заставляет их ограничивать свои контакты с внешним миром. Рвутся социальные связи, человек становится еще более одиноким.

Часто одинокие пожилые люди находятся в плохих жилищных условиях. Особенно сложно и даже трагично положение одиноких лю­дей, проживающих в коммунальных квартирах, где соседи откровенно ждут их смерти.

Одним из реальных последствий одиночества является насилие над пожилыми людьми. Оно может выражаться со стороны родственников, микросоциума  или лиц, осуществляющих за ними уход, формами: физическое, медицинское, финансовое, психологическое, а также  пренебрежение и полная изоляция.

Возникновение одиночества у лиц, проживающих с родственниками, по всей видимости, обусловлено не только неблагоприятной семейной ситуацией, но и такими чертами характера, как склонность к пессимизму, повышенная требовательность к другим, некоммуникабельность, психоэмоциональная ригидность, тревожная мнительность.

Нередко при наличии детей и родственников, пожилой человек добровольно избирает одинокий образ жизни. В основе его выбор лежит желание сохранить свой мир, сохранить себя как личность. То есть одиночество – скорее субъективное переживание, чем внешнее состояние.

Таким образом, одиночество – «сугубо индивидуальное чувство, не выводимое непосредственно из реальных условий проживания, в определенной степени зависящее от склада характера и социального функционирования пожилого человека».

Такие психологические аспекты, как изоляция, самоизоляция отражают осознание одиночества как непонимания и безразличия со стороны окружающих и оказываются наиболее существенными в старости. Необходи­мо отличать изоляцию от одиночества. Изоляция означает объективное отсутствие общественных контактов, одиночество же является субъективным психическим состоянием. Одиночество не связано с количеством общественных контактов, а в значитель­ной степени обусловлено монотонностью и скукой существова­ния. Степень одиночества зависит от ожиданий, которые име­ются у человека по отношению к окружающим.

Существует определенное различие между пониманием уединения пожилых людей с различным состоянием здоровья и их одиночеством. Душевнобольные люди воспринимают общение как сложный процесс, требующий массы усилий с их стороны. В этом  случае видна и положительная сторона одиночества:  душевнобольные старики  таким образом ограждены от каких-либо трудностей и нападок [35, с. 173].

Уединение для пожилых людей со здоровой психикой не является для них проблемой, так как у них достаточно много интересных занятий, они активно участвуют в общественной жизни. Для здоровых людей поддержание социальных связей является необходимым условием их старения. Более того, они проявляют замечательную способность к созданию новых связей в случае, когда старые по каким-либо причинам прерываются.

Неоднородность и сложность чувства одиночества пожилого человека выражается в том, что он, с одной стороны, ощущает увеличивающийся разрыв с окружающими, боится одинокого образа жизни, а с другой стороны,  стремится отгородиться от окружающих, защитить свой мир и стабильность в нем от вторжения посторонних.  В большинстве своем пожилые люди отрицательно относятся к зависимости и создают себе индивидуальный мир, где могут эту независимость сохранить.      Многие пожилые люди отказываются от социальной помощи, поскольку это наносит удар по их самолюбию. Для них одиночество более приемлемо, нежели потеря самостоятельности. Для некоторых пожилых людей (особенно для мужчин) существует дополнительная потребность связывать чувство собственного достоинства с самостоятельностью – способностью и в старости обслуживать себя и доказывать, что ты  все еще ни от кого не зависимый взрослый человек [23, с. 86].

Поэтому то, что сначала может показаться опасным расторжением связей с миром, потом оказывается лишь попыткой сохранить самоуважение вопреки спаду физической и душевной активности, а также проявлением самостоятельности и уверенности в себе. Но часто оказывается, что этот мир сокращается у них до комнаты, дома или района. В таких условиях происходит социальное отчуждение пожилых людей.

Существует несколько причин этого отчуждения. Например, многие люди воспринимают процесс старения, как только свою беду, не замечая, что то же самое происходит и со всеми другими поколениями. Другие лишены подвижности и сил, необходимых для общения, то есть просто отрезаны от внешнего мира. Третьи боятся старения и в общении с ровесниками видят напоминание о собственной уязвимости. А четвертые уже пережили всех близких ровесников.

Медведева Г.П. обращает внимание на то, что в современной России у 36 % людей старше 55 лет устойчивым является осознание невозможности вписаться в новую социальную реальность, которая обесценивает такие понятия, как общественно полезный труд, коллективизм, равенство, превознося материальный успех, индивидуализм и произвол [27, с. 75].

Особенно реальным одиночество становится для человека, живущего долго. В центре внимания, дум, размышлений старого человека может быть исключительно ситуация, породившая ограничение круга общения.

Многие пожилые люди, вынужденные жить в уединении, часто недовольны своим образом жизни и поэтому были бы совсем не против что-либо изменить.      В силу этих причин многие пожилые люди видят выход в общении с представителями следующего поколения.  Однако и здесь возникает ряд определенных трудностей. Так, многие  старики считают, что между поколениями отсутствует связь. Другие говорят о пренебрежительном отношении к молодежи и о предполагаемом у них отрицательном отношении к старикам. Порицается безразличие молодых к проблемам пожилых людей, избегание контактов со старшим поколением и стереотипное представление молодежи о стариках как об отсталых и умственно неполноценных людях.

Сложность формирования новых личностных контактов связана с тем, что многие пожилые люди испытывают коммуникативные трудности. К.А.Страшникова с соавторами отмечает, что при внешней контактности пожилые люди далеко не всегда психологически готовы завязывать новые знакомства, не всегда и не у всех есть прямая потребность в контактах. Многие из них приспособились к одиночеству, удовлетворяясь поверхностными формами общения. Авторы отмечают специфику взаимодействия пожилых людей между собой. Так, они стремятся избежать разочарования в знакомствах, подмечая мельчайшие детали поведения других, которые часто не соответствуют их идеализированному эталону. Пожилые люди боятся быть непонятыми, страшатся разочарований и эмоциональных потрясений, они предполагают неудачи в общении, а в результате избегают его, хотя и страдают от его недостатка [11, с. 128].

Позитивное отношение к жизни связано с удовлетворенностью, которая представляется тремя факторами: продолжением социальных связей, финансовой независимостью и хорошим здоровьем. В старости именно эти факторы становятся негативными и являются причиной одиночества: появляются или возможны социальная изоляция, финансовая беспомощность и плохое здоровье.

Самоконтроль – это важность восприятия окружающей обстановки как предсказуемой и поддающейся контролю. Уход на пенсию, смерть близких ослабляет чувство самоконтроля.

Социально сравнимые процессы. Пожилые люди, которые всю жизнь жили одни, меньше жалуются на одиночество по сравнению с теми, которые были разведены или овдовели. Сопоставление прошлой и настоящей жизни (не в пользу настоящей) может явиться основной причиной социальной неудовлетворенности жизнью в более поздний период жизни. Кроме трех основных причин одиночества, исследователи приводят побочные причины, влияющие на социальные связи. Это: здоровье; место жительства; уровень дохода; транспортные средства [20, с. 78].

Эти причины одиночества так соотносятся с ситуацией в нашей стране. Отсутствие партнера. Наша страна занимает последнее место в Европе по продолжительности жизни, возраст доживаемости мужчин не превышает 60 лет, последствие этого феномена – много одиноких вдов.

Самоконтроль. Социально-экономическая ситуация в нашей стране оценивается большинством россиян как непредсказуемая и  не поддающаяся контролю. Пожилые россияне не верят в завтрашний день, поэтому у большинства из них – плохое настроение. Сравнение настоящей жизни российских пенсионеров со своей прошлой жизнью идет не в пользу настоящего времени.

Субъективное ощущение одиночества и самоизоляция вызывают состояние глубокой неудовлетворен­ности жизнью и нередко служат причиной самоубийств старых людей.

Оказавшись в связи с уходом на пенсию вне обязательных социальных связей, пожилые люди оказываются перед выбором между социальной (поддержание и развитие социальных связей) и индивидуальной (обособление) жизнью. Этот выбор определяет стратегию адаптации к старости и соответственно структуру  эмоциональных переживаний, особенности поведения и взаимоотношений с окружающими [9, с. 76].

У пожилых людей, отдавших предпочтение индивидуальной, обособленной жизни,  проявляется в общем снижение интереса к внешнему миру, ослабление эмоционального контроля, уменьшение притязаний, обострение некоторых личностных черт. Во многом эти личностные изменения обусловлены замкнутостью интересов старого человека на самом себе.

Постепенная утрата значимых, глубоких социальных связей проявляется в двух важнейших особенностях психической жизни пожилых людей: снижении поведенческого контроля и «истощении чувствительности». Ослабление поведенческого контроля приводит к нарастанию эгоцентричности, убежденности стариков в неоспоримой справедливости их позиции, и, как следствие, амбициозности, обидчивости, нетерпимости к возражениям.

Однако обострение личностных черт – следствие выбора стратегии адаптации к старости по принципу замкнутости. При этом мир видится пожилым людям как неясный, непредсказуемый, иногда угрожающий, гибельный. Пожилой человек не «владеет» этим миром, социально не причастен к нему, а стратегия его поведения описывается понятием «доживать свой век» [15, с. 65].

Основной характерной особенностью эмоциональной жизни пожилых людей является  выраженная озабоченность. Она включает озабоченность собственным здоровьем, политическим и экономическим положением в стране (по отношению к перспективам собственной жизни), будущим детей и внуков – всем понемногу. Потребность в озабоченности  и беспокойстве служит своеобразным механизмом непомерно разросшейся в старости потребности избежать страдания. Озабоченность пожилых людей имеет много общего с тревогой малой степени, адаптивный смысл которой заключается в повышении бдительности старого человека по отношению к не совсем понятным, настораживающим факторам внешнего мира и ухудшению внутреннего состояния. Таким образом, хроническая озабоченность «помогает старым людям выработать специфическую тактику сбережения усилий, способность заранее предвидеть, уберечься от возмущающего воздействия и тем самым избежать фрустрации с сопровождающим ее сильным всплеском эмоционального возбуждения, гибельного для душевного покоя стариков и очень опасного для их хрупкого здоровья» [23, с. 345].

Эмоциональные переживания тревоги, в целом, конечно, неприятные, в то же время несовместимы со скукой  и придают своеобразную остроту картине действительности. Например, озабоченность по поводу своего здоровья побуждает развитие новых интересов и потребностей в обогащении медицинскими знаниями в области лучших способов лечения.

Старики получают большое удовольствие от рассказов о своих болезнях и при  этом их не смущает, что окружающими их рассказы воспринимаются, как навязчивые – пожилые люди искренне не замечают этого, поскольку жизнь вне общества способствует снижению у них поведенческого контроля. Но разговоры о болезнях, бесконечное лечение – это путь, а не конец пути [18, с. 49].

Другим эмоциональным состоянием одиноких пожилых людей, выбравших стратегию замкнутости, является возрастно-ситуативная депрессия при отсутствии жалоб на это состояние. Пожилые люди сообщают о чувстве пустоты, ненужности жизни. Интересна только жизнь в прошлом, а она никогда не вернется. Но эти переживания  - обычные, не носят болезненного характера. Они являются результатом переосмысления жизни и предохраняют человека от стремлений, борьбы и волнения, которое крайне опасно для стариков. Сильное волнение, даже радостное, сокращает годы жизни стариков. Старческая депрессия носит адаптационный характер, так как, не видя в жизни ничего хорошего, пожилые люди перестают строить планы и этим страхуют себя от возможных разочарований [20, с. 154].

