МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии и социальных наук

Кафедра «Прикладная психология»

Направление подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»
Профиль «Психология образования»

Бакалаврская работа
на тему:

«Исследование особенностей совладающего поведения пожилых людей, проживающих в доме ветеранов»

Студент _____ Дорожкина Наталья Геннадьевна
подпись

Руководитель _____ Разуваева Л.Н.
подпись

Нормоконтролер _____ Карманова Т.М.
подпись

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 10.01.2017 №7)

Заведующий кафедрой _____ Медведева И.А.
подпись

Работа защищена с отметкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ №)

Секретарь ГЭК _____ Карманова Т.М.
подпись

Пенза 2017

Содержание

Введение.……..…….3

Глава 1. Теоретический анализ научных данных по проблеме совладающего поведения пожилых людей

1.1.Психологические изменения в пожилом возрасте..……..……..6

1.2. Особенности эмоциональной сферы и стратегий совладания личности в поздней зрелости……..…….14

1.3. Проблема психологической адаптации людей пожилого возраста к условиям проживания в учрежденияхинтернатного типа...…….26

Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей стратегий совладания у пожилых людей, проживающих в доме ветеранов

2.1 Описание схемы эмпирического исследования...……..35

2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования…….38

2.3 Рекомендации по психологическому сопровождению адаптациипожилых людей к жизни в доме ветеранов...…….53

Выводы.……65

Заключение……..68

Список используемых источников..……70

Введение

Увеличение средней продолжительности жизни и относительное сокращение рождаемости в современном мире сопровождается возрастанием доли людей пожилого возраста в демографической картине большинства стран. Феномен старения человечества связан также с улучшением качества жизни в развитых странах, в том числе – с существенным повышением качества медицинских услуг.Доля пожилых лиц (в возрасте 60 лет и старше) в общей численности населения на планете в 1950 г. составляла 8%, в 2000г. - уже 10%, а в 2050 г., по прогнозам ООН, она достигнет 21%.

По утверждению социальных психологов, роль стариков в обществе колоссальна. «Если бы они по мановению палочки злого волшебника вдруг исчезли, общество не оздоровилось бы, хотя и помолодело. Психическое здоровье населения резко дало бы крен в сторону патологии» [35, с.28]. Однако возможности стареющих людей давать материальные и духовные блага обществу, стать важнейшим фактором его развития зависят от того, насколько общество готово изменить свои стереотипы по отношению к старости. Речь идет о смене широко распространенной социальной установки – эйджизма - на гуманистические и даже геронтофильные установки.

Изучению процессов освоения человеком своего возраста, выявлению интегративных характеристик, связанных с процессом старения, разработкой методик исследования возрастных изменений посвятили свое внимание многие исследователи. Это зарубежные ученые Д.Баттерворт, Д.Бромлей, Б.Гэллатин, М.Кларк, Р.Пек, Я.Стюарт-Гамильтон,Б. Эндерсон, Э.Эриксон и др. В нашей стране проблемы психологии старения рассматривали Г.С. Абрамова, М.Д.Александрова, В.Д.Альперович, Л.И.Анцыферова, М.В.Ермолаева, В.Л.Ефименко, О.В.Краснова, А.Г.Лидерс, И.Г.Малкина-Пых, Р.С. Яцемирская и др.

За последние годы значительно возросло количество лиц пожилого

возраста, которые по тем или иным причинам вынуждены проживать в домах-интернатах, домах ветеранов и пр. Это и национальные конфликты, приводящие к увеличению числа вынужденных переселенцев, и нестабильность в экономике, порождающая материальные трудности большинства россиян, и вечная проблема взаимоотношений отцов и детей.

Таким образом, актуальность вопросов, поднятых в данной работе, обусловлена следующими обстоятельствами:

- доля пожилых лиц во всех странах значительно увеличивается за счет увеличения продолжительности жизни и снижения уровня рождаемости;

- отмечается увеличение проблем в особенно незащищенных слоях населения, в частности в группе лиц позднезрелого возраста;

- соответственно, отмечается и увеличение числа беспомощных пожилых людей, лишенных заботы и поддержки со стороны близких;

-очевидно ухудшение содержания и поддержки стареющих людей во всех типах стационарных учреждений из-за социально-экономических кризисов, переживаемых нашим государством.

Феномен совладающего поведения (копинг-стратегии), активно обсуждающийся в отечественной психологии в последние два десятилетия, включает в себя эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Поскольку чаще этот феномен обсуждается в контексте стресса, очевидно, что его приоритетным компонентом является эмоциональный. Поэтому в нашем исследовании мы изучали не только специфику совладающего поведения пожилых людей, но и некоторые характеристики их эмоциональной сферы, коррелирующие, по нашему мнению, с типом совладающего поведения человека.

Целью данной работы явилось исследование особенностей совладающего поведения пожилых людей, проживающих в доме ветеранов для использования диагностических данных в работе педагога-психолога людьми данной возрастной категории в сфере социальной работы.

Объект:совладающее поведения пожилых людей.

Предмет: особенностисовладающего поведения пожилых людей, проживающих в доме ветеранов.

Гипотеза: лицапожилого возраста, проживающие в доме ветеранов, склонны к менее конструктивным стратегиямсовладающего поведения по сравнению с их сверстниками, проживающими в семьях. У них также диагностируются более высокие уровни тревожности и чувства одиночества.

Задачи исследования:

1. Анализ научной литературы по проблеме исследования.
2. Диагностика копинг-стратегий у пожилых людей, проживающих в доме ветеранов, и их сверстников,проживающих в семьях.
3. Диагностика уровней тревожности и субъективного переживания одиночества у названных групп респондентов.
4. Анализ и интерпретация эмпирических данных.
5. Составление рекомендаций по оказаниюпсихологической помощи пожилым людям, проживающим в доме-интернате.

Методы исследования: диагностический эксперимент; стандартизированная беседа; методы математической обработки данных.

Применялись следующие конкретные психодиагностические методики:

- Тест психических защит(Р.Плучик);
- «Копинг- опросник»;
- «Модифицированная шкала измерения одиночества UCLA»;
- тест «Исследование тревожности» Ч.Спилбергера;
- Т-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Глава 1. Теоретический анализ научных данных по проблеме совладающего поведения пожилых людей

1.1.Психологические изменения в пожилом возрасте

Факт увеличения продолжительности жизни человека во многих странах мира дал основания ученым говорить о старости не как о коротком и тягостном отрезке жизни больных и беспомощных людей, а как о продолжительном, психологически значимом пути личности. Все чаще старение рассматривается не как простая инволюция, регресс, а как продолжающееся развитие личности, включающее многие адаптивные и компенсаторные механизмы. При этом люди поздних возрастов вынуждены не только приспосабливаться к новой ситуации вовне, но и реагировать на изменения в самих себе. Вот почему проблема совладающего поведения пожилых должна находиться в фокусе внимания психологов.

Периодизации поздних этапов жизни разнятся. Довольно частостаростьразделяют на раннюю (от 60 до 75 лет) и позднюю (после 75 лет). Очевидна условность этих возрастных границ, поскольку одни люди до 90 и более лет демонстрируют хорошую физическую и психическую форму, у других уже в 65-70 лет можно наблюдать признаки физиологического и психологического одряхления.Популярна точка зрения английского демографа Д.Б.Бромлея, который, в частности, в цикле старения выделяет стадии: 65 - 70 лет – «удаление от дел», «отставка»; 70 - 89 лет - старость; 90 и более - дряхлость, болезненная старость и смерть [цит. по 19].Очевидно, что такие эвфемизмы как «лица преклонного возраста», плохо подходят для описания разнообразия качеств, присущих пожилым людям.

По мнению ВОЗ, более удобным, чем «старость», представляется термин «старение» («стареющие»), указывающий на постепенный и

непрерывный процесс, а не на определенную и всегда произвольно устанавливаемую возрастную границу.

Несмотря на внимание, которое привлекает к себе процесс старения человека, до сих пор нет его точного определения. Наиболее часто встречаются следующие точки зрения. «Старение человека универсальный и закономерный биопсихологический процесс, характеризующийся постепенностью, разновременностью и неуклонным прогрессированием и затрагивающий в той или иной степени все уровни биологической организации»[2]. Старение - это «генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными возрастными изменениями, проявляющимися, прежде всего, в постепенном ослаблении деятельности организма»[32].Наконец, старение - «разрушительный процесс, который протекает в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия внешних и внутренних факторов и ведет к недостаточности физиологических функций организма. Старение представляет собой постоянно развивающееся и необратимое изменение структур и функций живой системы» [41]. Саму старость определяют как «заключительный период человеческой жизни, условное начало которого связано с отходом человека от непосредственного участия в производительной жизни общества»[38].

Геронтолог Б.Стрехлереще в 1962 г. выделил четыре основополагающих критерия, связанных со старением:

1.Старение, в отличие от болезни, является универсальным процессом, ему подвержены все без исключения члены популяции.

2.Старение является прогрессирующим, непрерывным процессом.

3.Старение есть свойство любого живого организма.

4.Старение сопровождается дегенератирующими изменениями (в противовес изменениям организма при его развитии или «взрослении»). [цит. по 20]

Во взаимосвязи и взаимодетерминации принято выделять виды старости: хронологическую (количество прожитых лет), физиологическую

(состояние здоровья, совокупность соматических отклонений организма), психологическую (самоощущение человека, видение своего места в возрастной структуре) и социальную (вбирает в себя признаки всех названных видов старости всинтезом виде).

С точки зрения биологических процессов теории старения условно делятсяна:

1) Стохастические (теории изнашивания организма), предполагающие, что организм стареет в результате случайных повреждений, связанных как с внутриорганическими процессами, так и с окружающей средой. Механизмы изнашивания или повреждения трактуются несколько по-разному:

-стареющие клетки хуже избавляются от продуктов метаболизма, что замедляет внутриклеточные процессы;

- осколки молекул, называемых свободными радикалами, вступают в реакцию с другими внутриклеточными соединениями и могут нарушать нормальное функционирование клетки;

- повреждение ДНК в генах и снижение способности клеток к самовосстановлению;

- снижается эффективность иммунной системы, и организм хуже сопротивляется болезням.

2)Теории генетически запрограммированного старения, согласно которым старение определяется запрограммированными действиями специфических генов. Этот процесс связан с ходом «биологических часов», которые, возможно, есть в каждой клетке, а возможно их роль выполняет единый клеточный пейсмейкер (водитель ритма), находящийся, например, в головном мозге (возможно в гипоталамусе или в гипофизе). Вскоре после наступления пубертата гипофиз выделяет гормон, вызывающий начало процесса старения, который будет проходить с запрограммированной скоростью [36].

Независимо от причин старения выделяют некоторые всеобщие морфофункциональные изменения на протяжении поздней зрелости:

увядание кожи, изменение осанки, утрата эластичности мышц и замедление их реакции, сжатие скелета, снижениесенсорных функций(особенно слуха и зрения), уменьшение способности легких к газообмену,усиление хрупкости костей. Что касается познавательных процессов, то: уменьшается скорость умственных операций, наблюдается некоторое ухудшение вторичной памяти, особенно в части запоминания новой информации. В целом же принято считать, чтостарение не сказывается на большинстве умственных навыков. Тем не менее известен феномен старческого слабоумия или старческой деменции (которая, безусловно, поражает далеко не всех пожилых людей). Это комплексное нарушение, включающее дефекты познания, прогрессирующую амнезию и изменения личности. Деменция вызывается болезнями (например, болезнью Альцгеймера), или другими органическими поражениями мозга (серией микроинсультов). При этом часто наблюдается параноидальный тип поведения: повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных эмоций, неприятие мнения других, стремление к доминированию и, как следствие всего этого, высокая конфликтность [41].

В.Д. Альперович указывает, что старость в условиях резкого ухудшения состояния здоровья существенно отличается от старости без особых проблем со здоровьем. Социальная ситуация в которой при этом находится человек: в основном - общение с родными и близкими, а также с врачами и соседями по палате. Ведущая деятельность: 1) лечение, стремление хоть как-то бороться с болезнями; 2) стремление осмыслить, часто - приукрасить свою жизнь. «Человек как бы цепляется за все лучшее, что было (и чего не было) в его жизни. В этом состоянии человек хочет оставить после себя что-то хорошее, значимое, достойное и этим доказать себе и окружающим: "Я жил не зря" или покаяться в чем-то недостойном» [3].

Р.С.Яцемирская выделила три типа изменений, характерных для больных пожилых людей: 1) имеет адекватное самовосприятие с пониманием

ущербных изменений в организме, при этом появляется повышенная тревожность, неудовлетворенность своими возможностями, понимание неотвратимости усиления недугов, консерватизм взглядов и ригидность суждений; 2) отличается преувеличенным восприятием возрастных изменений, что проявляется в пониженном настроении, чувстве невозвратности жизни, в замыкании интересов на вопросах здоровья, социального и материального благополучия, развитии ипохондричности, тревожности и в целом -интравертированности; 3) характеризуется субъективной недооценкой возрастных изменений, несколько преувеличенным представлением о своих возрастных способностях наряду с недооценкой сниженных возможностей[44].

Б.Нойгартен оперирует терминами «молодые старики» и «старые старики» [цит. по 10]. Первые живут активно и независимо, мало отличаясь от жизни более молодого поколения. Вторые воспринимают себя зависимыми и нуждающимися в помощи, их жизнь лишена перспективы. Указывается, что среди «молодых стариков» больше образованных, они дольше сохраняют здоровье и психическую полноценность.

Л.И. Анцыферовойпоказано, что социальное сравнение (старики сравнивают свое положение с положением таких же пожилых людей и, в зависимости от результата, модифицируют свои цели) и социальная интегрированность (сохранение человеком значимых ролей, нормативных ориентиров и референтных групп) смягчают негативный эффект слабого физического здоровья и оказывают позитивное воздействие на чувство благополучия, уменьшая психологические страдания и способствуя достижению целей развития[6].

Психогеронтологиуказывают на важность той социально-психологической атмосферы, в которой живут пожилые люди, как к ним относится общество. Исследования показали, что в обществе очень укоренились представления о стареющих людях как о беспомощных, болезненных, неспособных успешно выполнять общественные функции,

приносить пользу[34].В научном поле появилось понятие «эйджизм» - широко распространенная социальная установка, заключающаяся в неоправданно высокой оценке молодости и дискриминации старых людей [32]. Очевидно, что эта установка, разделяемая самими пожилыми людьми, отрицательно сказывается наихсамовосприятии. Боясь потерятьбылую физическую активность, память и контроль над своей жизнью в целом пожилые люди действительно утрачивают свою компетентность. Такой циклический процесс, поясняет Г.Крайг, иногда называют выученной беспомощностью. Эйджизм, широко распространяясь, лишает стареющих людей веры в свои познавательные возможности, что, в частности, сказывается на худших, чем в молодости, результатах при выполнении тестов интеллекта.Отрицательная модальность самоотношения - важный фактор не только психического, но и физического старения человека[19].

Между тем, геронтопсихология исходит из того, что старение не синонимично упадку и болезни, и рассматривает старость в перспективе жизненного пути как период, ставящий перед человеком задачу личностной интеграции и осмысления жизни [6].

В этой связи уместно вспомнить взгляды А. Адлера на проблемы пожилого человека. В пожилом возрасте чувство неполноценности переживается особенно остро, поскольку человек, как правило, начинает испытывать физическое недомогание, утрачивает привычный социальный статус, былую физическую привлекательность, а также многое другое, к чему он успел привыкнуть. Особенно болезненно пожилой человек переживает необходимость ограничить круг социальных связей и возможностей для интимных отношений. А. Адлер считал также, что иногда проявляемая замкнутость пожилого человека, уход «в себя» может объясняться боязнью потерять независимость и стать реально неполноценным. Он предлагает снимать чувство неполноценности и сопутствующие неврозы, помогая индивиду найти смысл жизни в оказании помощи другим людям, добиться

такого состояния, когда ощущение принадлежности к социальной общности не покидало бы старого человека [21].