Оценка своего поведения как не совсем адекватного и  усиление сопутствующего беспокойства обусловливает восприятие окружающей действительности: она представляется непредсказуемой. Это приводит к ощущению собственной ненужности, беспомощности и безнадежности.

Неоднородность и сложность чувства одиночества пожилого человека выражается в том, что он, с одной стороны, ощущает увеличивающийся разрыв с окружающими, боится одинокого образа жизни, а с другой стороны,  стремится отгородиться от окружающих, защитить свой мир и стабильность в нем от вторжения посторонних. Поэтому то, что сначала может показаться опасным расторжением связей с миром, потом оказывается лишь попыткой сохранить самоуважение вопреки спаду физической и душевной активности, а также проявлением самостоятельности и уверенности в себе [14, с. 76].

Кроме того, перед пожилыми людьми, как и перед людьми всех возрастов, стоят одинаковые задачи: сохранить чувство собственного достоинства и выжить при любых обстоятельствах. При достижении этих целей одиночество часто выступает не как следствие старения, а как средство для адаптации к нему.

### 1.3. Депрессия - причины, признаки, анализ

Депрессия - это эмоциональное расстройство, сопровождающееся постоянным чувством тоски, апатии (безучастным отношением к действительности), тревоги, вялости, беспомощности. Это состояние угнетающей эмоциональной подавленности, чувства вины, печали, безысходности, запорами и другими кишечными расстройствами.

Депрессия в пожилом возрасте часто является не только следствием тяжелых жизненных ситуаций – утрат, горя, одиночества, но и неврологических и других расстройств, что усугубляет состояние. Причинами развития депрессии при органических заболеваниях ЦНС являются патологические изменения в мозге, связанные с определенными нейрохимическими дефектами [32, с. 58].

Отдельным аспектом геронтоневрологии является анализ депрессий у больных пожилого возраста. Такие проявления, как нарушение концентрации внимания, апатия и нарушения памяти являются основными для первичных депрессий в пожилом возрасте. Эти депрессии носят название "псевдодементных". Кроме того, для них характерно большое разнообразие соматических нарушений, преобладание тревожно-ипохондрической симптоматики. С другой стороны, депрессия часто сопровождает различные типы деменции, как дегенеративные, так и сосудистые.

Одним из самых распространенных в неврологической и психотерапевтической практике феноменов является хроническая боль. Хронические болевые синдромы независимо от их локализации и распространенности практически всегда сопровождаются депрессивными нарушениями различной степени [47, с. 22].

Патогенетическая связь хронической боли и депрессии сложна. С одной стороны, длительно существующий болевой синдром может приводить к формированию эмоционально-аффективных переживаний, а с другой - депрессия может быть как причиной возникновения стойких болевых феноменов, так и приводить к хронификации острой боли. Эта сопряженность обусловила практическую оправданность термина синдром "депрессия - боль". Хронические боли могут иметь самую разную локализацию. Это могут быть головные, лицевые, боли в шее и спине, в области сердца и живота, распространенные мышечные и суставные боли и т.д. Хроническая боль при этих синдромах имеет характерные признаки: тупой монотонный характер, наличие разнообразных сенестопатических ощущений, трудности описания и локализации боли, очевидная диссоциация между невысокой интенсивностью собственно болевых ощущений и степенью страданий от этой боли. Характерно эмоционально вегетативное сопровождение [37, с. 135].

Болевой синдром никогда не представлен изолированно, а всегда сочетается с жалобами психопатологического и психовегетативного характера.

Наиболее ярким проявлением синдрома "депрессия - боль" является цефалгический синдром.

Также симптомом депрессии являются «панические атаки». При активном и целенаправленном расспросе у этих пациентов удается выявить нарушения сна, аппетита, изменение массы тела, снижение либидо, постоянную слабость, утомляемость, снижение интереса к окружающему и другие симптомы, свидетельствующие о наличии депрессивных расстройств. Очевидно, что основными проявлениями "панических атак" являются вегетативные расстройства, затрагивающие различные системы организма: дыхательную, кардиальную, сосудистую. Все эти симптомы, возникают спонтанно и "беспричинно" способствуют появлению и фиксации другой группы симптомов - эмоционально-аффективных. В качестве вторичных синдромов нередко развиваются депрессивные расстройства, проявляющиеся снижением социальной активности, интереса, повышенной утомляемостью и т.д. Типичной считается следующая картина динамики "панических расстройств": приступы паники - агорафобия - ипохондрия - депрессия. Вторичное депрессивное "обрастание" наблюдается в 70- 90% при длительном существовании "панических атак"[25, с. 63].

В клинической картине депрессии наряду с аффективными, моторными, вегетативными облигатными являются диссомнические расстройства. Нарушения цикла "сон-бодрствование" при депрессии многообразны и включают инсомнию и гиперсомнию.

Клинические проявления нарушений сна при депрессии имеют ряд характерных черт. Типичны жалобы на постсомнические расстройства - ранние утренние пробуждения. Однако, у больных с тревожной ажитированной депрессией нередко нарушено засыпание.

Расстройства пищевого поведения практически всегда приводят к изменению массы тела. Привычными для депрессии считаются снижение аппетита и массы тела. Однако повышение аппетита и булимия также могут сопровождать депрессивные состояния. Распространенность последних значительно выше в популяции, чем это принято считать (около 30%). Эта форма мотивационных расстройств, получившая название "эмоциогенное пищевое поведение" преобладает у женщин склонных к полноте и тревожно-депрессивным реакциям [34, с. 168].

Другим не менее важным аспектом практической оценки мотивационных нарушений является нарушение половой функции при депрессии. К этим расстройствам можно отнести: снижение полового влечения, импотенция и фригидность, снижение интенсивности оргазма. У женщин депрессия может приводить к различным нарушениям менструального цикла. Депрессивное состояние может приводить к раннему и/или патологическому климаксу. Именно депрессивное состояние бывает ответственным за патологически протекающий климакс. Наиболее ярко представлены аффективные расстройства при синдроме предменструального напряжения [28, с. 70].

Виды депрессий весьма многообразны. Диагностика депрессивных состояний сложна по ряду причин. Депрессия в повседневной практике, чаще всего протекает в скрытой, атипичной форме, маскируясь разнообразными психовегетативными, алгическими, соматическими проявлениями.

Депрессия может быть реакцией на лекарственную терапию. Многие лекарственные средства, влияя на нейромедиаторные процессы, приводят к развитию депрессивных состояний: гипотензивные средства (резерпин и его производные, клонидин, метилдопа, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов), гормональные средства (кортикостероиды, анаболические стероиды, оральные контрацептивы), препараты с антиконвульсивным эффектом (клоназепам, барбитураты), анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства, кардиальные средства (сердечные гликозиды из группы наперстянки), антибиотики (циклосерин, гризеофульвин), противотуберкулезные средства (изониазид). Депрессия может появляться и после отмены длительно применявшихся транквилизаторов, а иногда на фоне их приема. Развитие депрессивных эпизодов описано после длительного применения противопаркинсонических средств - леводопы и мидантана. Перечисленные варианты депрессивных состояний можно отнести к соматогенным, при которых основную роль в развитии депрессии играет органическое заболевание ЦНС или применяемые лекарственные препараты [16, с. 52].

Другим вариантом является реактивная или психогенная депрессия, как следствие воздействия психотравмирующей ситуации, как ответ на острый или хронический эмоциональный стресс. Однако, наибольшие трудности в диагностике вызывают атипично протекающие соматизированные депрессии. Эти варианты депрессивных состояний имеют много синонимов - маскированная, ларвированная, скрытая, вегетативная, алекситимическая, депрессия без депрессии, "смеющаяся депрессия".

Собственно симптомы депрессии скрыты. А главными доминирующими в клинической картине являются соматические и вегетативные проявления. Наиболее часто масками депрессии являются нарушения сна, аппетита, нарушения полового влечения, хронические болевые синдромы, вегетативные пароксизмальные и перманентные нарушения. Еще одним видом хронической депрессии являются дистимии. К дистимиям относят легкие и умеренные депрессии, при которых редки суицидальные мысли, ангедония, а уровень социальной адаптации сохранен. У больных преобладают жалобы на общее недомогание, разбитость, усталость, нарушения сна и аппетита [52, с. 97].

Для диагностики дистимии подавленное настроение должно сопровождаться не менее, чем двумя следующими симптомами: сниженный или повышенный аппетит, нарушения сна или повышенная сонливость, низкая работоспособность или повышенная утомляемость, заниженная самооценка, нарушения концентрации внимания или нерешительность, чувство безнадежности.

Диагностика депрессии должна осуществляться в соответствии с установленными формальными критериями (МКБ-10). Основными критериями являются два: пониженное или печальное настроение и утрата интересов и чувства удовольствия. Остальные симптомы являются дополнительными.

Диагностические признаки депрессии:

- Основные:

1. пониженное или печальное настроение

2. утрата интересов или чувства удовольствия

- Дополнительные:

1. нарушения сна

2. чувство вины или низкая самооценка

3. утомляемость или снижение активности

4. трудности при сосредоточении

5. возбуждение или заторможенностъ движений или речи

6. расстройства аппетита

7. суицидальные мысли или действия

8. снижение полового влечения

Помочь в постановке диагноза могут и специально созданные тесты на выявление депрессивного состояния. Чаще всего используются шкала депрессии Гамильтона и шкала Бека [33, с. 85].

### 1.4. Тревога - причины, признаки, анализ

Тревога и тревожные расстройства – это группа заболеваний нервной системы, основным проявлением которых является стойкое чувство тревоги, возникающие по несущественным причинам или в отсутствие всяких причин. На фоне тревожных расстройств, как правило, присутствуют и симптомы, которые могут наблюдаться при некоторых заболеваниях внутренних органов (кашель, боли в груди или в животе, затруднение дыхания, чувство кома в горле) [42, с. 254].

Точная причина развития тревожных расстройств в настоящее время не установлена и является предметом изучения во многих странах. Некоторые ученые предполагают, что причина развития тревожных расстройств лежит в нарушении деятельности некоторых отделов головного мозга. Психологи считают, что тревожные расстройства возникают у людей с психологическими травмами, часто подвергающихся стрессу и переутомлению, а также у людей с искаженными, ошибочными представлениями о некоторых вещах, вызывающих приступы тревоги.

Учитывая современный ритм жизни и работы (особенно в крупных городах), можно сказать, что причины для развития тревожных расстройств есть у большинства людей, ведущих активный образ жизни.

Развитию тревожных расстройств также способствуют психологические травмы, связанные с перенесенными в прошлом болезнями.

Как отличить «нормальную» тревогу, помогающую нам избегать опасных ситуаций, от бессмысленной тревоги (патологическая тревога), вызванной тревожным расстройством?

Патологическая тревога не связана с конкретной угрожающей ситуацией, «надумана», связана с воображаемыми несуществующими ситуациями. Чувство тревоги при тревожном расстройстве приводит к физическому и эмоциональному истощению человека, повышенной утомляемости и чувству беспомощности перед «надвигающейся угрозой» [19, с. 174].

«Нормальная» тревога, которая бывает у всех людей, связана с определенными существующими ситуациями, не нарушает деятельность человека, проходит, когда угрожающая ситуация исчезает.