Задача человека пожилого возраста, по Э. Эриксону, состоит в том, чтобы достичь целостности развития своего «Я», уверенности в смысле жизни, а также гармонии, понимаемой как сущностное качество жизни как отдельного индивида, так и всей Вселенной. Гармония противостоит дисгармонии, воспринимаемой как нарушение целостности, которое ввергает человека в состояние отчаяния и уныния. Осуществление этой задачи приводит человека к «ощущению чувства тождества с самим собой и длительности своего индивидуального существования как некоей ценности, которая, даже в случае необходимости, не должна быть подвергнута никаким изменениям»[42]. Отчаяние может иметь место лишь в случае осознания жизненной неудачи, когда у человека не остается времени на то, чтобы повторить свою жизнь с начала или найти альтернативу решения проблем своей целостности. Отчаяние и недовольство самим собой у пожилого человека часто проявляется через осуждение поступков других, особенно молодых людей [42].

Таким образом, цель жизненного развития в старости по Э.Эриксону - достижение ощущения, что, во-первых, прожита полная удовлетворения жизнь и, во-вторых, в настоящий момент она максимально активна. Состояние «отчаяния» связано с оценкой своей жизни как прожитой впустую, осознанием бессмысленности своего существования[42]. В нашей стране это усугубляется еще и фактом разрушения старых идеалов и ценностей, которые были опорой и обеспечивали осмысленность на протяжении всей жизни теперешних пожилых.

Мы еще коснемся проблем пожилых, оказавшихся волею случая в доме ветеранов, сейчас несколько слов стоит уделить тем, кто, оказавшись на пенсии, остался в семье, но также переживает естественные для этого этапа жизни специфические проблемы.

Покидая трудовой коллектив, «ветераны утрачивают свой

микросоциальный экран, смягчающий или компенсирующий негативные воздействия дальнего социума. Более того, при этом исчезает один из важных источников информации о многочисленных событиях профессиональной, гражданской, политической жизни, вкупе с разными вариантами их истолкования. Лишаясь значимых статусов и ролей, ветеран уходит из сферы действия регламентирующих его жизнь требований, задач, предписаний, ожиданий. В результате стареющий человек попадает в уникальную для него по степени сложности и непривычности ситуацию неопределенности»[6].

Перемены в социальном статусене могут не сказаться на семейных и личных отношениях. Часто пожилые люди остро переживают «синдром опустевшего гнезда» и в лучшем случаевознаграждаются новыми ролямипрародителей или пра-прародителей, некоторым приходится адаптироваться к осуществлению ухода за больным супругом. Многие пожилые люди, оставшись одни после смерти супруга (супруги), страдают от одиночества и «вынужденной независимости».

Образ жизни людей во многом определяется тем, как они проводят свободное время, какие возможности создает для этого общество. Так, жизнь пожилых людей может быть более насыщенной и плодотворной, еслиони активно вовлекаются в общественной деятельность, особенно на местном уровне. Поэтому звучат призывы привлекать людей позднезрелого возраста к работе общественных организаций, к работе с детьми и молодежью и т.д. Многочисленные исследования во многих странах показали, что достижению глубокой старости содействует активный образ жизни, и особенно труд, питание, социально-бытовые условия, а также наследственные факторы[13, с.134].

Завершая этот раздел работы, будет уместно, чтобы избежать упомянутого эйджизма, отметить, что именно в поздней зрелости у личностиможет возникнуть новое качество интеллекта, его кульминационный пункт развития - мудрость. Ее принято определять как

«экспертную систему знаний, ориентированную на практическую сторону жизни и позволяющую выносить взвешенные суждения и давать полезные советы по жизненно важным вопросам» [32]. Мудрость можно трактовать и как исключительную проницательность, порождение продуктивных суждений, надежных советов, касающихся важных жизненных вопросов, адекватную интерпретацию трудных ситуаций.

В 90-х гг. прошлого века был проведен цикл исследований, доказавших наличие позитивных новообразований у людей на поздних этапах жизни. Таким образом, подтверждается одно из принципиальных положений психологии развития: в продолжение жизни человек не исчерпывает всех своих резервных возможностей, потенциала своего развития. Можно лишь, вслед за другими геронтологами, поддержать афоризм Э.Фромма: человек умирает прежде, чем успевает полностью родиться.

1.2. Особенности стратегий совладания и эмоциональной сферы личности в поздней зрелости

Во второй половине 20 века появилась проблема «совладающего» поведения («coping behavior» - «совладающее поведение», «поведение по преодолению»).Категория «совладание» (копинг) вошло в отечественную психологию в контекстепроблемы способов поведения личности в стрессовых ситуациях. Психологи стали работать над выявлением конструктивных, неконструктивных и самопоражающих стратегий поведения человека в драматических или трудных жизненных ситуациях. При этом под трудной жизненной ситуацией понимаются «обстоятельства жизни, требующие от индивида таких действий и усилий, которые находятся на границе его адаптивных возможностей или даже превосходят имеющиеся у него резервы» [5]. С точки зрения Л.И.Анцыферовой, это определение слишком упрощено, поскольку оно не включает главного – ту ценность, которая в определенных условиях может быть потеряна или уничтожена. Чем

она значительнее для человека, тем больше мотивационный потенциал совладания с возникшей трудностью[5].

Сейчас чаще всего обращаются к определению копинга, сформулированному Т.Л. Крюковой: «копинг-поведение является целенаправленным поведением и позволяет человеку справиться со стрессом (трудной жизненной ситуацией) адекватными личностным особенностям и ситуации способами через осознанные стратегии действий, которые либо адаптируют к требованиям ситуации, либо помогают преобразовать её» [23].

В западной психологиипринято разделять «активный копинг», «преобразующий копинг», «регрессивный копинг», «копинг, направленный на избегание». Соответственно, имеющиеся диагностические методики построены на этом разделении.

Кроме с копинг-стратегийговорят о копинг-ресурсах личности, которые в предлагается подразделять на: физические (выносливость); социальные (индивидуальная социальная сеть, социально-поддерживающие системы); психологические (убеждение, устойчивая самооценка, общительность, интеллект, мораль, юмор); материальные (деньги, оборудование)[40, с114].

А.Н. Фоминова, как и многие другие исследователи, отводит важную роль в преодолении трудностей внутренним ресурсам личности и описывает их: «локусконтроляопределяет степеньпринятияответственности в борьбе сжизненнымитрудностями;высокийуровеньрефлексивныхспособностейпомогаетчеловеку сфокусироватьсянапроблеме для лучшего выбора решения;социальнаясмелость,настойчивость, высокаянормативностьповедения, высокаямотивациядостижения помогают преодолевать ненужные страхи и сомнения.Важнымвнутреннимфактором, побуждающиминдивида активнопротивостоятьтруднымжизненнымситуациям, являетсяфеномендолженствования («ядолженбытьвформе, чтобыпродолжатьсвоюработу», «ядолжнадержаться, чтобыраститьдетей» ит.д.)»[37, с. 97].

Генезис совладающего поведения в когнитивно-феноменологической ориентации выглядит следующим образом. В течение жизни личность строит и перестраивает свою имплицитную «теорию» мира, включая и Я-концепцию. Такая теория, состоящая из значимостей, убеждений и ценностей позволяет человеку определенным образом воспринимать и интерпретировать окружающую действительность и собственные действия. Свою теорию индивид стремится сделать упорядоченной, - теорией предсказуемого и понятного мира. Ей соответствует и концепция себя как удачливого и неуязвимого.

Не вписываясь в «личностную теорию», негативные события приводят к разрыву сложившейся системы значений, к разрушению субъективного жизненного мира. И тогда человек прибегает к одной или нескольким из основных стратегий совладания[30]:

1. Преобразующие стратегии. В данном случае принимается решение о возможности изменения трудной ситуации. Субъект при этом начинает формулировать ее как проблему, определяет конечные и промежуточные цели, разрабатывает алгоритм решения, ищет способы достижения цели.

2. Приемы приспособления: изменение собственных характеристик и отношения к ситуации. При отсутствии возможностей преобразовать, изменить трудную ситуацию, только намеренное изменение своих особенностей или отношения к происходящему может привести к благополучию.

3. Вспомогательные приемы самосохранения. К ним относят приемы борьбы с эмоциональными нарушениями, которые вызваны негативными событиями и которые,с точки зрения человека,неустранимы. Это, прежде всего, все виды психологической защиты, описанные в психоанализе.

4. Наконец, если люди, попав в трудную жизненную ситуацию, почему-либо не могут воспользоваться предыдущими стратегиями, они прибегают к самопоражающим (саморазрушающим) стратегиям.Перечень таких стратегий велик – от экстремальных видов досуга до наркомании и суицида.

Первые два из названных видов совладания относятся к конструктивным, два последних - к неконструктивным.

Имеются противоречия в данных исследований об изменениях копинг-стратегий по мере вступления человека в поздние стадии онтогенеза. Некоторыеданныеговорят о регрессесовладания с проблемами в старости, в другихисследованиях доказывается, что увеличение возрастакоррелирует со все более зрелыми формами совладающего поведения. В последнем случае часто указывается на то, что пожилые люди, накопившие опытпребывания в стрессовых ситуациях, чаще проявляют мудрость, смирение и чувство юмора. По мнению И.Г.Малкиной-Пых, «несмотря на существование возрастных различий в совладающем поведении, эти различия обусловлены различием стрессоров, с которыми сталкиваются молодые и пожилые люди. Количество положительных стрессоров (таких как, например, повышение по службе) с возрастом уменьшается. В то же время потери сильнее затрагивают идентичность стариков и поэтому выглядят более угрожающими»[25].

Есть попытки дифференцировать стили совладающего поведения по гендерному основанию.В научной литературе можно найти предположение, что копинг-стратегии уженщини мужчин с возрастом изменяются по-разному. Т.В. Бендас пишет: «Мужчины переходят от активного стиля к пассивному. После того как они всю жизнь несли ответственность за других, содержали семью и принимали решения, в старости, вероятно, чувствуют себя вправе выразить всю сложность своей личности, включая и те ее черты, которые принято считать женскими. В ходе дальнейшего старения мужчины продвигаются дальше - от пассивности к стилю, названному И.Гутманном "магическая власть": они отбивают атаки реальности с помощью множества приемов, таких как проекция и искажение. Женщины с возрастом становятся, по-видимому, более агрессивными, более практичными и властными[8]». Эти рассуждения строятся на гипотезе, что и мужчины, и женщины освобождаются с течением жизни от жестких социальных предписаний, от давления социальных стереотипов, в которых женщинадолжна играть прежде

всего роль хранительницы очага, а мужчина - отвечать за материальное обеспечение семьи, при этом оба полавынуждены подавлять в своих эмоциональных и поведенческих реакциях любые черты, не согласующиеся с этими ролями.

Данные ряда исследований, выполненных методом поперечных срезов, указывают на то, что возрастные изменения в стилях совладающего поведения все же существуют[7; 25]. Так, установлено, что в ранней взрослости людям скорее свойствен активный, конструктивный (проблемно-ориентированный) стиль, тогда как в старости люди склонны к более пассивному и эмоциональному реагированию на проблемы.

Е.А. Дорьева,предлагая разделять ресурсы совладания на три группы: индивидуальные ресурсы (физические возможности, когнитивные и личностные особенности); средовые ресурсы (ресурсы физической и социальной среды); деятельностные ресурсы (различные виды активности и поведения человека), провела эмпирическое исследование ресурсов совладания пожилых людей[14]. По результатам исследования, для данной выборки свойственно более активное использование индивидуальных ресурсов (в первую очередь, личностные качества) и деятельностных как различных вариантов времяпрепровождения (хобби, прогулки на природе, огород, дача, чтение, спорт, работа, труд). Использование же средовых ресурсов (ресурсы физической и социальной среды) представлено в наименьшей степени. Она трактует эти данные следующим образом: «В данном возрасте после выхода на пенсию и вследствие сужения круга общения происходит снижение роли социальных и деятельностных ресурсов, усиление роли индивидуальных ресурсов» [14, с.242].

Примечательно, что, по данным этого исследования, значение средовых (и в первую очередь социальных) ресурсов наиболее низко в группе пожилых людей, проживающих в интернате для престарелых. «Имея слабые, а иногда и нарушенные, конфликтные взаимоотношения с членами семьи, ослабленные дружеские связи и не всегда удовлетворяющие контакты

с жителями дома-интерната, пенсионеры этой группы еще в меньшей степени обращаются к использованию этого ресурса» [14, с.242].

Однако больше исследований, по данным которых можно заключить, что в стилях совладающего поведения не происходит заметных возрастных изменений. «Адаптационные процессы, происходящие в преклонном возрасте, часто подобны происходившим в предыдущие периоды жизни. Люди развивают и укрепляют идентичность; они создают устойчивые паттерны реагирования, которые проносят через всю жизнь. Когда наступит старость, их реакции на старение и какие-то новые ситуации будут индивидуальны, и будут соответствовать тем устойчивым паттернам, которые они создавали для себя на протяжении всей жизни. Следовательно, развитие личности в поздней зрелости имеет содержанием личное истолкование событий и реакцию на эти события в манере, согласующейся с прошлыми реакциями[36]».

Нет однородных данных и по вопросу об изменениях в поздней зрелости эмоциональной сферы личности. Есть указания на имеющиеся в пожилом возрасте биохимические сдвиги, коррелирующиес более частыми эпизодами депрессии и тревоги, в других исследованиях, где изучались так называемые«высшие эмоции» у стареющих людей, значительных изменений не обнаружено. И все исследователи подчеркивают значимость индивидуальных различий в части изменений эмоциональной сферы, например старики очень по-разному реагируют на свое старение.

Здесь уместно привести типологию пожилых людей по основанию «отношение к старению», разработанную Ф.Гизе:

1) «Старик-негативист» - отрицание каких-либо признаков старости.

2) «Старик-экстраверт» - признание наступления старости с помощью ее интериоризации (наблюдение за взрослением молодежи, смерть близких, изменение положения в семье, изменения в технике, социальной жизни).

3) «Старик-интроверт» - острое переживание процесса старения, отсутствие интереса к новому, погружение в воспоминания о прошлом,

малоподвижность, стремление к покою [21].

На выбор стратегии адаптации к старости большое влияние оказывают социальные стереотипы старости. Возможно,изменения в эмоциональной сфере обязаны своим появлением навязанному социальными стереотипами ощущениюпожилыми людьми себя как ненужных людей, как обузы для своих детей (а в самовосприятии некоторых стариков – и для государства).

Кроме того, к негативным эмоциям пожилых людей могут склонятьразного рода физиологические и социально-экономические факторы- учащающиеся недуги, утрата социального престижа и снижение дохода. В некоторыхслучаях, переживаемые хронически, эти эмоции порождают стресс, который, в свою очередь,сказывается на снижении мозгового метаболизма. Возникает церебральная ишемия, которая ускоряет гибель нейронов и усиливает степень психической дезадаптации (порочный гериатрический круг)[16].

На изменении эмоциональной сферы стареющего человека не могут не сказаться такие изменения в его жизни, как уход на пенсию, утрата воспитательной функции, всего спектра социальных ролей, связанных с активной трудовой и личной жизнью. Эти перемены зачастую ухудшают общий фон настроения и самочувствия, болезненно сказываются на самоотношении. При этом наблюдаются «существенное снижение самооценки, неудовлетворенности собой, неуверенность в своих силах, обостряется чувство беспомощности, одиночества, происходит сужение интересов» [33].

Исследователи указывают на частоту появления депрессии в этом возрасте, являющуюся следствием стресса на описанные выше перемены в жизни пожилых. Интересно, что слово «депрессия» часто пугает стареющих людей, и они могут отрицать ее наличие. Выделяют следующие симптомы старческой депрессии: ослабление аффективного тонуса, замедление аффективной живости, отставленность аффективных реакций, усиление неконтролируемых аффективных реакций, склонность к беспричинной

грусти, слезливость. По мнению Т.В.Колчиной,«содержанием возрастно-ситуационной депрессии является непринятие собственного старения, а основным травмирующим фактором - собственный возраст» [18].

Н.Ф.Шахматовымпредпринята попыткавыделить основныетипы проявления возрастной депрессии:

1) Ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях. При этом человек постоянно фиксируется на болезненных ощущениях, готов активно обсуждать их, наблюдается с сверхценное отношение к медицинским препаратам и процедурам, способам оздоровления. Фиксируясь на болезни, человек как бы защищается от более болезненных мысляхо собственной старости и страха смерти.

2) Идеи о притеснении.Центральное убеждение человека - несправедливое отношение окружающих к себе, ощущение, что все стремятсянанести моральный или физический вред. При этом крайне снижена критичность, и рациональные доводы, что это не так, отвергаются.

3) Тенденции к вымысла*м*. В этом случае человек озабочен утверждением у окружающих мысли о своей значимости и даже исключительности. В рассказах о себе и своей жизни стареющий человек стремится рассказывать действительные эпизоды с преувеличением своего в них участия или целиком выдумывает их[41].

Описана и такая характеристика эмоциональной сферы пожилых людей, как отсутствие у новыхжизненных впечатлений яркости и необычности, следствием чего может быть особая привязанность к воспоминаниям опрошлом.

М.В. Ермолаева, рассуждаяо типичном для стариков переживании - озабоченности (беспокойстве), выдвигает предположение, что «хроническая озабоченность играет роль своеобразной готовности к фрустрации, поэтому помогает избежать сильных эмоциональных всплесков в действительно критических ситуациях»[15]. Кроме того, переживание озабоченности является одним из способов структурирования времени.

Такая характеристика пожилых людей как эмоциональное отстранение, часто принимаемое окружающими за безразличие, также, по-видимому, является по сути защитным механизмом - оно помогает избегать чрезмерных страданий, сопутствующих старости, включая тяжелые болезни и уход из жизни множества близких людей.

Таким образом, старческаяозабоченность, эмоциональное отстранение и возрастная депрессия могут быть для пожилого человека своеобразными защитнымимеханизмами. Деструктивным же, по мнению геронтологов, является чувство ненужности, возникающее у многих пожилых.Оно часто сопряжено с чувством беспомощности, незащищенности. Интересно, что эти чувствачасто не адекватны реальному положению дел у конкретного пожилого человека, имеющего вполне заботливоеокружение, приносящегоближнему или дальнему окружению реальную пользу. Остроепереживание чувство ненужности, к сожалению является типичным для пожилых россиян.

Одним из характерных признаков возрастных изменений вэмоциональнойсфере называют старческую тревожность (тесно сопряженную с описанной выше озабоченностью), которая, как показано в гериатрии, у пожилых людей зачастую выливается в соматизацию аффекта (стеснение в груди,сердцебиение, пустота и боли в желудке,потливость). Общая картина переживания тревоги усугубляется тем, чтосоматические и психологические симптомы начинают потенциировать друг друга.

Некоторые исследователи полагают, что многие формы поведения, традиционно приписываемые пожилым людям, - резкие реакции, склонность к размышлениям, замкнутость, критика окружения - можно трактовать как способы борьбы со страхами и беспокойством[28]. По одной из гипотез, уровень страхов у старых людей повышается по двум причинам: 1) накопление страхов в течение жизни, 2) угрозаприближения конца. Страх смерти, являясь основным, может приниматьпри этом разные формы: страха одиночества, болезни, будущего и даже ирреальных страхов (например,

перед преследователями – знаменитая старческая паранойя)[18].

Отдельная проблематика в геронтологии – суицидальное поведение стареющих людей, которое многие трактуют как неспособность человека совладать со старостью или связанными с ней отдельными проблемами. По статистике, примерно четверть всех самоубийств в России приходится на возрастную группу старше 65 лет. При этом высказываются предположения, что реальное количество суицидов в этом возрасте значительно выше, просто люди иногда маскируют свои суицидальные попытки системным голоданием,«случайными» передозировками, намеренным непринятием лекарств и пр.

Исследователи уделяют много внимания проблеме старческого одиночества. Одиночество - переживание состояния отчужденности человека от общества. Принято выделять, по крайней мере, два конструкта одиночества: 1) как объективное состояние, связанное с изменением системы социальных ролей взрослого человека за счет уменьшения их количественного состава; 2) как субъективное состояние, связанное с субъективным переживанием изоляции от других людей на фоне объективно наблюдаемой включенности человека в разнообразные межличностные отношения.

Одиночество в широко распространенных социальных стереотипах считается естественным атрибутом старости. Но многие исследователи, вопреки этим стереотипам, утверждают, что острее всего одиночество переживается личностьюв юности. Известные исследователи проблемы одиночества Д.Перлман и Л.Пепло, опираясь набольшое количество исследований,отмечают, что одиночество - неоднозначное понятие для поздних этапов жизни, и оно никак не связано с жизнью в затворничестве[9]. Более того, ряд американских исследователей указывают на то, что пожилые люди, способные обходиться без посторонней помощи в обиходе, лучше, чем молодые, приспособлены к жизни в одиночестве. Делается вывод о том, что когнитивная оценка качества жизни и удовлетворенность своими

социальными связями - это главные переменные, влияющие на переживание пожилым человеком одиночества.

Указывается и на двойственный характер, противоречивостьчувства одиночества у человека в поздней зрелости. «С одной стороны, это тягостное ощущение увеличивающегося разрыва с окружающими, боязнь последствий одинокого образа жизни, с другой - это четкая тенденция отгородиться от окружающих, защитить свой мир и стабильность от вторжения посторонних. Зачастую эти противоположные тенденции - тягостное переживание одиночества и стремление к изоляции - сочетаются, определяя сложные и противоречивые чувства пожилого человека[27]».

По мнению Е.А. Дорьевой, нельзя утверждать, что ограничения общения с членами семьи, конфликты, отверженность семьей, одиночество резко снижают уровень адаптивности пожилых людей. Системы ресурсов совладания гибка, отсутствие, невозможность использования средовых ресурсов совладания может компенсироваться более активным использованием других (индивидуальных и деятельностных)[14].

В заключение этого параграфа считаем уместным привести наиболее известную типологию приспособления к старости (совладания со старостью, в терминологии нашего исследования), предложенную Д.Бромлеем. В ее основании - личностные характеристики и особенности эмоционального реагирования разных типов пожилых людей.

1. Конструктивный тип. Характерны: хорошая интегрированность в среду, толерантность, гибкость; высокая самооценка, самодостаточность, широкий круг интересов; конструктивная ориентация на будущее, спокойное принятие факта старости, спокойное отношение к смерти.При этом в прошлом, как правило,счастливое детство, удачный брак, стабильная профессиональная история, свобода от финансовых проблем.

2. Зависимый тип.Характерны: хорошая интегрированность в среду, пассивность, зависимость; охотное завершение профессиональной деятельности; общая удовлетворенность миром; нереалистичность,

излишний оптимизм, непрактичность.

3. Оборонительный тип.Этому типу свойственны:повышенный самоконтроль в эмоциональной сфере, консерватизм, страх зависимости, бездеятельности старости, зависть к молодым.В биографии, при этом, чаще всего - стремление к постоянной занятости, связанноебольше с внешними причинами, чем с интересом к работе; стабильная профессиональная история, общественная работа.

4. Враждебный тип.Типичные проявления: агрессивность, обвинение в своих проблемах обстоятельств и людей; тревожность, пессимизм, недоверие к людям; неприятие перспективы старения как ухудшения физических и умственных сил. В прошлом, как правило, - нестабильная профессиональная история, неврозы, зависимость от родителей, супругов, детей.

5. Отвращение к себе. Враждебность обращена против самого себя; критичность и пренебрежительность к своей жизни; пассивность, непрактичность, преувеличение своих недостатков, пессимизм.В прошлом типичны: несчастливый брак, плохое социально-экономическое положение[цит. по 19].

Таким образом, все свойственные данному возрасту факторы – и биологические, и социальные, - отражаются в специфических изменениях эмоциональной сферы пожилого человека. Важная проблема, связанная с эмоциональными состояниями, - это возможность возникновения психосоматических заболеваний. Одно из фундаментальных положений современной психосоматики- постулат о том, что эмоции могут определяющим образом влиять на здоровье. Следовательно, грамотная психологическая работа по профилактике нарушений в эмоционально-личностной сфере способна оказать большое влияние на здоровье и долголетие людей в поздней зрелости.

1.3.Проблема психологической адаптации людей пожилого возраста к условиям проживания в учреждениях интернатного типа

Дома-интернаты (и их различные модификации – дома ветеранов, дома престарелых и т.п.) считаются одной из основныхформ оказания государством социальной помощи стареющим людям. Дом-интернат является учреждением стационарного типа, где оказывается помощь гражданам, нуждающимся в постоянной или временной круглосуточной посторонней помощи, в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности.

В настоящее время в России насчитывается около 1080 стационарных учреждений для престарелых людей. «В отличие от западноевропейских учреждений подобного типа, рассчитанных на оказание психологической поддержки престарелым людям, наши дома-интернаты копируют организацию медицинских учреждений, что приводит к ассоциации с чисто медицинской стороной старческой немощи»[29]. Чаще всего переселение в дом-интернат - весьма и весьма тяжелая проблема для человека. «Как бы ни был благоустроен интернат, люди теряют там возможность контролировать события, принимать решения. Они уже не могут строить собственные планы и реализовывать их»[6]. Переселение в дом для престарелых означает для старого человека потерю оптимального для самоуважения социального статуса и часто окончательный разрыв кровнородственных и прежних дружеских связей. Кросс-культурные социологические опросы показывают, что большинство пожилых людей хотели бы после выхода на пенсию проживать в привычных для них условиях и предпочтительно у себя дома.

Немногие люди «успешно стареют» даже тогда, когда условия жизни благоприятствуют развитию индивидуальности и творческого долголетия. В случае же с проживанием пожилого человека в доме-интернате, процесс старения болезненно усугубляется необходимостью адаптации личности к непривычным, часто чуждым для нее условиям.Позитивный или негативный ход адаптации зависят от структуры потребностей и ценностей человека [24], от того, насколько адекватно индивид воспринимает себя и свои социальные

связи.

Данные, собранные во французских домах престарелых в 50-60 гг. (думается, что без особой натяжки их можно сопоставить с тем состоянием, в котором находятся российские дома-интернаты сегодня), показывают, что из числа попавших туда здоровых стариков 8% умирают в течение первых восьми дней после поступления, 28,7% - в течение первого месяца, 45% - в первые полгода. Французский исследователь С.Бовуар писал: «Одетые в одинаковые халаты, лишенные собственные угла, старики чувствуют себя никому не нужными и заброшенными, они переживают состояние полной деперсонализации. Их единственным пристрастием в свободные часы остается спиртное, которое временно создает иллюзию благополучия и способствует возникновению нестабильных дружеских пар» [38].

Решение о проживании в доме-интернате (доме ветеранов) пожилой человек принимает, как правило, под давлением двух групп факторов - объективных и субъективных. К первой группе чаще всего относятся затруднения при самообслуживании в быту при одиноком проживании и конфликтные отношения с родственниками при совместном проживании. Во второй группе выделяется такая мотивация, какбоязнь усугубления физической слабости, дополнительных недугов, а такжеальтруистическоежелание пожилого человека предоставить молодым членам семьи возможность освободиться от бремени и тягот, связанных с уходом за больным старшим родственником. А.В. Полин пишет: «Продолжительность и качество жизни человека преклонного возраста напрямую зависят от отношения к нему в семье. Ощущение своей необходимости, востребованности советов и мнений дает силы для продолжения жизни, поддерживают интерес к ней и способствуют сохранению светлого разума. Однако существует и другое отношение к старикам, когда семья стремится избавиться от него любыми способами, поместив в дом престарелых или закрытое психиатрическое отделение, для чего требуют признать его психически больным. Разумеется, такое

отношение близких создает у престарелого человека чувство заброшенности и ненужности»[31].

Среди общих причин, по которым пожилые люди поступают в дома-интернаты, выделяют [9; 12]следующие:

•Социальные. К ним чаще всего относятся: отсутствие у пожилого человека своего жилья или угроза его утраты, недостаточный размер пенсии, отсутствие или дефицит социальных служб в непосредственной близости от места жительства.

•Психологические.Чаще всего это невозможность проживания в семье с близкими и родными из-за хронического микросоциального конфликта, причины которого очень многочисленны и описываются в соответствующих разделах социальной психологии, психологии семейных отношений и т.п.

•Медико-социальные. Большинство пожилых людей, особенно проживающих одиноко, нуждаются в большей или меньшей степени в медицинском наблюдении и уходе, имеющем системный характер. Сюда же можно отнести и потребность пожилого человека в психологической поддержке и психиатрической помощи.

«Поступление в дом-интернат, изменение привычной жизнедеятельности является критическим моментом в жизни пожилого человека. Непредвиденные ситуации, новые люди, непривычная обстановка, неясность социального статуса - эти жизненные обстоятельства заставляют пожилого человека не только приспосабливаться к внешнему окружению, но и реагировать на изменения, происходящие в нем самом. Процесс адаптации к новым условиям происходит очень болезненно и у каждого индивидуально, поэтому задачей работников дома-интерната для престарелых и инвалидов, прежде всего, является создание благоприятных условий для проживающих, позволяющих менее болезненно привыкнуть к новым условиям проживания, освоиться в новой среде, завести новых знакомых, влиться в коллектив и стать активным членом общества»[26].

Процесс адаптации к условиям проживания в домах-интернатах для

престарелых идет часто очень болезненно. Человек, проживший большую часть своей жизни, имеющий богатый эмоциональный и часто интеллектуальный опыт, свои взгляды, привычки попадает в совершенно новую среду, в которой установлены другие режим, нормы и правила. Жить теперь приходится с двумя и более соседями, совершенно чужими прежде людьми, у которых свой жизненный опыт, свои привычки и пр. Попадая в эти новые условия человек, кроме прочего, должен осознать факт не временного пребывания в этом месте, а то, что весь остаток жизненного пути ему придется жить именно здесь, следуя новым правилам, в окружении не родных ему людей. Человек, таким образом, остается один на один со своей старостью, острым переживанием одиночества, чувствами тревоги, обиды, неполноценности.

Так или иначе, попадая в непривычные (индивидуальным сознанием трактуемые как экстремальные) условия проживания, человек вынужден проявлять совокупность адаптационных резервов организма, имеющих общий защитный характер. Функциональное состояние, развивающееся под влиянием стрессоров (различных по силе и длительности неблагоприятных воздействий), называется стрессом. Г.Сельеввел в связи с рассмотрением сущностных характеристик стресса понятие «адаптационный синдром», в котором описаны три стадии:

1. Стадия тревоги, которая может продолжаться от нескольких часов до нескольких суток и включает фазы шока и противошока. На последней происходит мобилизация защитных реакций организма.

2. Стадия сопротивляемости характеризуется повышением устойчивости организма к различным воздействиям.

3. Стадия, когда наступает или стабилизация состояния и выздоровление, или истощение, которое может кончиться гибелью.

Известно, что в пожилом возрасте происходит обеднение мотивации, дезактуализация творческих потребностей и активации потребностей в физической и социальной безопасности. Польские геронтологи провели

исследование потребностей престарелых в опеке и заботе. Результаты подтвердили распространенную точку зрения о том, что престарелые активно (а порой весьма агрессивно) отстаивают свое право на опеку над ними. Но вместе с тем, пожилые люди далеко не всегда склонны принимать предложенную помощь в виде опеки: большинство участников исследования нуждались не в опеке, а в поддержке, и сами выражали готовность сотрудничать на равных[16].