Помимо стойкого чувства тревоги - основного симптома, объединяющего все тревожные расстройства, различают другие признаки и симптомы тревожных расстройств:

Пугливость, суетливость

Страх перед воображаемыми (несуществующими) ситуациями, которые, по мнению человека, могут с ним произойти

Нетерпеливость

Нарушение концентрации внимания, снижение умственных способностей, ухудшение памяти

Ощущение постоянного напряжения, невозможность расслабиться

Повышенная утомляемость

Раздражительность, плаксивость, частая смена настроения [18, с. 132]

Также на фоне тревожных расстройств могут возникать следующие симптомы:

Чувство «комка в горле», затруднения при глотании

Приливы жара, потливость, влажные ладони

Ощущение нехватки кислорода, внезапная потребность глубоко вдохнуть или неспособность глубоко вздохнуть

Частое сердцебиение, головокружение, потемнение в глазах

Тошнота, боль в подложечной области или вокруг пупка, боль в груди, диарея

Чувство мышечного напряжения, боль в мышцах шеи, спины, в пояснице

Нарушения сна, бессонница, кошмары [27, с. 75]

Следует подчеркнуть тот факт, что описанные ваше симптомы, наблюдающиеся на фоне тревожного расстройства могут имитировать какую-нибудь болезнь (астма, зоб, фарингит и пр.) поэтому больные с тревожными расстройствами нередко длительное безуспешно время лечатся у многих специалистов.

Нередко у людей с тревожными расстройствами наблюдаются фобии – боязнь определенных ситуаций или предметов. Наиболее часто встречаются следующие фобии:

Агорафобия – боязнь оказаться в толпе людей, в больших открытых пространствах, а также страх перед невозможностью выбраться из толпы.

Клаустрофобия – боязнь людей находиться в замкнутых пространствах (в транспорте, в лифте, запертой комнате и т.д.).

Нозофобия – боязнь заболеть вообще, или боязнь определенного заболевания (например, канцерофобия – боязнь заболеть раком).

Социальная фобия – боязнь оказаться в обществе людей, страх выступать перед людьми, принимать пищу в общественных местах и т.д.

Боязнь насекомых, змей, высоты и т.д.

Следует заметить, что в отличии от нормальной (обоснованной ) боязни патологическая боязнь имеет сильное парализующее действие на человека, часто возникает без явных причин и значительно влияет на поведение человека (человек с фобией старается постоянно избегать стрессовых ситуаций) [38, с. 69].

Другим признаком тревожного расстройства является, так называемый, обессивно-компульсивный синдром – постоянно возникающие мысли и идеи, которые заставляют человека повторять какие-либо действия (например, постоянная мысль о микробах, вызывающих болезни заставляет часто и длительно мыть руки с мылом; страх перед затоплением заставляет несколько раз возвращаться домой и проверять, закрыты ли краны и т.д.)

Паническое расстройство – также относится к группе тревожных расстройств и проявляется внезапными повторяющимися приступами немотивированной паники, одышкой, сердцебиением, страхом умереть и т.п.

Как уже было сказано выше, тревожные расстройства сопровождаются массой симптомов, которые могут наблюдаться при таких болезнях как астма, зоб, болезни органов пищеварительного тракта (гастрит, панкреатит, холецистит, СРК), болезни нервной системы (бессонница, головные боли).

Обычно диагноз тревожного расстройства устанавливается после исключения всех болезней, при которых могут наблюдаться похожие симптомы [20, с. 87].

### Выводы по 1 главе

Одиночество – это негативное субъективное переживание, связанное с чувством оторванности, изоляции от людей, ощущение собственной ненужности.

Большинство исследователей признает, что ситуативное, кратковременное одиночество – необходимая часть человеческой жизни, а хроническое одиночество свидетельствует о личностном неблагополучии человека, наличие психологических проблем.

В определенные периоды жизни человек подвержен одиночеству в большей мере, чем в другие периоды, в частности, проблема одиночества актуальна для старости. Можно выделить социальные факторы:

- смерть одного из супругов, уход друзей, взросление детей, уход на пенсию;

- сужение круга социальных контактов из-за ухудшения здоровья;

- отношение к старости в обществе.

- ухудшение материального положения.

Психологические факторы:

- ухудшение коммуникативных навыков;

- самоизоляция;

- возрастные изменения личности, например, усиление акцентуаций;

- чувствительность к стрессу и понижение социально-психологической адаптации.

Следствием ощущения одиночества часто становятся различные виды депрессии и тревожные расстройства. Все это негативно сказывается на психологическом здоровье пожилых людей.

### Глава 2. Эмпирическое исследование психологических проблем лиц пожилого возраста

### 

### 2.1. Организация исследования

Для диагностики тревоги и депрессии могут применяться различные опросники.

Методики, разработанные для диагностики депрессии и состояний, схожих с депрессивным, направлены, как правило, на измерение степени выраженности основных симптомов депрессии. Они могут косвенно указывать на наличие органических поражений ЦНС (выявляют астенический синдром), психосоматические или конверсионные расстройства.

Кроме того, опросники и шкалы этой группы могут наводить на мысль о наличии суицидальных рисков, которые характерны для депрессивных пациентов.

Описанные выше свойства делают эту группу методик значимым психодиагностическим инструментом.

Депрессия может выявляться тестом MMPI, опросником FPI и другими клиническо-ориентированными опросниками.

Надо всегда помнить, что, несмотря на высокую надежность и точность опросников и шкал этой группы, результаты, полученные с их помощью, необходимо использовать в сочетании с другими психодиагностическими методами и клинико-психологическим исследованием.

Охарактеризуем наиболее популярные методики:

Шкала Бека (beck depression inventory).

Шкала разработана американским психиатром А.Т. Беком в 1961 году для измерения выраженности депрессивного синдрома и отдельных его компонентов. В основу опросника автором были взяты реальные жалобы пациентов, страдающих депрессией.

Высокая чувствительность шкалы к изменениям тяжести депрессии позволила ей найти широкое применение среди клиницистов в оценке динамики депрессивного состояния и эффекта от проводимого лечения. Кроме верифицирующей депрессивные проявления шкалы, опросник включает две субшкалы: когнитивно-аффективных и соматических проявлений депрессии.

Преимущества этого опросника заключаются в возможности прицельной оценки степени тяжести как депрессивного синдрома в целом, так и отдельных симптомов, его составляющих. Шкала Бека считается одним из самых надежных и точных инструментов в скрининговой диагностике депрессии.

Опросник включает 21 вопрос, на которые необходимо дать один из четырех предложенных вариантов ответа. Время, затрачиваемое на ответы, зависит от состояния испытуемого и длится от 20 минут до одного часа. В тех случаях, когда тяжесть состояния пациента не позволяет ему выполнить тест, исследование проводит подготовленный эксперт или врач в виде стандартизированного интервью. Исследование шкалой Бека можно проводить повторно даже после коротких временных интервалов.

Самооценочная шкала депрессии (self-rating depression, sds) разработана В. Зунгом в 1965 году для оценки выраженности депрессивных состояний различного типа. Как и в шкале Бека, в основу опросника были взяты жалобы пациентов, которые страдают депрессивным расстройством.

Основная область применения шкалы - это дифференциальная диагностика депрессивных расстройств и субдепрессий. Шкала чувствительна к депрессивным нарушениям, проявляющимся нарушениями сна, снижением активности, субдепрессивным настроением, сомато-вегетативными реакциями в виде нарушений работы сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

Методика выявляет проявления депрессивного синдрома в разной степени выраженности, поэтому кроме скрининговой диагностики, шкала используется для оценки тяжести депрессивного состояния.

Опросник состоит из 20 утверждений, результаты исследования формируются в три шкалы: депрессивный аффект, соматические симптомы, депрессивные переживания.

Время, затрачиваемое на исследование, около 8-10 минут.

Адаптация проводилась в отделении наркологии Института им. В.М. Бехтерева Т.И. Балашовой.

Опросник депрессивных состояний (ОДС), методика создана в НИИ им.Бехтерева, в основу методики заложена теория распознавания образов.

Опросник предназначен для дифференцированной диагностики депрессий эндогенного и невротического уровня.

При создании опросника депрессивных состояний были взяты статистически значимые утверждения личностного опросника MMPI, относящиеся к депрессивному регистру, что позволило авторам создать надежный психодиагностический инструмент.

Опросник депрессивных состояний может использоваться как при работе с пациентами, страдающими депрессивным расстройством, так и для исследования здоровых лиц при скрининговых исследованиях.

В клинической практике опросник используется для динамического наблюдения за состоянием пациентов с аффективными нарушениями и указывает на степень выраженности депрессивного синдрома.

Опросник депрессивных состояний хорошо показал себя в исследовании скрытых соматизированых депрессий, психосамотических, невротических и неврозоподобных расстройств. При этом, результаты, полученные при помощи ОДС, следует обязательно сопоставлять с данными клинического наблюдения, так как они основаны на непрямых признаках депрессивных нарушений.

Опросник состоит из 67 утверждений, на которые необходимо ответить «да» или «нет»; включает три шкалы, две из которых являются биполярными, отдельно выделена шкала лжи.

Первая шкала - «депрессия-норма», предназначена для диагностики депрессивного состояния и его выраженности по отношению к норме.

Вторая шкала - «эндогенная - невротическая депрессия», позволяет провести дифференциальную диагностику между депрессией в рамках циклотимии или других аффективных расстройств и депрессией при невротических расстройствах, связанной с воздействием психосоциальных стрессов или личностных проблем.

По результатам психодиагностического исследования опросником депрессивных состояний исследователь получает ответ на вопросы: “Имеется ли депрессия?” и, если депрессия обнаруживается, то “Какого генеза эта депрессия?”.

Опросник используется в индивидуальной работе по выявлению скрытых признаков депрессивного расстройства, степени депрессивного компонента при соматизированных депрессиях, для контроля за динамикой развития и лечения депрессивного расстройства, а также в массовых скрининговых исследованиях.

Автор методики - И.Г. Беспалько, 1995 год, НИИ им. Бехтерева.

В диагностике депрессивных расстройств зарекомендовали себя и другие шкалы, неописанные в этой статье, такие как шкала депрессии Монтгомери – Асберга (MADRS), шкала Готланда для оценки депрессии.

Опросник Жанет Тейлор (методика ТиД).

Данный опросник является одним из наиболее мощных средств для оценки личностной тревоги. Он состоит из 50 утверждений. Для удобства пользования каждое утверждение предлагается обследуемому на отдельной карточке. Согласно инструкции обследуемый откладывает вправо и влево карточки в зависимости от того, согласен он или не согласен с содержащимися в них утверждениями. Тестирование продолжается 15-30 минут.

Исследование проходило на базе ГУ Управление Пенсионного Фонда г. Елец, в нем приняли участие 20 пожилых людей в возрасте 62-70 лет, 10 мужчин и 10 женщин.

Были использованы следующее методики для измерения уровня депрессии, тревоги и одиночества:

- опросник «Шкала одиночества» Д. Рассела, М. Фергюсоном, использовался для исследования уровня субъективного ощущения человеком своего одиночества.

- методика «Шкала тревоги» Дж. Тейлора, измерялся уровень тревоги.

- шкала депрессии А. Бека, измерялся уровень депрессии.

Также было проведен опрос для выявления социальных характеристик и одиночества у пожилых людей (Приложение 1).

### 2.2 Программа психологической работы с пожилыми людьми

В качестве метода терапии была выбрана когнитивная терапия. Ее целью стало выявление неадаптивных мыслей и установок, которые, как мы выяснили, преобладают у пожилых людей при обсуждении одиночества, и замена их на адаптивные.

Работа проводилась 1 месяц. Поскольку когнитивная терапия ориентирована на индивидуальную работу, занятия проводились индивидуально с каждым клиентом продолжительностью 30 мин. 2 раза в неделю.

Общая схема работы:

Диагностический этап

В ходе детального рассмотрения особое внимание уделяется:

— злоупотреблению алкоголем или другими веществами;

— наличию травм в анамнезе;

— оценке тяжести депрессии и тревоги;

— эффективности социальной поддержки пациента.

Необходимо также провести когнитивную диагностику случая — выявить основные когнитивные темы, которые станут мишенями терапии.

У нас это стали неадаптивные мысли пожилых людей о своей ненужности, неинтересности, изоляции.

Установочно-информационный этап.

Испытуемые информировались о целях и задачах работы, способах.

Работа с автоматизированным мышлением

На этом этапе испытуемым предлагалось еще раз высказать свои мысли об одиночестве и его причинах.

Перечислим подробно:

«Старики никому не интересны и не нужны»

«Человек без семьи – одинокий человек»

«В доме престарелых живут только одинокие люди»

«У молодых/детей своя жизнь»

«Негде себя применить»

«Стало не с кем общаться» и т.д.

Далее участникам предлагалось поразмышлять над каждым высказыванием, терапевт в данном случае постепенно подводил к переформулировке неадаптивной мысли в адаптивную.

Например, тезис «человек без семьи – одинокий человек».

Было предложено поразмышлять, что такое семья – муж, жена, дети, более расширено – внуки, правнуки и т.д. Далее выяснялось, что у большинства участников есть внуки, племянники, правнуки и другие родственники, которые с удовольствием навещают пожилых, то есть смерть мужа/жены, отсутствие детей – не повод считать семью отсутствующей.

Тренинг управления тревогой

Многие пожилые люди переполнены тревогой. Мышечная и дыхательная релаксация, отвлечение внимания на описание простых объектов помогают справляться с ней. Например, участникам дается инструкция «Описать цвет каждого предмета в комнате» с целью отвлечь от тревожных переживаний.

Всем участникам также предлагалось возобновить свои хобби или попытаться начать заниматься чем-то новым.

Дневник размышлений

Всем участника с самого начала работы было предложено вести дневник своих мыслей и переживаний по поводу одиночества. На каждом занятии предполагается работа с этим дневником, выделение адаптивных и неадаптивных мыслей, переформулировка их в дневнике.

На заключительном занятии участникам предлагалось рассказать, почему они не одиноки.

Также был проведен цикл психологических занятий.

Цели программы: привлечь клиентов пожилого возраста к социальному взаимодействию, повышая самооценку, усиливая независимость, ориентацию на реальность и постоянно меняющуюся действительность. Помочь найти имеющиеся ресурсы и сформировать цели, а иногда и смысл жизни для увеличения способности выдержать то, что изменить нельзя; помочь справиться с переживаниями, которые препятствуют нормальному эмоциональному самочувствию и общению.

Предмет психокоррекции – кризисные проявления пожилых людей:

1) Потеря смысла жизни в конце жизненного пути;

2) Одиночество;

3) Социальная изоляция;

4) Ощущение невостребованности, ненужности;

5) Снижение коммуникативных навыков;

6) Дефицит общения;

7) Потеря социальных ролей и функций;

8) Пассивная жизненная позиция;

9) Депрессия и субдепрессия;

10) Страх смерти;

11) Снижение когнитивных функций.

Объект психокоррекции: клиенты пожилого возраста.

В программе представлены групповые приёмы и методы работы с пожилыми людьми, позволяющие выработать у них адаптивное поведение, рациональные установки и механизмы саморегуляции. В результате такой работы снижается уровень депрессии, изменяется направленность мышления и поведения, картина их жизни становится более позитивной.

Методические рекомендации по организации работы по программе

В арсенале современной психологии немало эффективных методов для работы с пожилыми людьми, но это чаще тренинги когнитивных навыков, направленных навосстановление и поддержание функций внимания, памяти, логического мышления и др., а также эмоционального фона. Однако проблемы, с которыми обращаются пожилые люди к психологу, гораздо сложнее, чем угасание некоторых функций. Например, потеря смысла жизни, ощущение глобального одиночества, страх перед возможной беспомощностью дают психологу пищу для размышлений.

Как обеспечить пространство развития личности пожилого человека, чтобы доверить ему самому выбор дальнейшей судьбы и при этом взять ему на себя ответственность за свой выбор; что предпринять, чтобы поиски смысла существования вышли за пределы собственной жизни, ограниченной обеднёнными правами пожилого человека? Работу с пожилыми людьми многие специалисты считают довольно сложной, т.к. под сомнение ставится вопрос о возможности позитивных изменений вообще, не говоря уже об изменениях, происходящих на фоне ухудшения состояния здоровья. Тем не менее, мы эти проблемы решаем, и на наш взгляд, достаточно успешно. Дело в том, что работа психолога является составной частью реабилитационно – оздоровительного комплекса, направленного на восстановление физического и психологического здоровья пожилых людей.

Групповые занятия проводятся 3 раза в неделю длительностью 1,5-2 часа, что вполне достаточно для пожилых людей, т.к. они быстро утомляются и, как правило, не в состоянии адекватно оценить умственную усталость. Чтобы её снять проводятся: релаксация, музыкотерапия, лечебная физкультура, культурно – оздоровительные мероприятия.

Параллельно с групповыми занятиями проводятся индивидуальные психологические консультации, что позволяет отслеживать эмоциональное состояние клиентов и более бережно способствовать изменениям. Во время индивидуальных занятий отвечаем на вопросы, которых у клиентов очень много (время групповых занятий стараемся на это не тратить, т.к. говорят пожилые люди медленно и витиевато, начиная издалека). Поступаем рационально, решая часть вопросов во время индивидуальных консультаций.

Ещё одной особенностью групп пожилых людей является ротация её членов вследствие специфичности: кто-то плохо себя чувствует и не приходит, а кого-то привела подруга, некоторые включаются в группу после индивидуальной консультации. В такой ситуации необходимо сформулировать цели, соответствующие тем условиям жизни групп, которые невозможно изменить. Чего можно достичь в группе, в которой каждое занятие – скорее самодостаточное, чем часть месячного процесса?

Существует много приемлемых и реалистичных целей. Участники могут делиться друг с другом своими проблемами и заботами и таким образом избегать состояния одиночества и ощущения уникальности своих страданий. Мы учим их навыкам общения, чтобы они осознавали, что общение способно оказать им реальную помощь. Целями групповой психотерапии лиц пожилого возраста являются привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самооценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность.

Основной целью наших занятий является самопознание, в ходе которого у пожилого человека может оформиться и отрефлексироваться смысл собственной нынешней (не прошлой) жизни, жизни человека, не утратившего многих способностей, не потерявшего значение для общества, способного к обретению новых качеств преимущественных для его возраста, и способного смотреть на жизнь с точки зрения не только потерь, но и предоставляемых возможностей.

Задача психолога в том, чтобы с помощью Программы помочь найти имеющиеся в распоряжении стареющего человека ресурсы и сформулировать цели, а иногда и смысл жизни для увеличения способности выдержать то, что изменить нельзя. Ницше очень давно написал: “Тот, у кого есть “зачем” жить, может перенести любое “как”.

Работа с пожилыми людьми предъявляет особые требования к составлению программы, а следовательно и к подбору психотерапевтических методик, которые собственно и составили комплекс групповых занятий. То, что искусство исцеляет, люди знали много тысячелетий назад.

Арт-терапия – область психологии и психотерапии, которая практически не имеет противопоказаний и возрастных ограничений, а при правильном использовании дает потрясающие результаты. В арсенале современной психологии и геронтологии не так много методов, которые специалисты могут применять для работы с пожилыми людьми. Мы успешно использовали в практике работы эти методы, нацеленные на восстановление и активизацию телесных, психологических и социальных функций, навыков, возможностей клиентов, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пожилой человек не может справиться самостоятельно.

Арт-терапия – естественный и бережный метод исцеления и развития души, использующий невербальный язык искусства, контактирующий с глубинными аспектами духовной жизни, с внутренней реальностью, складывающейся из мыслей, чувств, восприятий, жизненного опыта. С помощью образов, чувств, бессознательное взаимодействует с сознанием. Зная это, наши специалисты широко используют методы арт-терапии, как на занятиях творческой реабилитаций, так и на психологических занятиях, применяя музыкальное сопровождение, как сопутствующий прием при проведении релаксации, как музыкальный фон к играм.

На психологических занятиях используются разнообразные методы и приемы – это: чтение к размышлению притч, сказкотерапия, пластические движения, рисунок, драматизация. Обнаружение личностных смыслов через творчество даёт эффективность в мотивации жизненной активности пожилых людей.

В качестве средств, способствующих музыкотерапии используются дополнительные приемы: дыхательные упражнения, цветотерапию и живопись, звуковую гимнастику (аутотренинг). Д

ля регуляции психоэмоционального состояния пожилых людей используются:

1. Для уменьшения чувства тревоги, неуверенности:

- мазурки, прелюдии Шопена;

- вальсы Штрауса;

- мелодии Рубинштейна.

2. Для уменьшения раздражительности, разочарования, повышения чувства принадлежности к прекрасному миру:

- Вторая кантата Баха;

-“Лунная соната”, “Симфония ля-минор” Бетховена.

3. Для общего успокоения, удовлетворения:

- Шестая симфония, часть 2 Бетховена;

-“Колыбельная” Брамса;

-“Аве Мария” Шуберта;

-“Ноктюрн соль-минор” Шопена;

-“Свет луны” Дебюсси.

4. Для снятия напряженности в отношениях с другими людьми:

- Концерт ре-минор для скрипки, Двадцать первая кантата Баха;

- Соната для фортепиано, Пятый квартет Бартона;

- Месса ля-минор Брукнера.

5. Для снятия эмоционального напряжения:

- “Дон Жуан” Моцарта;

- Первая Венгерская рапсодия Листа;

- Сюита к драме “Маскарад” Хачатуряна.

6. Для поднятия жизненного тонуса, улучшения самочувствия, активности, настроения:

- Шестая симфония, 3 часть Чайковского;

- Увертюра к трагедии Гете “Эгмонт” Бетховена;

- Прелюдия первая, опус 28 Шопена;

- Вторая Венгерская рапсодия.

7. Для уменьшения злобности, зависти к успехам других людей:

- “Итальянский концерт” Баха;

- Симфония Гайдна.

В комплексе групповых занятий использованы упражнения, игры, диагностические экспресс – методики, разработанные многими известными авторами, а это указывает на то, что они все апробированы и работают эффективно, включая механизмы лечебного действия групповой психотерапии:

1. Интерперсональное влияние – понимание и осознание впечатления, которое участник производит на окружающих, что позволяет ему оценить эффективность своего поведения, скорректировать самооценку и потренироваться в новых способах взаимодействия.

2. Катарсис: очищение своей души и возможность высказать то, что беспокоит пожилого человека, дает ему чувство освобождения (здесь необходимо отметить, что мы не используем глубинных методов, чтобы не спровоцировать повышения тревожности).

3. Групповая сплоченность позволяет избавлению от чувства одиночества, оторваться от однообразия одинокого образа жизни, и в то же время защитить свой мир и стабильность от вторжения посторонних (защите личностного пространства обучают в процессе бесед, дискуссий, игр….)