Мы уже приводили близкое нам мнение Л.И.Анцыферовой о том, что главной жизненной задачей стареющего человека становится снятие неопределенности и построение нового жизненного мира. На первый взгляд, эта проблема гораздо проще решается при переселении старых людей в дома-интернаты, жизнь в которых очень размеренна, регламентирована и стабильна. Проживающим лишь надо адаптироваться к этому режиму и этим правилам, а коммуникация с другими обитателями дома-интерната, приятельские и даже дружеские связи сделают свое дело.

Однако, согласно исследованиям, проведенным еще в 70-х гг. прошлого века, перемещение в интернаты оказалось одним из трех предикторов скорой смерти старых людей. «Приюты сильно ограничивают число степеней свободы личности, не стимулируют ее социальной активности,не порождают чувства своей нужности. В них отсутствует такой важный фактор продолжения социально-психологического развития человека, как интенсивное общение между разными поколениями. В процессе межпоколенного общения старые люди пересматривают свой жизненный опыт, определяют место того, что было создано ими, в аспекте нового уровня развития общества. В интернатах же старые люди изолированы от постоянно обновляющегося потока общественной жизни. Они ощущают себя ненужными, их самооценка резко снижается. А самообесценивание - одно из главных препятствий для актуализации и совершенствования резервных возможностей стареющего человека»[34].

Психологическаяадаптация пожилых людей к проживанию в домах

интернатного типа проходит менее тяжело, если до этого они былиподробно проинформированыо функционировании этих учреждений. Согласно данным отечественных авторов, большинство пожилых людей (79,9%) имели к моменту поступления в дом-интернат элементарные сведения о нем, причем эти сведения имели формальный или искаженный характер[44]. Чаще всего пожилые люди представляли себе о дом-интернат в виде стационарного отделения больницы, со всеми, в том числе чисто медицинскими атрибутами (обходы врачей, доступность медперсонала, регулярные процедуры и пр.).

Переход на постоянное проживание в интернате, социальное и медицинское обслуживание обесценивает взгляды пожилых людей на себя.А.В. Полинотмечает, что в большинстве случаев старики поступают в дома престарелых в состоянии стресса, подавленности, депрессии[31]. «Они становятся в своих глазах людьми, чья компетентность не внушает доверия, кто не способен справляться со своей жизнью» [10]. Тем самым, как отмечает Т.Бут, «они вынуждены играть роль, которая приписывается им этим институтом: учиться приспосабливать свое поведение к формальной рутине повседневной жизни и соответствовать всем ожиданиям обслуживающего персонала. Безразличие и покорность, стимулируемые жизнью в стационарах, ведут к уступчивости пожилых людей, о которой они не задумываются.Недостаток возможностей для выражения индивидуального выбора или личной ответственности ведет к тому, что проживающие в этих учреждениях становятся инертными и беспомощными, их навыки и умения атрофируются»[10].

Зависимость от обслуживающего персонала вызывает страх "возмездия" за возможные выражения недовольства или жалобы со стороны пожилых, за то, что нормальную критику сочтут похожей на черную неблагодарность. Поэтому у пожилых людей существует тенденция давать высокую оценку буквально по всем пунктам во время опросов. Пожилые часто не чувствуют себя достаточно квалифицированными, чтобы комментировать адекватность или качество сервиса.

Исследователи указывают, что зачастую в домах-интернатах в восприятии персонала (и, как следствие, обитателей) возникает нежелательная фиксация на чисто болезненной стороне старческой немощности и дряхлости. Так называемые «ролевые» отношения, которые устанавливаются между медицинским персоналом и пожилым человеком, не способствуют правильной ориентации на свое старение[21].

Л.М. Ким, исследуя категорию лиц из дома-интерната для пожилых и инвалидов, делает следующий вывод:«Основными поведенческими актами адаптации или непринятия наличной ситуации для людей данной категории являются следующие механизмы: потребленческая позиция относительно государственного обеспечения; психологическая защита в виде вытеснения и подавления, которые создают видимость внешнего благополучия; ипохондрические реакции на любое внимание к ним со стороны (в связи с депривацией ощущения жизненной новизны и искреннего внимания родственников); регрессия и/или агрессия как механизмы психологической защиты от сложившийся ситуации» [17].

Поэтому сейчас более адекватной формой социального обслуживания пожилых людей принято считать распространенную в последнее время у нас в стране форму - на дому. Многие западные страны, начиная с 80-90 гг. прошлого века, стали все шире практиковать переход от институциональности к уходу на дому. Такой уход значительно облегчает финансовую нагрузку государства, но подразумевает семейную ответственность по отношению к пожилым членам семьи.

А.Г.Лидерс пишет о том, что вРоссии в целом«улучшилось качество ухода за больными деменцией, прежний подход (раз они ничего не понимают, то можно к ним относиться кое-как) был переосмыслен и осужден» [21]. Не в последнюю очередь это связано с тем, что ухаживающие за стариками поняли, что от качества ухода зависит длительность сохранности умственных способностей у больных, и они лучше себя чувствуют. «Хороший уход за больными деменцией требует от того, кто

ухаживает, «большего присутствия» - до такой степени, что это выходит за рамки «здравого смысла», ибо требует высочайшего уровня сопричастности, эмпатии, гибкости мышления. Это должны быть одаренные люди, которые могут выдумывать, угадывать, что требуется человеку с диагнозом деменция» [21].

Чтобы продемонстрировать, что условия проживания в закрытых учреждениях менее предпочтительны, чем проживание пожилых людей в своем доме, обратимся к комментариям Г.Крайг об интернатах, где проживают пожилые американцы. Конечно, отмечает она, существует множество хороших учреждений, в которых старики окружены заботой. «Тем не менее, в последнее время стало известно, что жизнь во многих домах престарелых скучна и бессмысленна, а обитатели их пассивно ждут конца. Людей, готовящихся к переезду в дом престарелых или дом инвалидов, часто переполняет тревога и страх. У них также могут проявляться многие характерные признаки, свойственные людям, уже находящимся в таких учреждениях - апатия, пассивность, душевная боль или депрессия. Непрерывное течение их жизни будет нарушено; их ожидает потеря независимости, разлука с дорогими их сердцу вещами и привычным образом жизни. Переступив порог дома престарелых они, возможно, еще острее почувствуют, что их идентичность под угрозой (из мистера Такого-то и миссис Такой-то они превратятся в «голубчика» или «милочку»), и им, возможно, придется подчиняться незнакомым и неприятным правилам внутреннего распорядка»[19, с. 891].

Несмотря на столь критические замечания, считаем необходимым перечислить те достижения в американской социальной политике, которые, кроме прочих, могли бы стать ориентирами в разрабатываемых сегодня в нашей стране программах социальной помощи старикам, имеющим различные виды дефицитарности. Так, социальные службы в Америке предлагают пожилым людям множество услуг, в том числе различные виды транспортных перевозок, включая таксомоторные; обеспечение в опасных

районах пожилых людей сопровождающими; доставку пищи на дом; уход на дому, осуществляемый медицинскими работниками; помощь по хозяйству; посещения сотрудниками социальных служб; телефоны доверия; культурные услуги, например передвижные библиотеки и другие библиотечные программы, бесплатное или со скидкой посещение музеев и концертов; возможность завести приемных внуков или выполнять другую работу на общественных началах или за плату; различные виды юридической помощи. Проводятся также эксперименты по осуществлению общественных программ ухода за престарелыми, когда люди, которые в противном случае оказались бы в интернате, получали круглосуточный уход в домах частных лиц.

Изучая фазы жизненного пути, Б.Г.Ананьев показал, что их особенности определяются не только социальными факторами, но и смыслом жизни. С этих позиций он проанализировал так называемый «парадокс завершения человеческой жизни», суть которого в том, что «умирание» форм человеческого существования наступает нередко раньше, чем «физическое одряхление от старости»[7]. В условиях социальной изоляции происходит ломка, сужение смысла жизни, что приводит к деградации личности. Стоит ли говорить, что сугубая изоляция проживающих в домах-интернатах отнюдь не способствует смысловому наполнению жизни и, как следствие - велик риск того самого «умирания» форм истинно человеческого существования.

Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей стратегий совладания у пожилых людей, проживающих в доме ветеранов

2.1. Описание схемы эмпирического исследования

В качестве основной базы исследования был выбран ГАУСО «Пензенский дом ветеранов».Дом является медико-социальным учреждением по оказанию помощи пожилым и старым людям и инвалидам. Структурно он состоит из трех отделений: 1-ое отделение - отделение социальной реабилитации (для больных с хроническими заболеваниями которые могут себя самостоятельно обслуживать и заниматься трудотерапией); 2-ое отделение - отделение медицинской реабилитации (для больных с характерными заболеваниями, находящихся на частичном обслуживании); 3-е отделение - отделение милосердия (для больных, находящихся на постельном режиме и требующих постороннего ухода и паллиативной помощи).

Отметим, что в перечень услуг, заявленных администрацией дома ветеранов, входят, помимо прочего, социально-психологические услуги: оказание психологической поддержки, проведение психокоррекционной работы;социально-психологическое консультирование. Однако в реальности пожилые люди не получают квалифицированной психологической помощи, поскольку психолога в учреждении нет, а в недавнем прошлом была ликвидирована также ставкапсихиатра.Работает невролог, который, по-видимому, частично берет на себя функции психиатра.

В эмпирическом исследовании приняли участие люди позднезрелого возраста от 69 до 82 лет. 20 человек из 1-го отделения дома ветеранов

составили экспериментальную группу – ЭГ (8 мужчин и 12 женщин). В контрольную группу (КГ) вошли 20 пожилых человек (7мужчин и 13 женщин), проживающих в семьях. Руководствуясь принципом репрезентативности, мы постарались максимально приблизить обе выборки по возрастному цензу (так, количество человек до 70 лет, от 70 до 75 и от 75 до 82 в обеих группах примерно одинаково).

Таблица 1

Возрастной состав двух эмпирических выборок

Возраст	экспериментальная группа		контрольная группа	
69-70	2 ч.	10%	3 ч.	15%
70-75	8 ч.	40%	7 ч.	35%
75-82	10 ч.	50%	10 ч.	50%
Всего	20 человек	100 %	20 человек	100 %

У пожилых людей, составивших экспериментальную группу исследования, в 65% случаевмедико-социальные причины нахождения в доме ветеранов. Эти пожилые в большей или меньшей степени нуждаются в медицинском наблюдении и уходе, имеющем системный характер. Факт нахождения в закрытом учреждении воспринимается ими не так болезненно, как другими категориями жильцов дома ветеранов, поскольку их недуги как бы оправдывают их пребывание в условиях, подобным больничным.

20% респондентов экспериментальную группы оказались в доме-интернате по психологическим причинам (невозможность проживания в семье с близкими и родными из-за хронического микросоциального конфликта по разным причинам).

15% имели социальные причины для помещения в дом ветеранов: отсутствие у пожилого человека своего жилья или неудовлетворительное жилье, минимальный размер пенсии, отсутствие социальных служб поблизости от места жительства.

У пожилых людей, составивших экспериментальную группу исследования, в 65% случаев в медицинских картах зафиксированы различные заболевания сердечно-сосудистой системы - ишемическая болезнь сердца, стенокардия, кардиосклероз, мерцательная аритмия. В беседе с испытуемыми контрольной группы также выяснялись в корректной форме диагностированные у них заболевания. У 8 человек (40%), по их словам, имеются мерцательная аритмия, ИБС, стенокардия.

Во всех случаях тестирование проходило индивидуально. Отметим, что вопреки нашим опасениям (обусловленным, по-видимому, все тем же эйджизмом), пожилые люди, хотя и несколько медленно, однако с достаточной степенью заинтересованности и довольно выраженным пониманием смысла вопросов, реагировали на стимульный материал.

Для сравненияхарактеракопинг-стратегий у испытуемых, а такжеуровней тревожности и одиночества контрольной и экспериментальной групп были использованы следующие психодиагностические методы:

1. Тест психических защит, предложенный Р.Плучиком. Цель данного теста-опросника - выявить преобладающие механизмы психических защит. При обработке диагностических данных выявляется ведущий (ведущие) тип защиты у данного испытуемого, фактически определяется «профиль психических защит» человека. Опросник позволяет определить наличие следующих видов защит: отрицание, компенсация, рационализация, регрессия, замещение, проекция, реактивные образования, вытеснение.

2. Копинг-опросникдлявыявления стилистики совладающего поведения личности.

В теоретической части мы много внимания уделили роли совладающих стратегий в приспособлении к старению и старости. Нас интересовало на эмпирическом этапе исследования, насколько эти стратегии различаются у стареющих людей, находящихся в контексте семейного общения и лишенных его.

В данной методике предлагается следующий ряд копинг-стратегий:

- решение проблемы,
- позитивное избегание с помощью мышления,
- поиск социальной поддержки,
- позитивная переоценка,
- самообвинение.

3.Модифицированная шкала измерения одиночества UCLA.Цель данной методики – определение уровня субъективного ощущения одиночества личности. Тест состоит из 20 утверждений, которые испытуемый последовательно и дифференцированно оценивает по отношению к своей актуальной жизненной ситуации. В конце подсчитывается общая сумма баллов, позволяющая заключить о наличии и уровне ощущения одиночества у данного человека. Понятно, что в нашем случае индивидуальные результаты нивелировались при сведении их в групповой показатель, однако это диктовалось задачами нашего исследования.

4. Тест «Исследование тревожности» Ч.Д.Спилбергера.Эта широко известная в психологической практике методика адаптирована Ю.Л.Ханиным.В силу большой тиражированности данной диагностической методики, мы посчитали нецелесообразным приводить ее описание ни в рамках основного текста, ни в приложениях.

5.Т-критерий Стьюдента для независимых выборок. Параметрический метод для проверки гипотез о достоверности разницы средних при анализе количественных данных о популяции с нормальным распределением и с одинаковой вариансой.

2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования

Беседа, сопровождающая процесс психодиагностики, показала, что

среди жалоб психологического свойства у испытуемых экспериментальной группы чаще всего высказывались: частые субдепрессивные состояния; ощущение своей ненужности, заброшенности; обида на персонал или других жильцов дома ветеранов (примечательно, что в адрес родных, оставшихся за пределами учреждения, обида практически не высказывалась).

Пожилые люди из контрольной группы испытывают, кроме материальных затруднений (70%), дефицитарность близких эмоциональных связей («тоскую по умершему мужу (жене)», «меньше стало друзей», «иногда бывает ощущение, что дети и внуки меня не любят») - 45%. Некоторые члены этой выборки высказывали сожаление об утере своего прежнего социального статуса, связанного с профессией, и общественного уважения, сопровождающего их профессиональную деятельность. Примерно в четверти случаев звучали негативные оценки современной социально-экономической ситуации в России и сожаления о советском прошлом.

Анализ данных начнем с самой объемной из использованных в исследовании методик – теста психических защит. Он позволяет определить ведущие защитные стратегии на индивидуальном и групповом уровнях, а также выявить уровень склонности личности к защитным способам реагирования в эмоционально напряженных ситуациях. В таблице 2 представлены групповые данные о преобладающих типах психических защит в двух группах:

Таблица 2

Данные о наличии психических защит

Тип защиты	ЭГ (ср. балл)	S_1	КГ (ср. балл)	S_2	$t_{эмп.}$
Отрицание	6,7	2,01	4,5	1,64	3,61
Компенсация	4,4	2,63	3,2	1,37	1,92
Рационализация	7,9	1,54	6,1	1,41	3,17
Регрессия	6,2	2,53	7	2,52	1,09
Замещение	2,1	1,87	2,6	2,03	0,67
Проекция	9,1	2,49	6,7	1,58	3,68

Реактивные образования	5,9	1,73	5,1	2,41	0,88
Вытеснение	4,5	1,58	3,3	2,25	1,34

Отметим, что $t_{кр.}$(p=0.05)равен при выборке в 40человек 2,021. Превышение этого показателя в $t_{эмп.}$, зафиксированное в таблице 2, свидетельствует о значимости полученных различий между двумя группами испытуемых по таким видам психических защит, как отрицание, рационализация, проекция. По шкале «компенсация» различия приближены к достоверным.