4. Самопонимание - один из важнейших факторов терапии, способствующего росту любви, мужества, творчества и любознательности, а также снижению страха и враждебности.

5. Экзистенциональные факторы также имеют немаловажное значение для группы пожилых людей, т.к. особенно для них актуальны:

- признание того, что жизнь временами бывает жестокой и несправедливой; - признание того, что нельзя избегать боли, которую причиняют жизнь и осознание смерти;

- признание того, что, несмотря на открытость человека другим, он всегда может столкнуться с одиночеством;

- столкновение с основной проблемной – проблемой жизни и смерти – требует от человека большей честности и меньшей зависимости от мелочей;

- понимание того, что человек должен взять на себя полную ответственность за жизнь, которой живет, независимо от того, в какой мере он зависит от других и получает от них поддержку;

6. Понимание того, что человек не одинок, что другие члены группы также имеют проблемы, конфликты, переживания и симптомы, способствует преодолению эгоцентрической позиции, появлению чувства общности и солидарности с другими, повышает самооценку;

7. Появление надежды на успех коррекции под влиянием улучшения состояния других пациентов и собственных достижений – важный фактор, ориентирующий на оптимистичность перспектив;

8. Возможность в процессе групповой психотерапии помогать друг другу, делать что-то для другого очень действенно, потому что, помогая другим, человек становится более уверенным в себе, ощущает себя полезным и нужным, начинает уважать себя и верить в собственные возможности. Особенно важны такие ощущения для людей с низкой самооценкой. Осознание пожилым человеком того, что он может быть полезен кому-то, выводит его из состояния болезненной самопоглощённости, являющейся одним из симптомов возрастно-ситуационной депрессии, дает ему цель и чувство собственной значимости. Подводя итог вышесказанному, заметим, что психотерапевтический комплекс нацелен не столько на обучение поведенческим навыкам, сколько на приобретение уверенности в себе, высвобождение имеющихся ресурсов, повышение самооценки и культивирование искреннего, эффективного общения.

Комплекс рассчитан на увеличение числа возможных способов поведения человека, отходу от знакомых, стереотипных паттернов и поиску альтернативных, более эффективных способов взаимодействия. Уверенность в себе, которая вырабатывается в процессе занятий, способствует принятию ответственности за свою жизнь, чувства и действия, что, в свою очередь, формирует интернальный локус контроля.

Содержание программы.

Блок 1 “Путь самопознания”.

Задачи: Адаптировать клиентов к условиям реабилитационных занятий по формированию психологической культуры; познакомить с приемами самопознания, самонаблюдения и самоанализа с целью познания себя, своих сильных и слабых сторон, своей уникальности, сравнивая свои особенности с суждениями других; научить приемам АТ (аутогенной тренировки), позволяющей снимать эмоциональное напряжение.

Тема 1 занятия: “Зачем надо себя знать? Или психология-это просто ”

Тема 2 занятия: “Величайший врач мира живет внутри нас ”(искусство самонаблюдения).

Тема 3 занятия: “Коридоры жизни”.

Тема 4 занятия: “Главные часы человека”.

Тема 5,6 занятия: “Среди людей ”.

Блок 2 “Реконструкция жизненных смыслов”.

Задачи: Обеспечить психологическую поддержку пожилым людям при решении самых разнообразных ситуаций, реализуя потребность в решении вопроса о смысле жизни и о формах собственной деятельности на стадии, когда она уже не приносит ничего нового в ощущениях. В процессе занятий подвести клиентов к осознанию того, что отрицая жизненные проблемы, подавляя их в себе, люди платят большую цену - приобретение тревожности, требующей психокоррекции.

Сформировать убежденность, что жизненный сценарий поддается корректировке, лишь только надо “не скорбя благославить” свой возраст, побеждая одиночество, противопоставляя ему радость жизни, настраиваясь на позитивное восприятие окружающего мира посредствам детоксикации разума.

Тема 1 занятия: “Жизненные сценарии. Можно ли изменить судьбу?”.

Тема 2 занятия: “Ударим радостью по старости”.

Тема 3 занятия: “Одиночество. Как его можно победить?”.

Тема 4 занятия: “Новый взгляд на здоровье. Детоксикация”.

Тема 5 занятия: “Манипуляции людьми. Внимание! Вас вербуют в секты”

Блок 3 “Рецепты психологического здоровья”.

Задачи: Помочь пожилым людям осознать собственную ответственность за свое здоровье, поведение, разрушающее здоровье. Дать практические рекомендации по направлению их усилий на сохранение здоровья и восстановление эмоционального равновесия.

Тема 1 занятия: “Солнечная сторона привычного пробуждения. Защитные функции сна.”

Тема 2 занятия: “Негативные мысли. Как от них избавиться.”

Тема 3 занятия: “Как укротить дракона по имени “Раздражительность»

Тема 4 занятия: “Чувство беспокойства. Как с ним справиться.”

Тема 5 занятия: “Апатия. Как с ней справиться”

Блок 4 “Саморегуляция”.

Задачи: Способствовать изменению самосознания и развитию самоисследования для коррекции эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений. Помочь клиентам восстановить измененные когнитивные функции их психике.

Тема 1 занятия: “Безобидный тренинг.”

Тема 2 занятия: “Что-то с памятью моей стало?”

Тема 3 занятия: “Повышаем самооценку. ”

Тема 4 занятия: “Развиваем стрессоустойчивость, побеждаем депрессию.”

Тема 5 занятия: “Энергетические вампиры, кто они? Приёмы психологической защиты”

Блок 5 “Уроки жизни”

Задачи: Помочь клиентам внести в свою жизнь необходимые изменения, содействуя процессу личностной корректировки, реализации творческого и духовного потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха. Стимулировать рост духовно-нравственного потенциала в гендерных отношениях.

Тема 1 занятия: “Здоровый стиль жизни”

Тема 2 занятия: “Как защитить себя от алкоголика”

Тема 3 занятия: “Путь сильнее человека ”

Тема 4 занятия: “Два берега одной реки”

Тема 5 занятия: “Давайте жить, чтобы жить”

### 2.3 Эмпирические результаты

Результаты опроса показали, что 70% пожилых людей испытывают чувство одиночества, считают себя одинокими людьми. При этом выяснилось, что у 85% есть родственники, 60% пожилых людей регулярно навещают, 50% ответили, что у них есть друзья и приятели.

Какие-либо увлечения или хобби имеют 35% испытуемых.

На вопрос, почему пожилые люди одиноки, были получены следующие наиболее распространенные ответы:

«Не стало семьи (умер супруг/супруга, разъехались дети и т.д.)»

«Старики никому не нужны»

«У детей своя жизнь»

«Нечем заняться»

Результаты исследования уровня ощущения одиночества представлены на рисунке 1 (Приложение 2).

Рис. 1. Распределение пожилых людей по уровню ощущения одиночества

Из рис. 1 видно, что 30% испытывают сильное чувство одиночества, 40% - умеренное и 30% пожилых людей не испытывают его.

Результаты измерения тревоги представлены на рисунке 2.

Рис. 2. Уровни тревоги у пожилых людей

25% испытуемых имеют высокий уровень тревоги, 45% - умеренный уровень, у 30% тревога не выражена (Приложение 3).

Результаты исследования уровня депрессии пожилых людей представлены на рисунке 3.

Рис. 3. Уровни депрессии пожилых людей

У 25% испытуемых отсутствуют признаки депрессии, у 40% наблюдается легкая депрессия (субдепрессия), у 30% - умеренная депрессия, у 5% выраженная депрессия, тяжелой депрессии не зафиксировано.

Таким образом, можно увидеть, что большинство испытуемых пожилых людей испытывают чувство одиночества, тревоги, депрессии.

После проведения занятий было проведено повторное тестирование.

Результаты исследования уровня ощущения одиночества представлены на рисунке 4.

Рис. 4. Распределение пожилых людей по уровню ощущения одиночества после терапии

Из рис. 4 видно, что 20% продолжают испытывать сильное чувство одиночества, 30% - умеренное и 50% пожилых людей не испытывают его.

Сравнение средних показателей уровня ощущения одиночества у пожилых людей до терапии и после представлено на рисунке 5.

Рис. 5. Сравнение средних показателей уровня ощущения одиночества у пожилых людей до терапии и после

Средние показатели ощущения одиночества после проведения сеансов когнитивной терапии снизились.

Результаты повторного измерения тревоги представлены на рисунке 6.

Рис. 6. Уровни тревоги у пожилых людей после проведения терапии

15% испытуемых имеют высокий уровень тревоги, 55% - умеренный уровень, у 35% тревога не выражена.

Сравнение средних показателей тревоги показано на рисунке 7.

Рис. 7. Средние показатели тревоги до терапии и после

Показатели тревоги после проведения терапии снизились.

Результаты повторного исследования уровня депрессии представлены на рисунке 8.

Рис. 8. Уровни депрессии пожилых людей

У 35% испытуемых отсутствуют признаки депрессии, у 30% наблюдается легкая депрессия (субдепрессия), у 35% - умеренная депрессия.

Сравнение средних показателей депрессии до терапии и после представлены на рисунке 9.

Ян Щепаньский — один из тех великих социологов современного мира, который сформулировал несколько десятилетий тому назад проблемы, не имеющие однозначного решения.

В монографии «Элементарные понятия социологии» Ян Щепаньский определил ценности как всеобъемлющее отношение между людьми. Понятие «ценности» является базовым в этике, морали, экономике, социологии, политике и т.д. Сложно назвать вид жизнедеятельности человека и отрасль производства, осуществление которых возможно без формирования системы ценностей и механизмов их реализации. Ценности, которые исповедуют элиты, ученые и обыватели, к глубочайшему сожалению, часто не совпадают, а иногда лежат в основе противоречий развития цивилизации.

Слова Яна Щепаньского, что именно ценности обеспечивают не только внутреннее равновесие человека, его согласие с самим собой, но и формируют механизмы их реализации. Необходимость обращения к социологии Яна Щепаньского в вопросах культуры важно еще и потому, что он сформулировал свою социологию на основе богатого опыта предшественников. Представители гуманитарной науки давно пытаются максимально использовать методологию естествознания.

Как свидетельствует современная практика проведения научно-практических конференций, форумов гуманитарной направленности, все чаще и чаще звучат призывы о необходимости математизации научных исследований человека. Противоречивость использования теории вероятностей, математической статистики заключается в том, что в сфере человеческих отношений сложно пренебречь даже малейшими проявлениями человеческих эмоций. Знаменитые Ильф и Евгений Петров, когда-то заметили, что происходит с людьми, которые в трамвае начали ругаться утром. Они передадут свое настроение всем до конца дня. Погасить эмоции сложно не только в литературном трамвае.

Эмоции в большей степени связаны с инстинктами человека, которые могут быть по утверждению Я. Щепаньского детерминированы как социальными институтами, так и биологией. Обращение к естественнонаучной методологии в гуманитарном изучении человека нельзя рассматривать как панацею. Тем более, что многие проблемы формирования общей и индивидуальной культуры человека, ее роли в познании и предвосхищении острых проблем общественного развития, носят в большей степени гипотетический характер. Сложно назвать хотя бы одно экономическое действие, которое полностью не имело бы эстетической, культурной и моральной составляющей. Производство, приобретение и использование экономического блага всегда сопровождается определенными переживаниями, постоянно насыщаются действующими ценностями. Общество стремится к новому типу развития. Но оно возможно на пути неразрывного соединения ценностных моральных, нравственных убеждений и материального производства. Высокий уровень разделения морального и материального оказывает серьезное негативное воздействие на конечный результат. Игнорирование важности общей культуры человека в процессе выполнения профессиональных обязанностей выражается в наличии противоречий между «желаниями и свершениями».

Обращение к социологии Яна Щепаньского вызвано тем, что многие проблемы, которые ученый поднимал более 50 лет тому назад, остаются современными. Научный труд «Элементарные понятия социологии» использован нами как важнейший источник социологического знания о роли поведения человека не только в решении, но и порождении многих проблем общественного развития и культуры, прежде всего. Только на первый взгляд может показаться, что труд Яна Щепаньского «Элементарные понятия социологии» далек от научного осмысления культуры в жизни человека и общества. Такое восприятие возможно только в случае упрощенного толкования понятия «культура». Правы будут и те, кто сделает замечание об отсутствии у ученого специальных работ по проблемам культуры. Философское и социологическое осмысление культуры основано на методологических принципах, идеях, которые проходят через всю названную работу. Целесообразность оценки существующих проблем общественного развития через культурные традиции, состояние общей и индивидуальной культуры обусловлена нынешним противоречивым состоянием научного поиска в гуманитарной сфере. С одной стороны гипотетически признана важность влияния ценностных убеждений, позиций человека на тенденции в развитии цивилизации. А с другой — широко распространено поклонение перед материально-вещественными факторами производства, настойчиво реализуется упрощенное представление о роли человека. В последние годы даже система образования нацелена на удовлетворение сиюминутных потребностей производства.

Научные и практические проблемы в «Элементарных понятиях социологии» сформулированы таким образом, что позволяют нам выстроить некоторую условную иерархию проблем культуры на современном этапе общественного развития. Монография начинается с анализа процесса формирования и использования понятий и категорий в науке. Коммуникации (им сегодня уделяется много внимания) важны не только в науке, производственной деятельности, обыденной практике общения, но и выстраивании отношений между различными государствами, народами и т.д. По сути простая, на первый взгляд, проблема человеческого общения на практике оборачивается нарушениями взаимоотношений не только на бытовом, но и политическом уровне. Умение слушать, понимать, принимать и уважать точку зрения собеседника, партнера остаются неизменной компонентой человеческих отношений на протяжении существования цивилизации. Содержание коммуникаций гипотетически отражает действующие системы связей между материальным и духовным факторами. Каждое поколение людей решает обозначенные проблемы в меру сил и возможностей, обусловленных социально-культурным уровнем развития общества. Материальные свойства благ, особенно те, которые позволяют максимизировать некую абстрактную прибыль, прочно завладели умами людей, в конечном итоге стали основой противоречий между материальными и духовными ценностями.

В ситуации, когда в качестве важнейшей цели государства выступает материальное богатство, ценность человеческой жизни рассматривается в сопоставлении с объемами материального богатства. Культура взаимоотношений, культура поведения не оказывают прямого воздействия на достижение поставленных целей. Они формируют социальный механизм влияния целей и ценностей на общественную жизнь.

В структуре общественных благ находятся наука, культура, моральные и нравственные ценности. Последние крайне редко рассматриваются как достойные изучения, финансирования и развития. Проблема общественных благ давно вышла за пределы абстрактной экономической теории. В противоположность материальным ценностям слабо изучены источники возникновения и реализации системы ценностей в жизни человека. Экономисты не станут оспаривать тот факт, что потребленные материальные блага теряют свою ценность, не потребленные постоянно изнашиваются. Духовные блага обладают уникальными свойствами, т.е. не способны изнашиваться, терять свою полезность. Они не поддаются расчетам, с ними невозможно конкурировать, но их можно накапливать и через них оказывать решающее воздействие на темпы и виды экономического роста.

Моральные, нравственные ценности имеют свою иерархию. Научная и практическая проблема выбора ценностей заключается в определении механизмов их восприятия и использования. С точки зрения экономической науки можно установить следующую корреляционную зависимость, чем выше значимость культурных ценностей, тем хуже они воспринимаются. Например, говорить на хорошем литературном языке гораздо сложнее, чем на уличном жаргоне, терпеливо объяснять свое восприятие того или иного события явления сложнее, чем оказывать моральное или физическое воздействие. Мы обращаем на это внимание по ряду причин. Важнейшей считаем предпринимаемые реальные шаги по сокращению затрат на гуманитарное образование и воспитание.

Бесспорно, что ценности — это социокультурный продукт, который формируется по своим особым законам. Представители разных философских школ неоднократно предпринимали попытки обосновать природу происхождения ценностей. Наиболее простое, удобное для понимания объяснение источника их возникновения обосновал К. Маркс. По логике марксизма общественное сознание изменяется вслед за преобразованием материально-технической базы. Стоит только улучшить структуру, увеличить объемы материального богатства и сознание, как основная форма выражения культуры человека, радикально изменится. В жизни все оказалось намного сложнее.

Практика строительства социализма, а затем реформирования социально-экономических отношений наглядно продемонстрировали, что ценности формируются и изменяются по своим законам, не существует прямой корреляционной зависимости между величиной материального богатства и иерархией ценБесспорно, что ценности — это социокультурный продукт, который формируется по своим особым законам. Представители разных философских школ неоднократно предпринимали попытки обосновать природу происхождения ценностей. Наиболее простое, удобное для понимания объяснение источника их возникновения обосновал К. Маркс. По логике марксизма общественное сознание изменяется вслед за преобразованием материально-технической базы. Стоит только улучшить структуру, увеличить объемы материального богатства и сознание, как основная форма выражения культуры человека, радикально изменится. В жизни все оказалось намного сложнее. Практика строительства социализма, а затем реформирования социально-экономических отношений наглядно продемонстрировали, что ценности формируются и изменяются по своим законам, не существует прямой корреляционной зависимости между величиной материального богатства и иерархией цен ностей. Пока ясно только то, что определил Ян Щепаньский «Система ценностей определяет выбор средств удовлетворения потребностей и интересов, определяет предпочтение в стремлениях».

В начале ХХ1 века гуманитарное знание, в том числе и социология оказались в очень сложном положении. Причин много, но глубинные истоки ситуации — в преклонении перед материальными и вещественными факторами. Ян Щепаньский писал: «Социология, как всякая наука, опирается на некоторый комплекс основных предпосылок, касающихся исследуемой реальности». Значимость социологических исследований в получении объективной информации о соотношении официальных ценностей и неформальных определяется степенью разрешения противоречий между теорией и практикой. В настоящее время можно наблюдать удивительную ситуацию, характеризующую не только состояние социологии, но и культуры в целом. Социологические исследования все чаще проводятся по индивидуальным заказам, растет количество отраслевых социологий. Если на начальном этапе становления социологического знания отмечался некоторый уклон в сторону психологии, то в настоящее время лидирующие позиции начинают занимать социологические исследования, что называется на «злобу дня». Чаще всего проводятся прикладные исследования, которые «ближе к маркетингу», чем собственно формированию социологического знания о проблемах, противоречиях, тенденциях развития современного общества. Кто-то может сказать: «Какое отношение имеет современное состояние социологии к проблемам культуры?» На наш взгляд, самое непосредственное. Если даже важнейшая гуманитарная наука отдает предпочтение мелким темам, то абсолютно естественно, что и обычный человек реализует прежде всего сиюминутные цели. Философское и социологическое видение культуры, процесса ее развития остаются вне предмета системных исследований. Общеизвестно, что «не все продукты человеческой деятельности входят в культуру».

По меткому выражению Яна Щепаньского, социология не использует в поной мере свою особую роль. Социологию отличает от других наук то, что она должна направлять свои усилия на поиски законов, явлений, возникающих между людьми, исследование структур, то есть законов взаимного приспособления людей друг к другу в общностях...». Высокие требования к социологии и социологической науке Ян Щепаньский обосновывает тем, что творцы социологии в Х1 Х веке были людьми с широким гуманитарным и общественным образованием, и не из чистой фантазии они очертили границы социологических исследований. Нынешнее состояние эмпирических исследований, на наш взгляд, иногда напоминает ситуации с «соломенными опросами». Автором данного термина считается известный английский юрист, политик и ученый, один из наиболее эрудированных людей своего времени Джон Селден (1584-1654). Под такими опросами понимаются обычно те, которые проводятся по упрощенной схеме, нерепрезентативным выборкам. Качество подготовки и проведения исследования заменяется информацией, которая заранее известна.

Публикации о результатах таких исследований стали нормой. Изучение структурных элементов социокультурных явлений и процессов все чаще становятся научной редкостью. Широко распространенное заимствование методов естествознания толкают исследователей к поиску простейших образований, таких как това у К. Маркса или атом в физике. Упрощение способно привести не только к своего рода «недоразумениям» в науке, но и потерям человеческих жизней, материальных богатств. Ярчайший пример упрощенной подготовки научного исследования и практического эксперимента — это Чернобыльская катастрофа. К сожалению, именно социальные механизмы подготовки и реализации различных технологических и технических новшеств пока находятся за пределами предмета социологических исследований. Подготовка любого исследования требует изучения широкого спектра мнений, организации полномасштабных дискуссий, при проведении которых точка зрения, несовпадающая с официальной, не может отождествляться с «вражеской позиций». Социалистические стереотипы гипотетически оказались очень сильными. Что их подпитывает сегодня, ответить сложно, но необходимо.

Социализация, установление ценностей, образцов и моделей поведения все чаще оказываются уделом энтузиастов науки. Изучение проблем и получение информации с помощью которой невозможно в краткосрочном периоде получить рост материального богатства активно поддерживается в основном на вербальном уровне. Семья и школа были всегда теми островками, где закладывались принципы морали и нравственности, формировали структуру и принципы отношений «человек — социальная группа — государство — отношение человека к самому себе»: «Для него культура — это уже готовый мир, в который он должен войти, обучаясь многим вещам в течение многих лет». Чему и как может обучиться будущий гражданин страны, если с самого рождения лишен семьи. Количество детей, которые находятся на попечении государства в последние десятилетия, к сожалению, не сокращается.

Культура определяет сущность и характер всех принимаемых экономических и производственных решений. Об отношениях власти к человеку можно прочитать и прослушать огромное количество негативной информации. Подавляющее большинство решений власть принимает, руководствуясь своими ценностями, принципами и методами удовлетворения собственных потребностей.

Противоречия между культурой власти и общества постоянно находится в центре внимания. Правда они обсуждаются чаще всего с позиций личного поведения того или иного руководителя государства или представителя властной вертикали. Эмоциональные и продолжительные, но пока безрезультатные попытки выбрать или назначить достойных людей на государственные должности обусловлены прежде всего тем, что основное внимание сосредоточено на личностных характеристиках. Любая критика, направленная на отдельные личности оказывается бессмысленной. В терминах философии культуры область культуры власти пока остается вне первичных интересов общества. Обозначенная ситуация отражает силу преклонения перед материальным богатством. Действующая методология финансирования научных исследований основана на жестком требовании «получить экономический эффект». Изначально понятно, что исследования по проблемам культуры не принесут экономического эффекта. И если бы специалисты в области изучения проблем профессиональной, властной культуры, механизмов их влияния на результаты производства и жизнедеятельности, попытались каким-то образом рассчитать, то определить стоимость моральных, нравственных ценностей пока невозможно.