По другим видам защит различия оказались недостоверными.

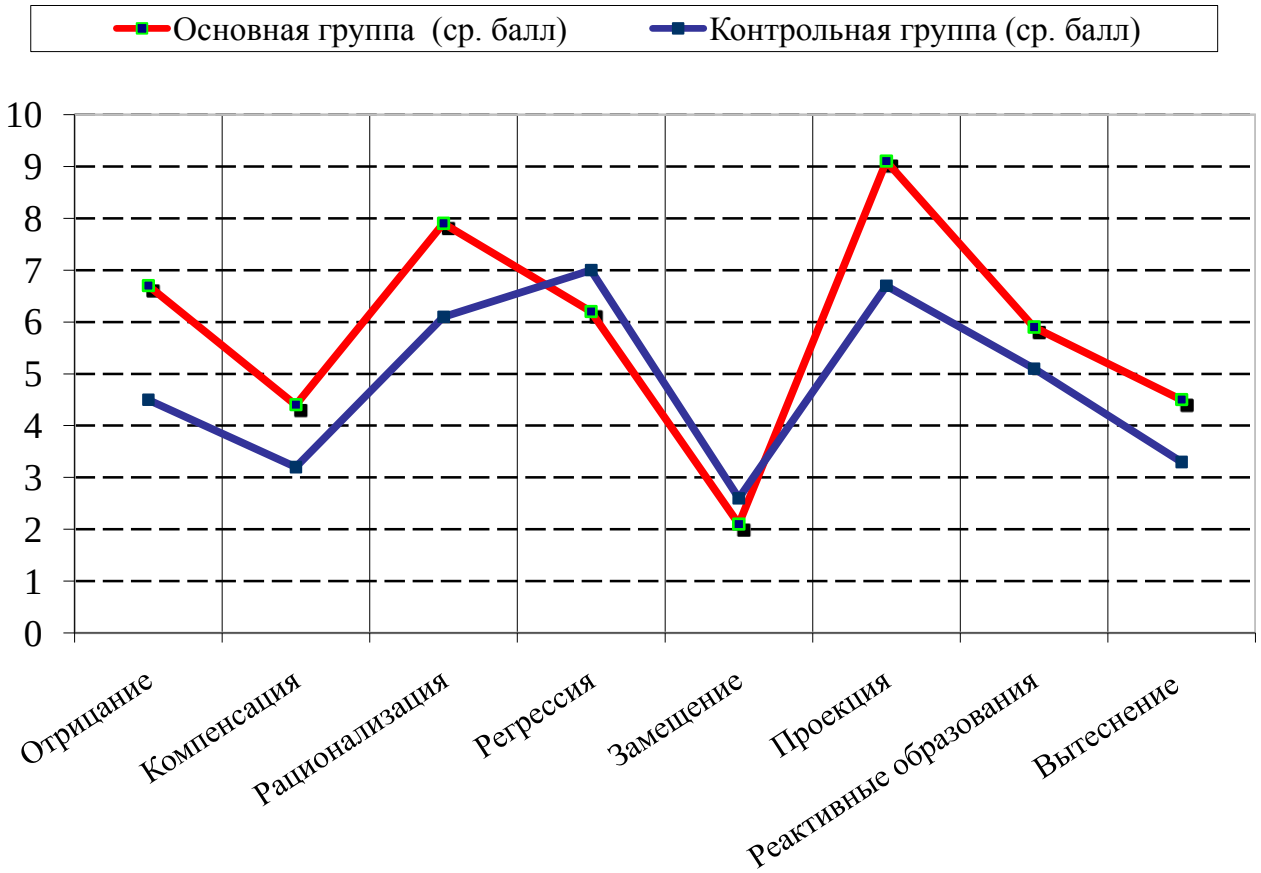

Рис. 1 Соотношениегрупповых данных о наличии психических защит у пожилых людей из ЭГ и КГ

Очевидно, что в группе пожилых людей из дома ветеранов отмечается

преобладание всех типов психической защиты по сравнению с контрольной группой. Это обстоятельство мы обсудим ниже, а пока следует проанализировать такое преобладание внутри каждой из групп, а также в межгрупповом сравнении.

В экспериментальной группе среди всех типов защит на первом месте - проекция, второе место занимает рационализация и третье - отрицание. Все названные типы защиты, как принято считать в психологической науке, являются крайне неконструктивными и свойственны по большей части людям, имеющим высокий уровень экстернальности (склонность приписывать причины происходящего в собственной жизни внешним факторам - окружающей среде, судьбе или случаю).

Действительно, по сравнению с такими, например, типами защит, как компенсация или реактивные образования, три названных типа защиты минимально востребуют от личности ответственность за собственные действия и обстоятельства своей жизни. В случае с проекцией человек просто «навешивает» на других ярлыки, подозревая и укоряя их в чем-то негативном, чем, скорее всего, обладает сам (свойствами личности, характеристиками поведения и пр.). Рационализация позволяет уйти от ответственности перед другими и самим собой, облекая неблаговидные мысли, желания, поступки в социально одобряемые мотивировки и истолкования. При этом истолкование чаще всего содержит оправдательный смысл по отношению к собственной персоне и обвинительный – в адрес окружающих (событий, жизни в целом). Отрицание вообще является одной из самых инфантильных, незрелых форм реагирования на трудности, когда речь о личной ответственности за себя и свою жизнь не может идти в принципе.

Таким образом, можно констатировать, что высокие баллы по всем обсуждаемым типам защит сопровождаются их спецификой. Мы имеем в виду то, что в ряду всех 8 типов защит, каждая из которых, с точки зрения современной психологии, является неконструктивным способом совладания

с трудной ситуацией, три – проекция, рационализация и отрицание – являются, если можно так выразиться, особенно неконструктивными, актуализирующими крайне незрелые, инфантильные, экстернальные формы психического отражения.

Хотя проекция и рационализация также лидируют в контрольной группе (что можно объяснить как возрастной, так и культурной однородностью двух групп), однако видно, что по средним баллам они значительно уступают своим ровесникам из экспериментальной группы, иначе говоря - хотя эти два вида защиты также чаще других используются пожилыми людьми, проживающими в семейных условиях, однако в общем жизненном контексте эти люди существенно реже прибегают к защитному реагированию вообще, и к проекции с рационализацией, в частности.

Таким образом, можно констатировать, что испытуемые экспериментальной группы значимо чаще своих ровесников из контрольной группы прибегают к действию психических защит, предпочитая при этом самые неблагоприятные из них с точки зрения психологии здоровья. Комментарии по этому поводу могут состоять в следующем:

- ситуация помещения пожилого человека в закрытое учреждение, как отмечалось выше, является стрессовой, что вполне объясняет актуализацию разных форм психических защит у человека;

- однообразие, событийная бедность жизни пожилых людей в доме-интернате способствует жесткой фиксации определенного вида защиты, лишая человека известной маневренности реагирования на меняющиеся условия, как это могло бы быть, если бы он имел более широкий социальный контекст жизнедеятельности;

- сам уклад жизни в закрытом учреждении, внешняя, заданная регламентация событий, режимность, а также патерналистские установки со стороны персонала по отношению к пожилым людям, заостряют, делают более выраженными экстернальные характеристики в поведении и способах реагирования этих людей.

Представим сводные данные об удельном весе психических защит в двух группах. Этот вес определялся следующим образом: выявлялся суммарный балл по всем типам защит в интерперсональных данных. В тесте 92 вопроса, соответственно, сумма позитивных ответов испытуемого не могла быть больше 92. Если сумма утвердительных ответов превышает 46 баллов, можно предположить, что субъект прибегает к механизму защиты в более половины ситуаций, требующих психоэмоциональных затрат. По-видимому, это обстоятельство не может оцениваться как норма с точки зрения психологического здоровья личности, поскольку в психологической науке преобладает точка зрения о неконструктивности защитных стратегий при реагировании личности на фрустрирующую ситуацию.

В нашем исследовании были испытуемые, показавшие суммарный балл по обсуждаемой методике меньше 30, однако чаще обнаруживалось, что этот балл выше сорока, в трех случаях (все - из группы пожилых людей, проживающих в доме-интернате) - более 60, в одном случае этот балл составил 80. Очевидно, что в таких случаях, хотя психические защиты стали привычным способом справиться с фрустрацией, и, следовательно, помогают субъекту в адаптации к трудным условиям, такая фиксированность на преимущественно неконструктивных способах реагирования влечет за собой множество внутри- и межличностных конфликтов, делая личность несвободной в определении стратегии своей жизни.

Представим средние групповые показатели степени психических защит в каждой из исследуемых выборок, в том числе – гендерные различия в каждой группе.

Таблица 3

Сравнительные данные об общем уровне психических защит

Суммарный балл уровня защитного реагирования	ЭГ	КГ
Общий балл по группе	47,8	38,7
Женщины	55	42,3
Мужчины	40,6	35,1

Данные, представленные в таблице 3, убедительно свидетельствуют, что к защитным способам реагирования чаще прибегают люди, проживающие в доме-интернате, а также пожилые женщины по сравнению с пожилыми мужчинами. Первое обстоятельство мыпо-прежнему склонны объяснять жизненной ситуацией испытуемых из экспериментальной группы. Помещение в учреждение интернатного типа, адаптация к условиям проживания в нем, а, главное, адаптация к мысли, что эти условия будут неизменны до конца жизни, заставляет пожилых людей значительно сузить круг осознаваемых явлений из-за очевидной их болезненности, и фиксированно прибегать к психическим защитам, чтобы каким-то образом гармонизировать свое внутреннее состояние.

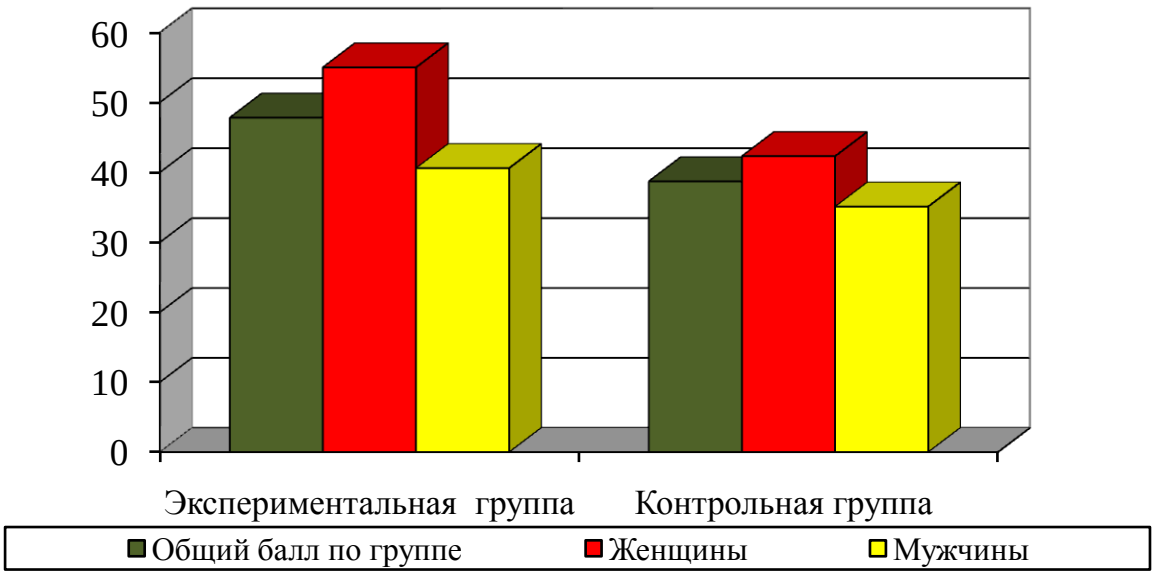

Рис. 2. Соотношение данных об общем уровне психических защит

Что касается половых различий, то они вполне согласуются с имеющимися научными данными о большей склонности женщин к использованию механизмов психологической защиты. Видно, однако, что женщины экспериментальной группы значимо чаще не только мужчин из своей выборки, но и женщин, проживающих в семьях, демонстрируют защитные способы реагирования. По-видимому, это связано с усугублением данной, свойственной женщинам в принципе, особенности, в если не

экстремальных, то не вполне нормальных условиях жизни.

Обратимся к данным, полученным по методике «Копинг-опросник». По сути, эта методика продолжает предыдущую, помогая исследовать способы совладания личности с трудными жизненными ситуациями. Но в данном случае происходит как бы большая конкретизация задаваемого контекста для реагирования испытуемого и, кроме того, большая, по сравнению с тестом Р.Плучика, апелляция к сознательным структурам саморегуляции личности.

Сравнительные диагностические данные экспериментальной и контрольной групп по методике «Копинг-опросник» приведены в следующей таблице:

Таблица 4

Показатели групповых различий в копинг-стратегиях

Виды копинг-стратегий	Экспериментальная группа			Контрольная группа			S_1; S_2	$t_{эмп.}$
	М	Ж	средн	М	Ж	средн		
Решение проблемы	2,9	3	2,95	2,9	2,4	2,65	0,38; 0,37	1,1
Позитивное избегание с помощью мышления	2,7	2,9	2,8	2,9	2,9	2,9	0,42; 0,64	0,3
Поиск социальной поддержки	2,8	2,9	2,85	3,1	3,7	3,4	0,52; 0,68	1,76
Позитивная переоценка	3	2,7	2,85	3	2,9	2,95	0,41; 0,35	0,28
Самообвинение	2,7	2,4	2,55	1,4	2,1	1,75	0,88; 1,09	1,88

$t_{кр.}$- 2, 021

Оговоримся, что, поскольку данный опросник сконструирован таким образом, что удельный вес вопросов, выявляющих каждую из пяти копинг-стратегий, неодинаков, мы, составив соответствующие процентильные ряды, переводили сырые баллы в стеновые, поэтому индивидуальные данные еще больше нивелировались, и различия по группам оказались менее

выраженными, чем в предыдущем случае, at эмп.ни по одной шкале не показал достоверных различий. Однако можно говорить о некоторых различиях в тенденции.

Данные, приведенные в таблице, свидетельствуют о наличии, по крайней мере, двух отличий между сравниваемыми группами. Во-первых, очевидно, что пожилые люди, живущие совместно с семьей, чаще прибегают к такой копинг-стратегии, как социальная поддержка. Думается, это связано не столько с большей потребностью этих испытуемых обратиться за помощью к окружающим в трудную минуту, сколько с безусловно большей возможностью сделать это. Пожилые люди из экспериментальной группы, с одной стороны, не просто окружены множеством людей, а окружены ими постоянно, но, с другой стороны, понятно, что это множество людей чаще всего не являются эмоционально близкими, теми, с кем могут завязаться доверительные, интимно-личностные контакты. Скорее всего, именно поэтому пожилые люди из дома ветеранов реже прибегают к социальной поддержке в ситуации совладания с трудностями.

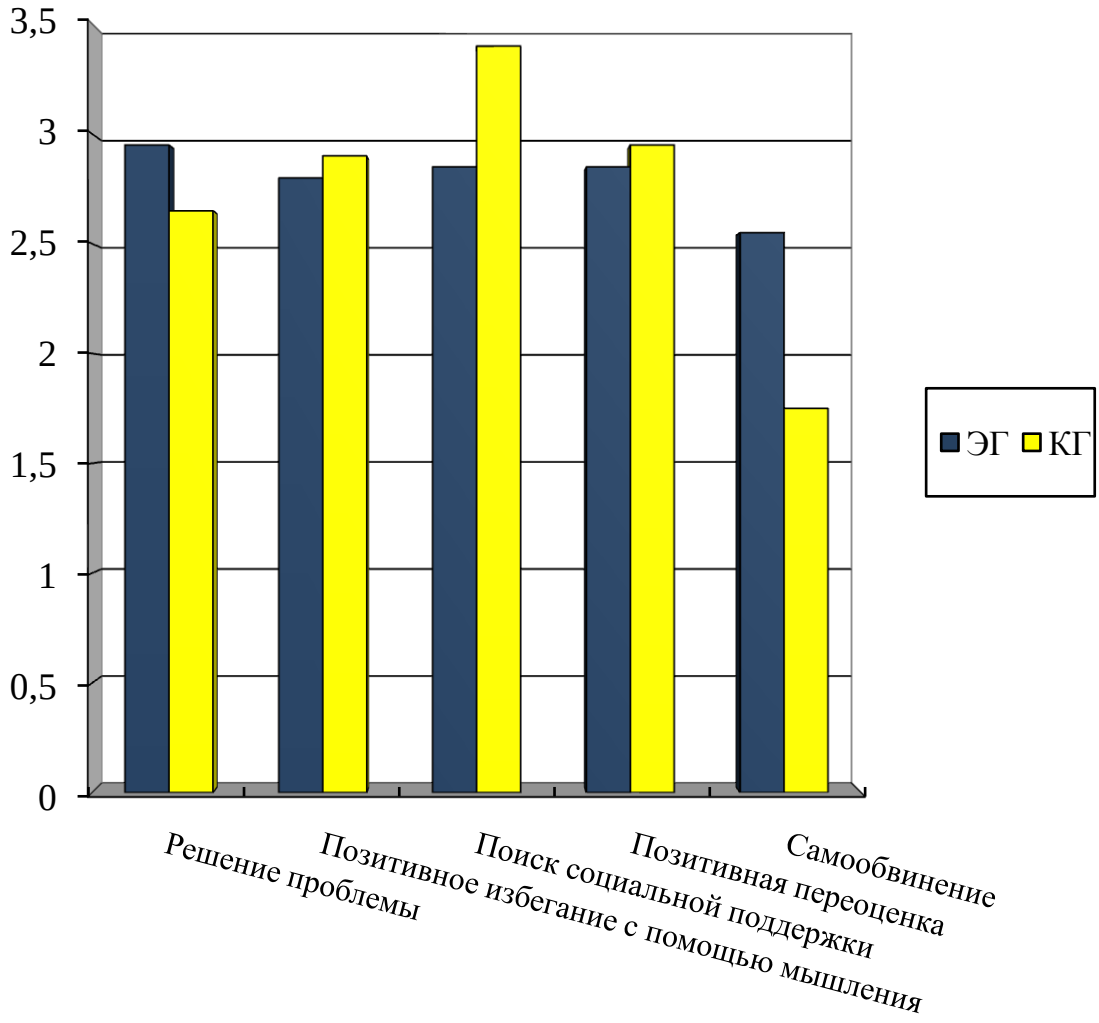

Рис. 3. Соотношение средних показателей предпочтения копинг-стратегий у исследуемых групп

Обнаружены также различия между испытуемыми двух выборок в выраженности самообвинения. Оно более выражено у пожилых людей из дома ветеранов. По-видимому, это объясняется реакцией на оценку факта своего помещения в условия учреждения: итог жизненного пути осмысливается, возможно, как некое наказание за сделанные в прошлом ошибки и нарушенные в этой связи отношения с родными. Вывод – «я виноват в большинстве трудных ситуаций, которые случаются у меня и сегодня». Возможно также, что самообвинение – результат общения с персоналом учреждения, относящегося к своим подопечным снисходительно-педагогически.

Можно отметить, что, хотя различия оказались статистически

недостоверными, есть некоторое превышение показателя такой копинг-стратегии как «решение проблемы» в экспериментальной группе. Это можно истолковать как в позитивном ключе (активная деятельная позиция членов данной группы испытуемых), так и в негативном – как свидетельство наличия большего количества проблем, сопровождающих жизнь пожилых людей в доме ветеранов.

Обнаружен также факт зеркального отражения в гендерных различиях внутри экспериментальной и контрольной групп. В экспериментальной группе чаще прибегают к стратегии самообвинения мужчины, а в контрольной группе - женщины. Если верно наше предположение о самообвинении как реакции на жизненные итоги, то, по-видимому, пожилые мужчины из дома ветеранов острее ощущают определенную несостоятельность, поскольку традиционно мужчине приписываются «достигающие» характеристики. Что касается пожилых женщин из контрольной группы, то это, скорее всего, связано с продолжающейся и в зрелых возрастах тенденцией к большей интернальности женщин, особенно в сфере семейных отношений.

Достаточно много места в теоретической части работы было уделено феномену одиночества в поздней зрелости. Обратимся к данным, полученным в ходе диагностики основной и контрольной групп по методике «Шкала измерения одиночества UCLA».Цель данной методики – определение уровня субъективного ощущения одиночества личности. Тест состоит из 20 утверждений, которые испытуемый последовательно и дифференцированно оценивает по отношению к своей актуальной жизненной ситуации.

Таблица 5

Показатели уровня субъективного ощущения одиночества личности

	М	Ж	Общий по группе	S	t эмп.
Экспериментальная группа	45,4	47,6	46,5	2,78	

Контрольная группа	39,1	43,5	41,3	3,12	2,14

Таким образом, показатели уровня субъективного ощущения одиночества значимо больше ($t_{эмп.}$ = 2,14 при $t_{кр.}$= 2,02) в группе пожилых людей, проживающих в доме-интернате. В обеих группах также зафиксировано некоторое превышение ощущения одиночества у женщин по сравнению с мужчинами.

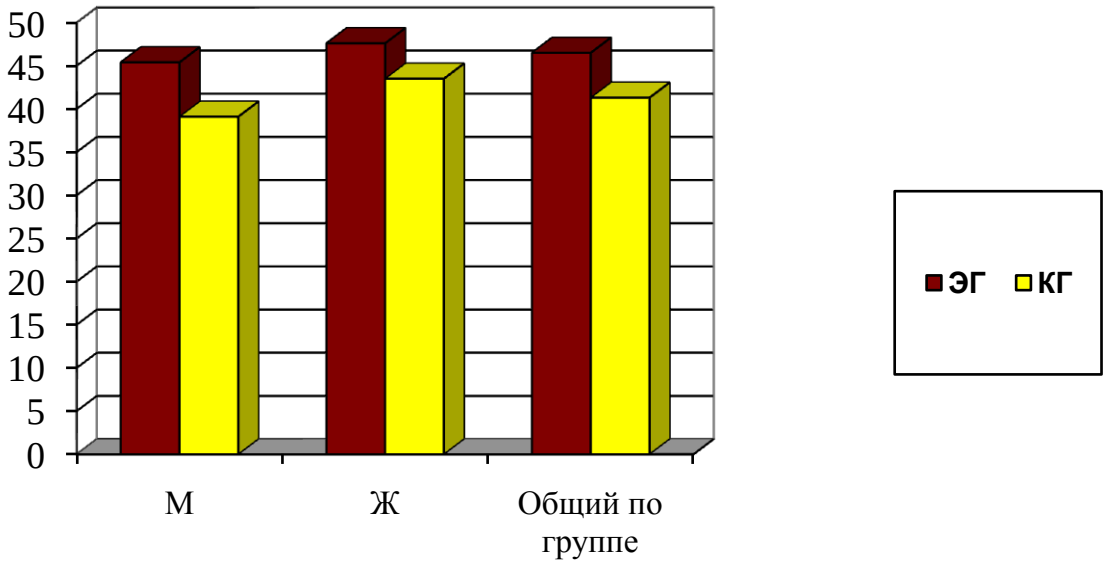

Рис. 4. Соотношение среднихпоказателей уровня субъективного ощущения одиночества

Оба эти обстоятельства не являются неожиданностью. Одиночество - переживание состояния отчужденности человека от общества.То, что такое состояние чаще переживается испытуемыми экспериментальной группы, не требует комментариев. Особенно акцентируется это переживание, имея в виду второй из названных в теоретической части работы конструктов одиночества: состояние, связанное с субъективным переживанием изоляции от других людей на фоне объективно наблюдаемой включенности человека в межличностные отношения. Проживающие в доме ветеранов постоянно включены в межличностные контакты, однако эти контакты не являются результатом свободного выбора личности, кроме того, их постоянство и

неизменность сами по себе могут играть роль фрустрирующего фактора.

Полученные психодиагностические данные убедительно подтверждают известные из научной литературы закономерности: одиночество по определению является результатом дефицитарности человеческих отношений;одиночество является внутренним и субъективным психологическим переживанием и не может быть идентифицировано с фактической изоляцией.Переживание одиночества связано с когнитивной оценкой качества и удовлетворенностью людьми своими социальными связями. Очевидно, что психотерапевтические воздействия в работе с пожилыми людьми из дома ветеранов должны быть направлены, прежде всего, на нейтрализацию этого негативного состояния с помощью гармонизации межличностных контактов пожилых людей. Приоритетную роль в этом могут играть групповые методы психотерапевтического воздействия.

Отобразим данные, полученные по шкале UCLA, в соответствии с разделением уровня субъективного ощущения одиночества на низкий, средний и высокий, продемонстрированные отдельными испытуемыми обеих выборок.

Таблица 6

Данные о количестве лиц с разным уровнем ощущения одиночества

Уровни	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Высокий	40%	5%
Средний	45%	50%
Низкий	15%	45%

Таким образом,получена почти зеркальная картина данных о низком и высоком уровнях ощущения одиночества лицами экспериментальной и контрольной группы.

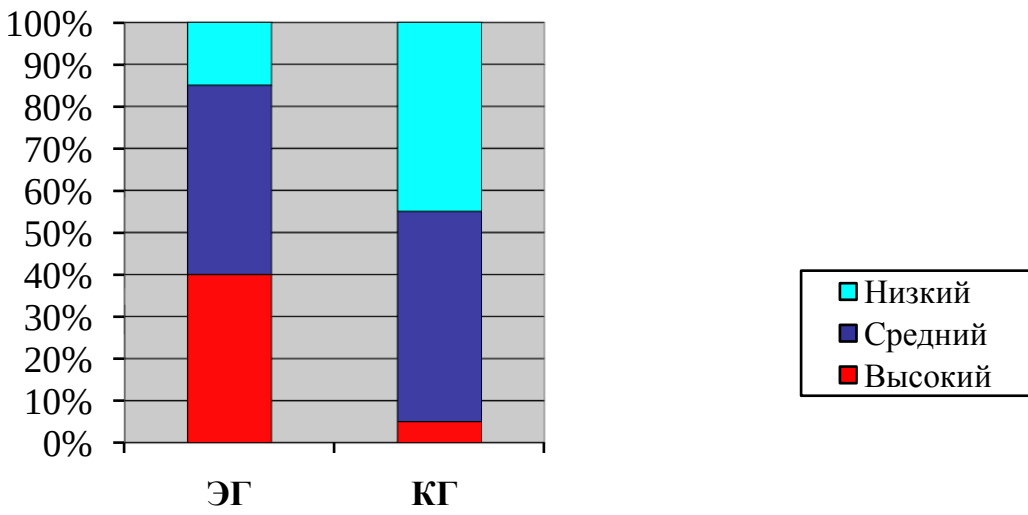

Рис. 5. Распределение показателей уровня одиночества в исследуемых группах

По-видимому, подтверждение факта о большем уровне чувства одиночества у лиц позднезрелого возраста, находящихся вне семейного окружения, могло быть еще более убедительным. Однако полученные нами данные о большей склонности этих лиц к психологическим защитам (методика Р.Плучика) свидетельствуют о том, что во многих случаях реальное ощущение одиночества у испытуемых экспериментальной группы не осознается в силу защитного отрицания, вытеснения и пр.

Для исследования уровня тревожности пожилых людей мы использовали ту часть методики Ч.Д.Спилбергера, которая выявляет личностную тревожность (вопросы №№ 21-40). Мы посчитали нецелесообразным диагностировать ситуативную (реактивную) тревожность, поскольку она малоинформативна в контексте нашего исследования. Кроме того, известно, что пожилые люди могут проявлять в непривычных ситуациях, особенно условиях эксперимента, повышенную тревогу, что, безусловно, сказалось бы на уровне показателей.

Таблица 7

Данные о соотношениилиц с разным уровнем тревожности

Уровни	Экспериментальная группа			Контрольная группа		
	69-70 л	70-75л	75-82 л	69-70 л	70-75л	75-82 л
Низкий (до 30 баллов)	-	-	-	-	-	-
Средний (31-44 балла)	5%	-	15%	10%	20%	25%
Высокий (более 45 баллов)	5%	40%	35%	5%	15%	25%

Данные, представленные в таблице, позволяют говорить об общей негативной картине в плане тревожности обеих групп испытуемых. Из 40 человек ни один не показал низкого уровня, средний уровень тревоги чаще встречался в контрольной группе, а высокий – в экспериментальной. В принципе, последнее обстоятельство было ожидаемо и заявлялось в гипотезе исследования. Однако и в контрольной группе оказалось довольно большое количество пожилых людей с высоким (более 45 баллов) уровнем тревожности.

Отсутствие значимых различий между двумя исследуемыми группами особенно очевидно при представлении результатов тестирования по данной методике в виде средних баллов и их статистической обработки.

Таблица 7

Данные обуровне тревожности в средних баллах

	М	Ж	Общий по группе	t эмп.
Экспериментальная группа	42,3	51,3	46,8	1,03
Контрольная группа	44,7	47,1	45,9	

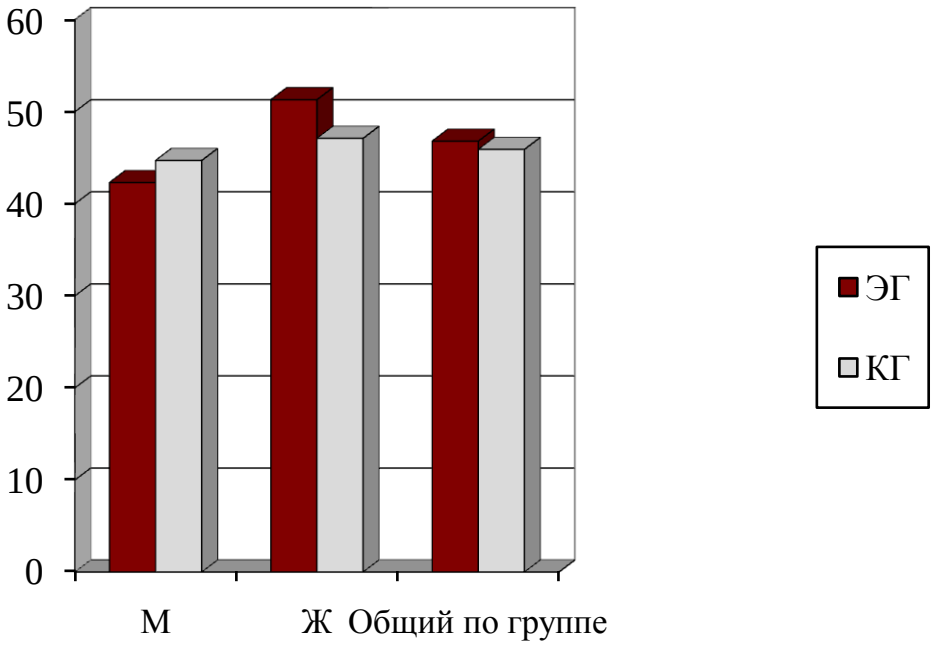

Рис. 6. Распределение показателей уровня тревожности

В данном случае$t_{эмп.} < t_{кр.}$, следовательно, уровень тревожности участников экспериментальной группы не превышает таковой у членов контрольной группы. Мы можем объяснить это следующим:

- возрастной однородностью двух групп (в теоретической части работы указывалось, что многие авторы считают возрастное повышение тревожности закономерным);

- примерной однородностью других демографических характеристик испытуемых (материальный статус, пол, этнические характеристики и др.);

- тем, что пожилые люди, живущие в семье, находясь в ситуации более широкого социального жизненного пространства, имеют больше причин, чем люди из дома ветеранов, для ощущения неуверенности, нестабильности в нынешней социально-экономической ситуации.