Сущность постиндустриальной экономики описывается по-разному. Мы не будем приводит примеры существующих точек зрения на проблему. В нашем понимании постиндустриальная экономика может быть представлена как интеграция технического, экономического и культурно-естественного знания и умения, высокой профессиональной культуры и гражданской ответственности. Последняя в принципе немыслима без высокого уровня общей культуры человека. Интеграция — это не просто модное и часто произносимое слово, это особое состояние социально-экономического развития и научных исследований. Интеграция науки, техники, культуры, экономики производства товаров, услуг, культуры управления приобретают реальное значение. Эстетические, культурные условия и факторы ежедневного труда на производстве, проведения досуга и организации потребления становятся неотъемлемой составляющей развития человека и цивилизации.

В современном обществе каждый человек пользуется услугами и сам принимает непосредственное участие в функционировании множества общественных институтов. Рождается, воспитывается в семье и учебных заведениях, работает на различных предприятиях, пользуется общественным транспортом, железной дорогой, получает информацию из газет, радио, телевидения, и т.д. Каждый человек для удовлетворения своих потребностей, реализации целей и получения ценностей вступает в различные социальные отношения, использует разные контакты и сам одновременно воздействует на других людей. Люди редко задумываются о том, что «приветствия, выражения пожеланий. проведение собраний, способы обращения к вышестоящим лицам и другие подобные явления общественной жизни регулируются сложной системой социальных институтов, обычно неформализованных, но тем не менее мощных и очень успешно действующих». Через формальные и неформальные связи, приобретение различных знаний и навыков проявляется культура человека, социальных слоев и общества в целом. В ХХ1 веке перед человеком встала проблема сохранения высокого уровня развития цивилизации.

Процессы человеческой жизнедеятельности можно условно поделить на несколько основных компонентов. Питирим Сорокин охарактеризовал их содержание следующим образом. Во-первых, это мыслящие, действующие и реагирующие люди. Во-вторых, значения, ценности и нормы, благодаря которым индивиды взаимодействуют, осознавая их и обмениваясь ими. В-третьих, открытые действия . как двигатели или проводники, с помощью которых объективируются и социализируются нематериальные значения и ценности. (2, 193). Ян Щепаньский расширил классификацию развития общественных систем. «Взаимно связанная система институтов общества образует сплоченную систему, обеспечивающую удовлетворение потребностей членов общности, регулирующую их поведение и обеспечивающую развитие общности как целого. ... Особенно важной является проблема «эластичности» институтов в процессах изменений и общественного развития.».

Теория культуры давно обособилась от рациональности в экономической и производственной деятельности. Экономика, естествознание существуют и развиваются как отдельные подсистемы общества. В социологии существует понятие «зависимости». Высоко абстрактное теоретизирование о предмете экономики или естествознания практически игнорирует влияние поведения человека на экономическую результативность. «... Возникает вопрос, позволяют ли социальные зависимости, будучи зависимостями, возникающими из возможности формирования чужого поведения, исследовать себя так же, как зависимости между предметами, явлениями и процессами, происходящие в природе, а следовательно можно ли устанавливать постоянные законы зависимости, позволяющие делать прогнозы». Эти слова Яна Щепаньского необходимо, на наш взгляд, оценивать как ключевое направление исследований источников, механизмов и результатов реально существующих зависимостей между общей культурой человека и социально-экономическим развитием общества. «зависимость - это определенный элемент социального отношения, . сложная система, при которой между партнерами возникает определенная зависимость».

Любое общество постоянно должно осваивать новые принципы общей и производственной культуры, и при этом сохранять прежние. В последние годы все сильнее проявляется ностальгия по традиционной культуре. Бесспорно, что многие нравственные основы поведения культурного человека способны оказать благотворное воздействие. Однако проблема заключается в постоянно и быстро меняющемся производстве. Рационально организованное производство требует от человека высокой концентрации внимания, ответственности, коллективизм заменяется индивидуализмом. Перед человеком все чаще встает выбор: для чего работать. Принуждение медленно, но настойчиво уходит в прошлое. Освобождение от обязательного труда оказалось слишком тяжелым. Определенная часть населения в ходе реформ продемонстрировало ложное понимание свободы.

Экономика услуг зарождается и развивается на основе индивидуального труда. Формирование ценностной ориентированности новой культуры — это реальная потребность современного этапа развития общества. Осуществление обозначенного процесса ставит на повестку дня вопрос о социальном контроле. Ян Щепаньский обратил особое внимание на сложность и противоречивость становления институтов социального контроля. «Не всякое поведение в одинаковой степени поддается надзору со стороны общества. Технократизация общественной жизни привела к ослаблению роли группового взаимодействия. Непосредственные контакты заменяются опосредованными. Слова Яна Щепаньского об индивидуальной интерпретации контроля собственного поведения, звучат как никогда своевременно.

Рис. 9. Средние показатели депрессии до терапии и после

После проведения когнитивной терапии средние показатели депрессии также снизились.

Для выявления достоверных различий в показателях диагностических методик был использован критерий Вилкоксона (таблица 1).

Таблица 1

Анализ статистической достоверности различий в показателях одиночества, тревоги и депрессии у пожилых людей до проведения терапии и после

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | До терапии | После терапии | Т | Р |
| Одиночество | 34,8 | 25,4 | 35 | 0,05 |
| Тревога | 33,7 | 26,6 | 38,5 | 0,05 |
| депрессия | 23,7 | 16,9 | 43 | 0,05 |

Все различия достоверны. Это означает, что после проведения терапии уровень депрессии, одиночества, тревоги снизился достоверно.

### Выводы по 2 главе

Результаты опроса показали, что 70% пожилых людей испытывают чувство одиночества, считают себя одинокими людьми. При этом выяснилось, что у 85% есть родственники, 60% пожилых людей регулярно навещают, 50% ответили, что у них есть друзья и приятели.

Какие-либо увлечения или хобби имеют 35% испытуемых.

На вопрос, почему пожилые люди одиноки, были получены следующие наиболее распространенные ответы:

«Не стало семьи (умер супруг/супруга, разъехались дети и т.д.)»

«Старики никому не нужны»

«У детей своя жизнь»

«Нечем заняться»

30% испытывают сильное чувство одиночества, 40% - умеренное и 30% пожилых людей не испытывают его; 25% испытуемых имеют высокий уровень тревоги, 45% - умеренный уровень, у 30% тревога не выражена;

У 25% испытуемых отсутствуют признаки депрессии, у 40% наблюдается легкая депрессия (субдепрессия), у 30% - умеренная депрессия, у 5% выраженная депрессия, тяжелой депрессии не зафиксировано.

Таким образом, можно увидеть, что большинство испытуемых пожилых людей испытывают чувство одиночества, тревоги, депрессии.

В качестве метода работы были выбраны элементы когнитивной терапии, арт-терапии, поведенческой терапии.

Повторное тестирование показало, что у пожилых людей достоверно снизился уровень ощущения одиночества, тревоги и депрессии. Это свидетельствует об эффективности выбранного метода.

### Заключение

Одиночество – это негативное субъективное переживание, связанное с чувством оторванности, изоляции от людей, ощущение собственной ненужности.

Большинство исследователей признает, что ситуативное, кратковременное одиночество – необходимая часть человеческой жизни, а хроническое одиночество свидетельствует о личностном неблагополучии человека, наличие психологических проблем.

В определенные периоды жизни человек подвержен одиночеству в большей мере, чем в другие периоды, в частности, проблема одиночества актуальна для старости. Можно выделить социальные факторы:

- смерть одного из супругов, уход друзей, взросление детей, уход на пенсию;

- сужение круга социальных контактов из-за ухудшения здоровья;

- отношение к старости в обществе.

- ухудшение материального положения.

Психологические факторы:

- ухудшение коммуникативных навыков;

- самоизоляция;

- возрастные изменения личности, например, усиление акцентуаций;

- чувствительность к стрессу и понижение социально-психологической адаптации.

Следствием ощущения одиночества часто становятся различные виды депрессии и тревожные расстройства. Все это негативно сказывается на психологическом здоровье пожилых людей.

Когнитивная терапия как направление зародилась на западе в 60-70 гг. на базе психоанализа. Это направление в психотерапии, в котором основное внимание уделяется познавательным структурам психики с упором на личность, личностные конструкты и в целом на логические способности.

В целом, когнитивная терапия — это директивный, структурированный и ориентированный на мишени подход, в основе которого лежит когнитивная модель различных расстройств или дисфункционального поведения.

В рамках когнитивной модели когнитивной терапии интегрирует множество различных техник, как оригинальных, так и заимствованных из других психотерапевтических систем — гештальттерапии, психодрамы, бихевиоральной и клиент-центрированной терапии. Отличительная особенность когнитивной терапии заключается в тщательной экспериментальной проверке всех теоретических построений, лежащих в основе терапевтических принципов, и оценках ее эффективности.

Когнитивная терапия работает с иррациональными установками, атрибуциями, стереотипами, которые выступают причиной нарушений в поведении. Сегодня этот метод применяется в работе с депрессией, посттравматическим расстройством, различными зависимостями, деменцией, тревогой, фобиями, шизофренией и многими другими психическими и личностными расстройствами.

Можно предположить, что данный вид терапии может быть целесообразен и в работе с одиночеством пожилых людей.

Результаты опроса показали, что 70% пожилых людей испытывают чувство одиночества, считают себя одинокими людьми. При этом выяснилось, что у 85% есть родственники, 60% пожилых людей регулярно навещают, 50% ответили, что у них есть друзья и приятели.

Какие-либо увлечения или хобби имеют 35% испытуемых.

На вопрос, почему пожилые люди одиноки, были получены следующие наиболее распространенные ответы:

- «Не стало семьи (умер супруг/супруга, разъехались дети и т.д.)»

- «Старики никому не нужны»

- «У детей своя жизнь»

- «Нечем заняться».

30% испытывают сильное чувство одиночества, 40% - умеренное и 30% пожилых людей не испытывают его; 25% испытуемых имеют высокий уровень тревоги, 45% - умеренный уровень, у 30% тревога не выражена;

У 25% испытуемых отсутствуют признаки депрессии, у 40% наблюдается легкая депрессия (субдепрессия), у 30% - умеренная депрессия, у 5% выраженная депрессия, тяжелой депрессии не зафиксировано.

Таким образом, можно увидеть, что большинство испытуемых пожилых людей испытывают чувство одиночества, тревоги, депрессии.

В качестве метода работы были выбраны элементы когнитивной терапии, арт-терапии.

Повторное тестирование показало, что у пожилых людей достоверно снизился уровень ощущения одиночества, тревоги и депрессии. Это свидетельствует об эффективности выбранного метода.

Гипотеза исследования подтвердилась.