Не исключено также, что отсутствие различий обусловлено фактом большей приверженности испытуемых экспериментальной группы к использованию разных видов психической защиты, что сказывается и на снижении осознавания собственной тревоги.

2.3. Рекомендации по психологическому сопровождению адаптации пожилых людей к жизни в доме ветеранов

Описанные в предыдущих частях работы проблемы пожилых людей с очевидностью показывают, что этой части населения необходима квалифицированная помощь. На практике такую помощь призваны обеспечивать врачи-геритатры, другие медицинские специалисты, социальные работники и, конечно, психологи (которые до последнего времени не являлись активными субъектами такой помощи)

Гериатриярешает задачу сохранения здоровья стареющих людей. «Все меры медицинского воздействия преследуют цель активизации подвижности пожилого больного, его способности к самообслуживанию, а если пожилой человек в принципе работоспособен, то и восстановления и повышения посильной общей и профессиональной работоспособности» [39].

Функции социального работникав работе с пожилыми - оказание реальной практической помощи разного характера старым людям, имеющим низкий материальный статус и/или страдающим хроническими болезнями. Социальный работник призван создать условия для их физического выживания и, по возможности, - сохранения их социальной активности.

Что касается психологической помощи, то основаниями для нее, в отличие от врачей и социальных работников, может быть только добровольное обращение за помощьюк психологу, имеющаяся у пожилого человека потребность в такого рода помощи.На деле пожилые люди редко осознают необходимость в психологической помощи, и даже осознав, предпочитают не обращаться к психологу в силу возрастного консерватизма и недоверия в эффективности такой помощи.

Предъявляются следующие требования к личностным качествам психологов и социальных работников, работающих с пожилыми клиентами: доброжелательность и способность к сопереживанию (подчеркивается, что нужно проявлять сочувствие а не жалость, котораяможет снимать с клиента

ответственность за происходящее с ним); честность и порядочность; терпимость и самообладание.

Психологу, работающему с пожилыми клиентами в домах интернатного типа, необходимо знать закономерности адаптационного процесса при поступлении пожилого человека в такое учреждение.

Е.П. Матвеева условно выделяет этапы социальной адаптации к жизни в доме-интернате:

1 этап - принятие решения о проживании в доме-интернате. «Хотя длительность данного этапа может составлять от одного месяца до нескольких лет, большинство поступающих в дом-интернат до последнего момента испытывают неуверенность и сомнения в правильности принятого решения» [26]. Объясняется это прежде всегонизкой информированностью, поверхностными сведениями у пожилого человека об учреждении. «Перед специалистами учреждения стоит задача – максимально обеспечить граждан информацией о деятельности дома-интерната, условиях проживания, медицинском обслуживании, питании, жилищно-бытовых условиях, возможностях проведения досуга и пр. Консультации по телефону, публикация информации в средствах массовой информации, размещение доступной и наглядной информации на сайте учреждения, информационных стендах, распространение буклетов - все это способствует получению большего количества информации о деятельности учреждения, увеличению «порога доверия»» [26].

2 этап – поступление в дом-интернат. Оно начинается с пребывания в приемно-карантинном отделении (от 7 до - 14 дней). Здесь пожилой человекзнакомится с персоналом учреждения, ему рассказывают о правилах проживания и распорядке дня. Медицинский персонал, социальный работник, психолог осуществляют интенсивное наблюдение, с целью получить как можно больше разной информации о поступившем,проводят беседы, изучают документы, в ходе общения выясняют степень мобильности поступившего, его интересы и предпочтения, исследуют жизненный опыт,

адекватность восприятия реальности, составляют «входную» диагностику и предварительный план индивидуального сопровождения. Психолог основывается при этом на социально-психологической диагностике, нацеленной не только на изучение индивидуальных особенностей личности, но и на выявление его самочувствия, стратегий коммуникации, склонности к конфликтам.

3 этап - заселение в комнату. Оно должно основываться на результатах входной диагностики, проведенной всеми специалистами, учитывать индивидуальные особенности пожилого человека. Соседи по комнатемогут подбиратьсяпо возрасту, общности интересов, степени мобильностии пр. Здесь, по мнению специалистов, начинается самый сложный период адаптации. «Пожилому человеку приходится приспосабливаться к режиму дня в учреждении, вынужденному общению с незнакомыми лицами, зависеть от режима работы обслуживающего персонала, находится под наблюдением сторонних лиц, контролировать «вредные» привычки. При переводе пожилого человека в комнату к соседям нередко возникают сложности совместного проживания. Особенно сложно решается вопрос изолированности территории, неопределенность «личного» пространства, что может вызвать нервный срыв, сопровождающийся резкими негативными эмоциональными переживаниями и депрессией» [26].

4 этап – вход в сообщество дома-интерната. Этотэтап зависит от адаптационных ресурсов личности и может длиться от 2до 6 месяцев. «За те месяцы, которые человек провел в доме-интернате у него встает проблема окончательного осознания и принятия (непринятия) нового места жительства, происходит критическая оценка как условий дома-интерната, так и своих возможностей для адаптации к ним»[26]. Считается, что эффективным методом работы с пожилым человеком на этом этапе является «терапия средой», создание благоприятного психологического климата в группах, в которые вовлекается человек. В частности, практикуется создание групп «самопомощи и взаимопомощи», которые объединяют живущих в

доме-интернате людей по разным основаниям (проживание в одной комнате, сходные интересы и пр.). В таких группах пожилыеобмениваются опытом преодоления затруднений, «чувствуют внимание и заботу о себе, поддержку, учатся коммуникации, осознают, что подобные затруднения также свойственны и другим, проживающим в доме-интернате, и это совместное решение проблемы способствует более легкой адаптации к новым условиям, развитию коммуникативных связей, определения социальных ролей» [26].Персонал учреждения активно сопровождает на данном этапе пожилого человека, способствует продолжению связи с родственниками, вовлекает в различные формы организации досуга, практикующиеся в учреждении.

«Конечной целью процесса адаптации можно считать удовлетворенность пожилого человека качеством жизни на данном этапе и приобретением своего особого статуса в обществе, который позволяет ему быть активным в общении, быть занятым интересным делом, осознавать свои потребности и возможности» [26].

Очевидно, что состав проживающих в домах такого типа разнороден. Пожилых людей отличают характеристики здоровья и самочувствия, отношение к процессу старения и своему нынешнему статусу, разная степень стремления к автономии и пр. Однако в большей части это люди, которые в состоянии себя обслуживать, обладая достаточным физическим здоровьем. По-видимому, их выбор в пользу такого проживания, в пользу институциональной социальной помощи связан с неспособностью адаптироваться к изменениям, связанным со старением, в одиночку. Но, вместе с тем очевидно, что переезд в дом-интернат сам по себе является дезадаптивной, стрессовой ситуацией. Резкое изменение привычного образа жизни наряду с социальной изоляцией увеличивает риск возникновения различных заболеваний и даже смертельных исходов у пожилых людей[13].

«Структурируя свой новый образ жизни, личность должна мысленно оперировать не только настоящим и прошлым временем, но также настоящим и будущим. В психологическом, виртуальном будущем субъект

располагает свои замыслы, намерения, предполагаемые события. Все эти образования обладают сильным мотивационным потенциалом, который насыщает структуру настоящего. В реальности же в представлениях старых людей будущее занимает лишь небольшую часть их личностного пространства. Они ставят весьма немногочисленные, едва выходящие за пределы настоящего цели, тем самым обедняя возможности своего личностного роста. Поэтому окружающие должны побуждать пожилых людей ставить и кратковременные, и долговременные цели. В таком случае будущее как бы вторгается в настоящее и увлекает его за собой.

В тех случаях, когда настоящее для человека очень тягостно, он может прибегнуть к «оперированию» своим психологическим прошлым и антиципируемым будущим. К такому приему обращался, находясь в Освенциме, В.Франкл и некоторые его товарищи по заключению. Эти приемы делали менее реальным тяжелое настоящее, оно как бы тускнело. Наступало временное облегчение, актуализирующиеся мажорные эмоции помогали бороться с тяжелым настоящим. Такие стратегии в отличие от механизмов психологической защиты не искажают реальность, которая на короткое время лишь отодвигается, давая некоторую передышку» [33].

Еще один способ временного облегчения человека от тяжких переживаний - создание им для себя «маленьких радостей» на обыденном уровне жизни. Радости эти могут быть настолько незначительными, что люди даже стесняются рассказывать о них (полакомиться чем-то вкусным, достать интересную книгу, посмотреть любимый телесериал и др.).

По данным отечественных источников, в интернатах для престарелых практикуется вовлечение их в активную социально значимую деятельность - дежурить у телефонов, читать газеты ослабленным больным, морально поддерживать людей, находящихся в депрессивном состоянии и т.п.[39]. В отечественной гериатрии утвердилось мнение, что «вредно оберегать стариков от какой-либо активной деятельности в пределах их возможностей, не нужно ссылаться на то, что это делается во избежание несчастных

случаев, просто выполняемая работа должна быть по силам старику и проделываться под ненавязчивым наблюдением медицинского персонала. Ограждение от активной деятельности неизбежно приведет к апатии, подавленному настроению и отсутствию желания проявлять активность в дальнейшем. Хорошо, если есть возможность проводить с больными индивидуальные психотерапевтические занятия, подготавливающие к одному из видов трудотерапии. Основными вариантами трудотерапии являются сельскохозяйственные и садовые работы, помощь на пищеблоке, работа по уборке помещений, шитье, вышивание, вязание, выпиливание, канцелярские работы, посильные столярные работы и ряд других» [31].

Сегодня известно довольно мало методов, разработанных специально для работы с пожилыми людьми. Чаще психолог используетметоды, разработанные на других возрастах иадаптированные к особенностям пожилых. В работе со стареющими людьми доказана эффективность поведенческой, рациональной, экзистенциальной психотерапии, разных форм тренинговой работы, аутогенной тренировки, суггестивной терапии[27].При этом в зарубежнойгеронтологииутвердилось мнение, что наименее эффективными психотерапевтическими методами в работе с пожилыми людьми являются глубинно-психологические и психоаналитические методы.

Вполне эффективными в работе с пожилыми людьми признаны следующие направления психологического консультирования: возрастно-психологическое; индивидуальное; групповое; семейное; профориентационное.

В целом работа психолога с пожилыми людьмирешает следующие задачи:

- поддержание и повышение социальной активности и самооценки человека, побуждение к расширению социальных контактов;

- создание оптимальных условий для тренировки навыков по самообслуживанию и социальному функционированию с учетом возрастных изменений;

- стимуляция потенциальных психических возможностей и творческих способностей;

- проведение специальных упражнений и обучение навыкам, компенсирующим возрастные изменения[1].

Формы при этом могут быть самыми разными.

Очень эффективным является совместное обучение пожилых людей и детей (к примеру, обучение компьютерным играм и играм типа «Денди»). Главные цели такого обучения - отвлечение пожилых людей от мыслей о прошлом, научение их жить в настоящем путем установления дружеских связей с молодым поколением, поиск общих интересов, связывающих поколения, и получение удовольствия от этих связей и интересов. Эффективным является создание клубов и кружков по интересам, куда бы входили не только пожилые, но и люди всех возрастов. Они способствуют общению, появлению чувства эмоциональной поддержки, повышают содержательность времяпрепровождения, улучшают самочувствие и приносят успокоение[39].

Сочетание удовлетворения потребностей людей, проживающих в домах для престарелых, со стимуляцией их творческих способностей повышает уровень активности престарелых и их удовлетворенность своими межличностными отношениями. Рекомендуется уделять особое внимание использованию словесных, зрительных, обонятельных и других чувственных стимулов для вызывания воспоминаний и повышения творческих способностей престарелых людей.

Особую поддержку пожилым людям оказывает музыка. Она способна упорядочить воспоминания и связать разорванные эпизоды. В качестве эффективного психотерапевтического приема используют составление и проведение «музыкальной биографии» - воспроизведение мелодий, популярных в определенные периоды жизни человека.

В некоторых случаях проживания в специальном заведении, где за старым человеком организован уход, у него может проявиться нежелательное

поведение (как, например, социальное иждивенчество при самообслуживании, передвижении), в связи с чем снижается самостоятельность и растет зависимость старых людей. С целью преодоления этих явлений используется такой метод поведенческой психотерапии, как оперантное обусловливание. Его применение предполагает поиск индивидуальных позитивных стимулов для пациента, определение частных целей и поощрение их достижения. Оперантное обусловливание предполагает управление результатами поведения пожилого человека для воздействия на само поведение [20].

Элементарные обучающие процессы помогают пациенту вести себя адекватно постоянно меняющимся требованиям окружающей среды. Часто способность старых людей к обучению недооценивается, тогда как в большинстве случаев в результате тренинга они не только восстанавливают утраченные функции и навыки, но и вырабатывают новые. Все тренинговые программы строятся с учетом еще имеющейся у пациента продуктивности. Это относится, прежде всего, к широко распространенному на западе тренингу когнитивных навыков, который в случае нормального старения строится с учетом естественных для поздних возрастов изменений познавательных функций (прежде всего внимания и памяти). Следует отметить, что зарубежные геронтологи успешно используют тренинг когнитивных навыков не только при легкой возрастной дефицитарности, но и в целях когнитивной стимуляции при глубокой дефицитарности, и добиваются при этом длительной ремиссии[43].

Имея в виду обстоятельства жизни пожилых людей, проживающих в доме-интернате, мы полагаем, что психологическая работа по нейтрализации их негативных эмоциональных состояний должна главным образом состоять в групповой психотерапии, целями которой могут являться: вовлечение пожилых людейв социальные коммуникации, снижение чувства одиночества, повышение их самооценки, усиление чувства независимости, формулировка новых смыслов жизни. Как правило, в работе с группой пожилых людей не

применяются сложные психотерапевтические техники. Не соблюдаются также жесткие принципы формирования группы по синдромально-нозологическому принципу.

Механизмы лечебного действия групповой психотерапии в работе с пожилыми клиентами:

- Информирование, т.е. получение участником группы сведений о закономерностях межличностного взаимодействия, причинах конфликтов, причина нарушений и способах сохранения психического здоровья; информационный обмен между участниками.

- Внушение надежды: у пожилого человека появляется надежда на успех под влиянием улучшения состояния других клиентов и собственных достижений.

- Универсальность страданий: переживание и понимание участником группы того, что он не одинок, что у других членов группы также имеются проблемы, конфликты, переживания, симптомы; преодоление эгоцентрической позиции, повышение самооценки.

- Альтруизм: возможность помогать друг другу, делать что-то для другого в процессе психотерапии. Повышает уверенность в себе, дает ощущение способности быть полезным и нужным.

- Имитационное поведение: человек может обучаться более конструктивным способам поведения за счет подражания консультанту и более успешным членам группы[43].

Приведем краткое описание некоторых психотерапевтических техник, которые могут быть использованы в групповой психотерапии пожилых людей и являются не только эффективными, но и щадящими в отношении психики каждого участника группы. Перечисленные ниже техники групповой работы (Кайгородова, 1999; Ковалев, 1999; Морено,1964; Саймонтон, 1996; Фанч, 1997; Фопель, 2000;Радченко, 2001) сфокусированы именно на тех дефицитарностях, которые были выявлены у испытуемых основной группы в ходе психодиагностического исследования чувстве

одиночества, недостатке конструктивных стратегий разрешения проблем, высокой личностной тревожности. Из этих конкретных упражнений в сочетании с другими видами групповой психотерапии в каждом конкретном случае может быть составлена программа работы с пожилыми людьми, проживающими в учреждениях закрытого типа.

Техника «Замена ролей». Цель: помочь человеку увидеть новые возможности и понять ценность различий между людьми.

Двух спорящих участников группы просят поменяться местами и продолжить спор, но отстаивать теперь точку зрения оппонента. Вернувшись в собственную роль, они могут детализировать свой портрет, который им представил партнер по дискуссии.

Техника «Зеркало». Цель: расширение зоны психологического видения участника, демонстрация того, как он воспринимается другими, моделирование иных форм поведения.

Один участник проигрывает какие-то моменты поведения выбранного члена группы, а тот наблюдает за его игрой.

Техника «Монолог». Цель: дистанцироваться от своих эмоций и обрести новый взгляд на свою проблему. Способствует познавательному инсайту и когнитивной проработке проблемы.

Участник группы вслух высказывает, что он думает и чувствуетпосле разыгранной только что определенной ситуации. Чаще происходит по инициативе ведущего.

Техника «За спиной». Член группы сидит на стуле, повернутом спинкой ко всем остальным участникам, и не может принимать участия в обсуждении, а все остальные высказывают свои чувства, свое отношение к нему. Эту техникурекомендуется применять для тех, кто почему-либо не чувствует своей включенности в группу.

Техника «Все спиной». Один участник группы просит других уйти, но вместо того, чтобы уйти, они поворачиваются к нему спиной. Участник действует так, как будто они действительно ушли, и говорит в адрес каждого,

стоящего спиной, что он чувствует по отношению к нему.

Техника «субличности».Цель: предоставить члену группы необходимую поддержку через эмпатическое общение с ним.

Участник группы сам выделяет в себе вербально отдельные субличности – социальные роли, цели, намерения, черты, а другие участники, исполняющие роли этих субличностей, окружают его и начинают убеждать в своей необходимости и значимости, отстаивать то место, которое центральный в данный момент участник выделяет им в своей личности.

Техника пустого стула.Человек вступает в контакт с воображаемым собеседником или несколькими собеседниками, которые как бы находятсяна пустых стульях. Это может быть монолог или обмена ролями. Техника особенно рекомендуется людям закрытым или застенчивым, плохо контактирующим с реальными участниками группы.

Техника «Круг утешения». Чаще всего проводится вслед за сценой горя, отчаяния, трагедии. Члены группы окружают центрального в этот момент участника, проявляя, вербально и невербально, поддержку и сочувствие по отношению к нему.

Имеются противопоказания к участиюпожилых людей в групповой работе: выраженные акцентуации характера клиентов, явныесимптомы депрессии, сниженный слух, затрудняющий участие в групповых обсуждениях. Вместе с тем групповые формы работы психологапредписаны, если пожилые люди объединены общими заботами и интересами, разделяют проблемы друг друга. Примером может служить группа людей, проживающих совместно в доме-интернате.

В заключение еще раз хочется отметить, что процесс старения протекает сугубо индивидуально, его характер значительно определяется индивидуальными характеристиками стареющего человека, и в меньшей степени хронологическим возрастом.Это обусловливает необходимость развивать комплексную систему воздействий, направленных на замедление преждевременного старения, психологическую и социальную адаптацию лиц

позднезрелого возраста, а также повышения качества их жизни.В первую очередь работа психолога должна быть нацелена на помощь пожилому человеку в его адаптации к проблемным аспектам старения

Выводы

Проведенное исследование было направлено на изучение особенностей совладающего поведения пожилых людей, проживающих в доме ветеранов.

В исследовании приняли участиепожилые людиот 69 до 82 лет. 20 человек из 1-го отделения дома ветеранов составили экспериментальную

группу, в контрольную группу вошли 20 пожилых человек, проживающих в семьях вместе со своими детьми и внуками

В ходе исследования были использованы следующие психодиагностические методики:

- Тест психических защит (Р. Плучик);
- «Копинг – опросник»;
- «Модифицированная шкала измерения одиночества UCLA»;
- тест «Исследование тревожности» Ч. Спилбергера;
- Т-критерий Стьюдента для независимых выборок

Подводя итоги проведенного эмпирического исследования, следует сказать о следующих различиях, полученных при сравнении диагностических данных экспериментальной и контрольной групп.

- Данные, полученные по тесту Р. Плучика, свидетельствуют о том, что в группе пожилых людей из дома ветеранов отмечается преобладание всех типов психической защиты по сравнению с контрольной группой.

- Достоверность различий между двумя группами испытуемых подтверждена по таким видам психических защит, как отрицание, рационализация, проекция. По шкале «компенсация» различия приближены к достоверным. По другим видам защит различия оказались недостоверными.

- Среди всех типов защит в экспериментальной группе на первом месте - проекция, второе место занимает рационализация и третье – отрицание. Все названные типы защиты принято считать крайне неконструктивными.

- Хотя проекция и рационализация также чаще других используются пожилыми людьми, проживающими в семейных условиях, однако в целом эти люди существенно реже прибегают к защитному реагированию вообще, и к проекции с рационализацией, в частности.

- Обнаружено некоторое превышение (вне зоны значимости) показателя такой копинг-стратегии, как «решение проблемы» в экспериментальной группе. Это можно истолковать как в позитивном ключе (активная деятельная позиция членов данной группы испытуемых), так и в

негативном – как свидетельство наличия большего количества проблем, сопровождающих жизнь пожилых людей в доме ветеранов.

- Женщины экспериментальной группы значимо чаще не только мужчин из своей выборки, но и женщин, проживающих в семьях, демонстрируют защитные способы реагирования.

- По данным, полученным по методике «Копинг-опросник», можно заключить, что пожилые люди, живущие совместно с семьей, чаще прибегают к такой копинг-стратегии, как социальная поддержка.

- Обнаружены различия между испытуемыми двух выборок в выраженности самообвинения. Оно более выражено у пожилых людей из дома ветеранов, однако достоверности различий не выявлено.

- В экспериментальной группе чаще прибегают к стратегии самообвинения мужчины, а в контрольной группе – женщины.

- По результатам психодиагностики показатели уровня субъективного ощущения одиночества значимо больше в группе пожилых людей, проживающих в доме ветеранов.

- Получена почти зеркальная картина данных о низком и высоком уровнях ощущения одиночества лицами экспериментальной и контрольной группы.Высокий уровень ощущения одиночества в экспериментальной группе преобладает.

- Не обнаружено значимых различий между двумя исследуемыми группами по уровню личностной тревожности.

- Данные позволяют говорить об общей негативной картине в плане тревожности обеих групп испытуемых. Из 40 человек ни один не показал низкого уровня, средний уровень тревоги чаще встречался в контрольной группе, а высокий - в экспериментальной.

Таким образом, выдвигаемая в исследовании гипотеза о том, чтоу лиц позднезрелого возраста, проживающих в доме ветеранов, диагностируются более высокие уровни тревожности и чувства одиночества, а также менее конструктивные механизмы копинг-стратегий по сравнению с их

сверстниками, проживающими в семьях, подтверждена в большей ее части. Не подтверждено предположение, что у пожилых людей из дома ветеранов более высокий уровень тревожности по сравнению с их сверстниками, живущими в семейных условиях.

Заключение

Одной из важных проблем, существующих в нашем обществе, является проблема жизненных условий, социальной и психологической активности пожилых людей. За последние годы значительно возросло количество лиц пожилого возраста, которые по тем или иным причинам вынуждены

проживать в домах-интернатах.

Помимо незначительной разработанности проблематики в научной литературе, актуальность и практическая значимость проведенного исследования связаны с фактом «постарения» человечества, активизирующим исследовательский интерес к особенностям этой многочисленной возрастной группы; ухудшением социально-экономической ситуации в нашей стране и неизбежным увеличением числа беспомощных пожилых людей, лишенных заботы и поддержки со стороны близких.

Целью данного исследования явилось изучение исследование особенностей совладающего поведения пожилых людей, проживающих в доме ветеранов. Поэтому в первой главе представлены материалы о психологии старения, специфике эмоциональной сферы пожилых людей и психологических проблемах лиц, проживающих в учреждениях интернатного типа. Анализ этих материалов свидетельствует о неблагоприятности психологического статуса пожилых людей из этих учреждений.

В ходе эмпирического исследования выявлены следующие основные факты:в группе пожилых людей из дома ветеранов отмечается преобладание всех типов психической защиты по сравнению с контрольной группой; достоверность различий между двумя группами испытуемых подтверждена по таким видам психических защит, как отрицание, рационализация, проекция; женщины экспериментальной группы значимо чаще не только мужчин из своей выборки, но и женщин, проживающих в семьях, демонстрируют защитные способы реагирования; пожилые люди, живущие совместно с семьей, чаще прибегают к такой копинг-стратегии, как социальная поддержка; стратегия самообвинения более выражена у пожилых людей из дома ветеранов; в экспериментальной группе к стратегии самообвинения чаще прибегают мужчины, а в контрольной группе - женщины; показатели уровня субъективного ощущения одиночества значимо больше в группе пожилых людей, проживающих в доме ветеранов; не обнаружено значимых различий между двумя исследуемыми группами по

уровню личностной тревожности.

В работе также предложены рекомендации по психологическому сопровождению адаптации пожилых людей к жизни в доме ветеранов.

Выдвинутая в исследовании гипотеза о том, чтоу лиц позднезрелого возраста, проживающих в доме ветеранов, диагностируются более высокие уровни тревожности и чувства одиночества, а также менее конструктивные механизмы копинг-стратегий по сравнению с их сверстниками, проживающими в семьях, подтверждена в большей ее части. Не подтверждено предположение, что у пожилых людей из дома ветеранов более высокий уровень тревожности по сравнению с их сверстниками, живущими в семейных условиях.

Все задачи исследования решены, его цель достигнута.

Список используемых источников

1. Абрамова Г.С. Психология человеческой жизни. Исследования геронтопсихологии. - М.: Академия, 2002. - 224 с.

2. Александрова М.Д.Отечественные исследования социальных аспектов старения. Психология старости и старения - М.: Академия, 2003. - 416 с.

3. Альперович В.Д. Геронтология. Старость: Социокультурный портрет. - М.: Приор, 1998. -272 с.

4. Ананьев Б.Г. О проблемах современногочеловекознания. - СПб.: Питер,2001. - 272 с.

5. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 1. С. 3-19.

6. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. - М.: «ИнститутпсихологииРАН», 2004. - 181 с.

7. Басов Н.Ф. Социальная геронтология. Словарь - справочник / Н.Ф. Басов. - М., - 2000. - 380 с.

8. Бендас Т.В. Гендерная психология. - СПб.: Питер, 2006. - 431 с.

9. Биксон Т.К., Пепло Л.Н., Рук К.С., Гудчайлдс Ж.Р. Жизнь старого и одинокого человека // Лабиринты одиночества. - М. 1989. - С. 108-122.

10. Бовуар де С. Старость // Социальная геронтология: Современные исследования. - М: РАН ИНИОН,1994.- С. 17-40.

11. Воронина О.А. Внутриличностный конфликт и социально-психологическая работа с ним в условиях дома-интерната для престарелых // Психология старости и старения: Хрестоматия. - М., 2003. С.87-95.

12. Глуханюк Н.С., Гершкович Т.Б. Поздний возраст и стратегии его освоения. - МПСИ; ООО «Полиграф Центр», 2003. – 122 с.

13. Дмитриев А.В. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие-4-е изд.-М.: «Дашков и К», 2006г. - 348с.

14. Дорьева Е. А. Ресурсы совладающего поведения пожилых людей, проживающих в геронтологических центрах и семьях / Психология стресса и совладающего поведения. - Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2013. - Т. 1. - С.241-244.

15. Ермолаева М.В. Практическая психология старости М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. -253 с.

16. Кемпер И. Легко ли не стареть? / Пер. с нем. - М: Изд. группа Прогресс - Культура; Изд-воАгентства Яхтсмен,1996.- 121 с.

17. Ким Л.М. Проблема адаптации пожилых людей в вынужденной ситуации (на примере дома-интерната для пожилых и инвалидов) // Вестник Северо-Восточного государственного университета. – Магадан, 2014. - Выпуск 22. - С. 54-58.

18. Колчина Т.В. Страхи у пожилых людей. Организация психологической помощи. - Волгоград: ВОГЦ, 2011. - 18 с.

19. Крайг Г. Психология развития. - СПб.: Питер, 2000. - 992 с.

20. Краснова О.В., Лидерс А.Г. -Психология старости и старения. Хрестоматия:Учебное пособие для студентов психологических факультетов. - М.: Академия, 2003. - 416 стр.

21. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения: Учебное пособие для студ. высш. учеб.заведений. - М.: Академия, 2002. - 288 с.

22. Кроули К., Лодж Г. Следующие 50 лет. Как обмануть старость. - М.: Альпина нон-фикшн, 2011. - 416 с.

23. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни: научная монография. Кострома: изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. - 158 с.

24. Максимова С.Г. Старость: социальное отчуждение или социальное принятие? // Вестник МГУ. - 2002. - №4. - С. 104-110.

25. Малкина-Пых И.Г. Кризисы пожилого возраста. -М.: Изд-во Эксмо, 2005. - 368 с.

26. Матвеева Е.П. Проблемы социальной адаптации пожилых людей в стационарных учреждениях социальной защиты (на примере АУСО РБ «Заиграевский дом-интернат для престарелых и инвалидов») // Формы и методы социальной работы в различных сферах

жизнедеятельности:Материалы II Международной научно-практической конференции. - Улан-Удэ, 2013. С. 231-234.

27. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. - М.;Воронеж: Модэк, 2000. - 95 с.

28. Мусина-Мазнова Г.Х. Социальная геронтология: теория и практика: учебное пособие. - Астрахань: «Астраханский университет», 2012. – 192 с.

29. Носкова А.В. Забота о престарелых людях в России в прошлом и настоящем // Вестник МГУ. - 2003. - №2. - С.128-134.

30. Останина Н.В. Подходы к классификации копинг-поведения в научной литературе // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. - 2008 - № 70. - С. 127-131.

31. Полин А.В. Медицинская психология. Полный курс. – М.: Научная книга, 2013. - 248 с.

32. Психология человека от рождения до смерти / Под ред. А.А. Реана. - СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. – 656 с.

33. Сахарова Т.Н. Эмоционально-нравственная сфера пожилых людей. – М.: Прометей, 2011. - 290 с.

34. Социальная геронтология: Учебное пособие // Холостова Е.И., Егоров В.В., Рубцов А.В. - М.: «Дашков и К», 2004.- 296 с.

35. Спасибенко С.Г. Проблема социализация пожилых и старых // Социально-гуманитарные знания. - 2003. - №2. – С. 28-35.

36. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. -СПб.: Питер, 2010. - 320 с.

37. Фоминова А.Н. Проблема активации ресурсов личности человека в трудных возрастно-психологических жизненных ситуациях // Вестник Нижегородского ун-та. Серия Социальные науки. – 2006. - №1. – С. 95-105.

38. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. / Пер. с венгер. М. Алекса. - Будапешт: AkademiaiKiado, 1981. - 286 с.

39. Холостова Е. И. Социальная работа с пожилыми людьми: учебное пособие. - М.: «Дашков и К», 2009. – 344 с.

40. Церковский А.Л. Современные взгляды на копинг-проблему // Вестник ВГМУ. - 2006. - Т. 5. - №3. - С. 112-121.

41. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. - М.: Медицина, 1996. - 304 с.

42. Эриксон Э. Жизненный цикл: эпигенез идентичности // Теории личности в западно-европейской и американской психологии. Хрестоматия по психологии личности. - Самара, 1996. - С. 112-138.

43. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии. - СПб.: Питер, 2000. - 640 с.

44. Яцемирская Р.С. Психопатология пожилого и старческого возраста. - М.: МГСУ, 2001. – 244 с.