### Список литературы

1. Абраменкова, В.В. Проблема отчуждения в психологии Текст. / В.В. Абраменкова // Вопросы психологии. 1990. - №1. — С. 5-121.
2. Александрова М.Д. Старение: социально-психологический аспект // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С.177-182.
3. Анурин В. Некоторые проблемы социологии старости // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С.87-90.
4. Баринова Ж.В. Медико-социальная помощь и социально-психологическая адаптация пожилых людей : Автореф. дис.... к.м.н. - Уфа, 2001. - 26 с.
5. Бацман Р. Духовные проблемы пожилых людей // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты: Сб. трудов / Под ред. А.В. Флинта. - М.: Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. - С.53-92.
6. Бек А., Раш Ф., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. М.-СПб.: Питер, 2003. – 436 с.
7. Бек А., Фриман А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. М.-СПб.: Питер, 2002. – 348 с.
8. Биксон К. Тора, Пепло Летиция Энн, Рук С. Карен, Гудчайлдс Д.Жаклин. Жизнь старого и одинокого человека // Лабиринты одиночества / Сост., общ. ред. и предисл. Н.Е.Покровского. – М.: Прогресс, 1989. С. 485-511.
9. Большой психологический словарь // Под ред. Б.Г. Мещеряковой, В.П. Зинченко. СПб, 2006. – 769 с.
10. Вейс Р.С. Вопросы изучения одиночества // Лабиринты одиночества. - М., Прогресс, 1989. – С. 34-43.
11. Гаранян Н.Г. Практические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. 1996. № 3. С. 29-48.
12. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста и проблема психической компенсации // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С. 250-255.
13. Дементьева Н.Ф. Изучение потребностей пожилых в медико-социальной помощи // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С.295-302.
14. Долгинова, О.Б. Изучение одиночества как психологического феномена Текст. / О.Б. Долгинова // Практическая психология: 2000. - №4. - С. 28-36.
15. Друзь В.Ф., Будза В.Г. и др. Клинические и социальные аспекты одиночества психически больных позднего возраста // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С.303-307.
16. Ермолаева М.В. Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости. «Психология зрелости и старения». Весна, 1999 (5). М., «Центр Геронтолог», 1999. – 176 с.
17. Зозуля Т.В. К проблеме профилактики психических расстройств пожилого возраста // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С. 308-313.
18. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 238 с.
19. Зозуля Т.В. Психическое здоровье пожилых людей. Методическое пособие для социальных работников. М.: АНО «СПО «СОТИС»,  2008. – 346 с.
20. Золотарева Т.Ф., Минигалиева М.Р. Социально-психологическая помощь в центрах социального обслуживания. М.: Союз, 2000. – 288 с.
21. Иванченко, Г.В. Возрасты одиночества Электронный документ. / Г.В. Иванченко // Развитие личности. — 2007. №1. — С.55-80 (http://rl-online.ru/2008/l-2007/120075580.pdf).
22. Калиш Р. Пожилые люди и горе: Реферативный обзор // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С.322-326.
23. Керкхоф А., Диекстра Р., Хиршхорн П., Виссер А. Возможности предотвращения суицида среди людей пожилого возраста // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С.344-348.
24. Кирдяшкина Т.А. Проблемы геронтопсихологии: учеб. пособие. - Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2002. - 29 c.
25. Кларк Маргарет и Гэллатин Эндерсон Барбара. Одиночество и старость // Лабиринты одиночества / Сост., общ. ред. и предисл. Н.Е.Покровского. – М.: Прогресс, 1989. – с. 56-63.
26. Козлов А.А. Социальная геронтология: Учебно-методические мат-лы по курсу. - М., 1995. - С.6-23.
27. Козлова Т.З. Социальное время пенсионеров: этапы самореализации личности. М., 2003. – 286 с.
28. Кон, И.С. Многоликое одиночество // Знание сила. -1986.-№12.-С. 40-42.
29. Корчагина, С.Г. Психология одиночества: учебное пособие. — М.: Московский психолого-социальный институт, 2008. — 228с.
30. Краснова О.В., Козлова Т.З. Старшее поколение: гендерный аспект. М.: ИС РАН, 2007. – 356 с.
31. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения. М., 2002. – 454 с.
32. Краснова, О.В. Социальная психология старости Текст. / О.В. Краснова, А.Г. Лидере. М.:Издательский;центр «Академия», 2002. - 288 с.
33. Кузнецов, О.Н. Психология и психопатология одиночества. - М.: «Медицина», 1972. - 336 с.
34. Лабиринты одиночества. / Сост., общ. ред. и предисл. Н.Е.Покровского. – М.: Прогресс, 1989. – 236 с.
35. Лихи Р., Сэмпл Р. Посттравматическое стрессовое расстройство: когнитивно-бихевиоральный подход // Московский психотерапевтический журнал. - 2002. - № 1. - C. 1—18.
36. Майленова, Ф.Г. Два лика одиночества Текст. / Ф.Г. Майленова // Человек. 2002. - №2. - С. 26-31.
37. Максимова С.Г. Социально-психологические особенности личности позднего возраста. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 1998. - 99 с.
38. Максимова С.Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2001. - 223 с.
39. Мардахаев Л.В. Социальная педагогика: Курс лекций / Под ред. В.И.Беляева. – М.: Издательство МГСУ, 2002. – 232 с.
40. Марцинковская Т.Д. Особенности психического развития в позднем возрасте // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С.127-130.
41. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. Москва-Воронеж, НПО, МОДЭК. 2000. – 348 с.
42. Пепло Л.Э., Мицели М., Мораш Б. Одиночество и самооценка// Лабиринты одиночества. - М., Прогресс, 1989. – С. 67-78.
43. Пепло Л.Э., Перлман Д. Теоретические подходы к одиночеству // Лабиринты одиночества. - М., Прогресс, 1989. – С. 45-52.
44. Покровский Н. Человек, одиночество, гуманизм// Лабиринты одиночества. - М., Прогресс, 1989. – С. 79-84.
45. Психология зрелости и старения. Весна, 1998. М., «Центр Геронтолог», 1998. – 365 с.
46. Рассел Д. Измерение одиночества // Лабиринты одиночества. - М., Прогресс, 1989. – С. 33-39.
47. Рубинстайн К., Шейвер Ф. Опыт одиночества// Лабиринты одиночества. - М., Прогресс, 1989. – С. 21-27.
48. Садлер У.А., Джонсон Т.Б. От одиночества к анемии// Лабиринты одиночества. - М., Прогресс, 1989. – С. 28-34.
49. Симонова, H.H. Социальная изоляция пожилых людей Текст. / H.H. Симонова // Вестник Росс. Туманит. Науч. Фонда. 1998. - №4. - С. 69-74.
50. Скорова, О.И. Психологические аспекты одиночества Электронный документ: <http://hpsy.ru/public/x2892.htm>.
51. Слободчиков, В.И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека: Развитие субъективной реальности в онтогенезе Текст. / В.И. Слободчиков, Е.И. Исаев. — М.: Школьная Пресса, 2000. - 416 с.
52. Соколова, Е.Т. Психологическое исследование личности: проективные методики Текст. / Е.Т. Соколова. М., ТЕИС, 2002. - 150 с.
53. Страшникова К.А., Тульчинский М.М. Социально- психологическая помощь и поддержка пожилых в культурной среде // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Академия, 2003. - С.392-396.
54. Тибилова А.И. Восстановительная терапия психически больных позднего возраста. – М.: Медицина, 1991. – 348 с.
55. Хараш, А.У. Психология одиночества // Педология/новый век. 2000. - №4.- С. 67-75.
56. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия и перспективы ее развития в России // Московский психотерапевтический журнал. - 2001. - № 4. - C. 6-18.
57. Холмогорова А.Б. Философско-методологические аспекты когнитивной психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - 1996. - № 3. - C. 7-28.
58. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии. - М.: Когито-Центр, 2000. - C. 224—265.
59. Холостова Е.И., Егоров В.В., А.В. Рубцов. Социальная геронтология. Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2004. – 458 с.
60. Хухлаева, О.В. Кризисы взрослой жизни. - М.:Генезис, 2009. – 342 с.
61. Швалб, Ю.М. Одиночество — социально-психологическая проблема. - Киев, 1991. -270 с.
62. Эйсенсен И. Одиночество и разведенный мужчина преклонного возраста. Лабиринты одиночества. - М.: Прогресс, 1989. - С. 433-452.
63. Яцемирская Р.С., Беленькая И.Г. Социальная геронтология: Учеб.пособие для студ.высш.учеб. заведений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 349 с.

**Приложения**

**Приложение 1**

**Опросник для пожилых людей**

1. Пол
2. Возраст
3. Семейное положение
4. Есть ли родные? Навещают ли они?
5. Есть ли друзья?
6. Есть ли хобби?
7. Чувствуете ли Вы себя одиноко? Почему?

**Приложение 2**

**Результаты опросника «Шкала одиночества»**

|  |  |
| --- | --- |
| № | одиночество |
| До терапии | |
| 1 | 47 |
| 2 | 30 |
| 3 | 21 |
| 4 | 34 |
| 5 | 37 |
| 6 | 23 |
| 7 | 40 |
| 8 | 31 |
| 9 | 30 |
| 10 | 27 |
| 11 | 40 |
| 12 | 21 |
| 13 | 24 |
| 14 | 34 |
| 15 | 55 |
| 16 | 32 |
| 17 | 18 |
| 18 | 47 |
| 19 | 59 |
| 20 | 43 |
|  | После терапии |
| 1 | 11 |
| 2 | 24 |
| 3 | 45 |
| 4 | 30 |
| 5 | 16 |
| 6 | 22 |
| 7 | 32 |
| 8 | 50 |
| 9 | 52 |
| 10 | 17 |
| 11 | 20 |
| 12 | 21 |
| 13 | 19 |
| 14 | 34 |
| 15 | 37 |
| 16 | 40 |
| 17 | 31 |
| 18 | 28 |
| 19 | 32 |
| 20 | 16 |

**Приложение 3**

**Результаты опросника Тейлора**

|  |  |
| --- | --- |
| № | тревога |
| До терапии | |
| 1 | 23 |
| 2 | 35 |
| 3 | 41 |
| 4 | 30 |
| 5 | 13 |
| 6 | 27 |
| 7 | 32 |
| 8 | 17 |
| 9 | 27 |
| 10 | 26 |
| 11 | 23 |
| 12 | 29 |
| 13 | 40 |
| 14 | 16 |
| 15 | 20 |
| 16 | 15 |
| 17 | 20 |
| 18 | 30 |
| 19 | 32 |
| 20 | 35 |
| После терапии | |
| 1 | 13 |
| 2 | 12 |
| 3 | 16 |
| 4 | 21 |
| 5 | 5 |
| 6 | 30 |
| 7 | 12 |
| 8 | 14 |
| 9 | 22 |
| 10 | 21 |
| 11 | 17 |
| 12 | 27 |
| 13 | 26 |
| 14 | 23 |
| 15 | 29 |
| 16 | 4 |
| 17 | 6 |
| 18 | 12 |
| 19 | 5 |
| 20 | 23 |

**Приложение 4**

**Результаты шкалы Бека**

|  |  |
| --- | --- |
| № | депрессия |
| До терапии | |
| 1 | 31 |
| 2 | 16 |
| 3 | 8 |
| 4 | 5 |
| 5 | 40 |
| 6 | 22 |
| 7 | 8 |
| 8 | 4 |
| 9 | 27 |
| 10 | 13 |
| 11 | 20 |
| 12 | 21 |
| 13 | 26 |
| 14 | 9 |
| 15 | 7 |
| 16 | 34 |
| 17 | 47 |
| 18 | 7 |
| 19 | 11 |
| 20 | 14 |
| После терапии | |
| 21 | 18 |
| 22 | 6 |
| 23 | 22 |
| 24 | 16 |
| 25 | 38 |
| 26 | 12 |
| 27 | 17 |
| 28 | 12 |
| 29 | 9 |
| 30 | 30 |
| 31 | 12 |
| 32 | 7 |
| 33 | 4 |
| 34 | 3 |
| 35 | 11 |
| 36 | 18 |
| 37 | 12 |
| 38 | 6 |
| 39 | 7 |
| 40 | 4 |