

*На правах рукописи*  
УДК 616.89 – 053.9

**Краева  
Мальвина Александровна**

**ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА  
С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
(В СВЯЗИ С ЗАДАЧАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ)**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология  
(психологические науки)

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Санкт – Петербург  
2006

Диссертационная работа выполнена на кафедре детской психиатрии и психотерапии Государственного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования».

Научный руководитель: доктор психологических наук, доцент  
НИКОЛЬСКАЯ ИРИНА МИХАЙЛОВНА

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, профессор  
ГРАНОВСКАЯ РАДА МИХАЙЛОВНА

доктор психологических наук, профессор  
КОРЖОВА ЕЛЕНА ЮРЬЕВНА

Ведущая организация: Санкт-Петербургский государственный университет

Защита состоится 29 июня 2006 года в «                    » часов на заседании диссертационного совета Д212.199.25 в Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, кор.11, ауд. 37, психолого-педагогический факультет РГПУ.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2006г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
кандидат психол. наук, доцент

Семенова Зоя Федоровна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Исследованию личностных особенностей людей пожилого и старческого возраста посвящены работы таких авторов, как В.А. Ташлыков, Б.Д. Карвасарский, Р.М. Грановская, Г.С. Абрамова, М.В. Гамезо, В.С. Герасимова, Г.Г. Горелова, Л.М. Орлова, Н.В.Короткова, Е.Ю Коржова. и других. В тоже время данная проблема исследована недостаточно, поэтому ее более глубокое и всестороннее изучение является актуальным и в настоящее время.

По данным статистики, с каждым годом количество пожилого населения страны и нашего города возрастает. За последние 11 лет в Санкт-Петербурге доля пожилого населения возросла на 100 тысяч человек или на 3%. По демографическим прогнозам в предстоящие 10 лет число пожилых увеличится на 100 тысяч. В 2011 году оно будет составлять 27% от всего населения города. Особенно быстро в северной столице растет количество лиц пожилого возраста старше 90 лет. В настоящее время их в 2 раза больше, чем 20 лет назад. В Санкт-Петербурге раньше, чем в других регионах России, проявилась тенденция к старению населения (Пушкова Э.С., 1999).

Инволютивные процессы (изменения со стороны сосудистой, нервной и других систем организма) сопровождаются неизбежным ухудшением соматического и психического здоровья пожилых. Отход от активной профессиональной жизни, потеря родных и близких, одиночество приводят к повышению уровня невротизации, тревожности и депрессивности.

Социальные условия в большинстве случаев таковы, что несколько поколений вынуждены проживать под одной крышей. Характерные для людей пожилого возраста особенности личности (замкнутость, повышенный контроль над собой, излишняя требовательность к себе и окружающим, стремление поучать, агрессивность, раздражительность, тревожность, ранимость, обидчивость, большая потребность во внимании со стороны окружающих) могут лежать в основе нарушения отношений в семьях пожилых людей, их

отношений с окружающими и нарушения самоотношения (Яцемирская Р.С., 1999, Беленькая И.Г., 1999, Тульчевский М.М., 1992).

В этой связи важной задачей является разработка программ психологической реабилитации для этой возрастной категории, направленной на коррекцию личностных особенностей пожилых пациентов и гармонизацию системы их отношений.

Личностный подход является традиционным в отечественной психотерапии и реабилитации (Кабанов М.М., 1998). В его основе лежит: глубокое и всестороннее изучение личности больного; выявление и изучение этиопатогенетических механизмов; достижение у больного осознания и понимания причинно-следственной связи между особенностями его системы отношений и его заболеванием; помощь больному в разумном разрешении проблемы; изменение отношений больного и коррекция его поведения (Карвасарский Б.Д., 1980).

В то же время научных работ по изучению личностных особенностей пожилых пациентов как основы для определения задач и построения конкретных программ психологической реабилитации явно недостаточно.

Процесс старения неизбежно приводит к возникновению у человека различных соматических заболеваний, а, главное, к постоянному их прогрессированию. Одной из часто встречающихся в пожилом возрасте является сосудистая патология: атеросклероз сосудов головного мозга и сердца, гипертоническая болезнь, аритмии, инфаркт миокарда. Наряду с перечисленными заболеваниями широко распространены дисциркуляторная энцефалопатия, нарушения мозгового кровообращения, вертеброгенные неврологические синдромы (Морозова Н.В., 1990, Соложенкин В.В., 1989, Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Г.Ф., 1997). Зачастую, соматические заболевания сопровождаются вторичными невротическими и неврозоподобными расстройствами позднего возраста.

Инволютивные процессы отмечаются и со стороны психической деятельности, затрагивая как познавательную, так и эмоционально-волевою сферу личности пожилого человека. Многообразие клинических форм психического старения определяется неравномерным характером возрастных изменений в различных системах мозга (гетеротопность психического старения), разным временем появления этих изменений, различной скоростью, с которой эти изменения прогрессируют. Подобные положения в равной степени относятся к старению двух различных структурных систем головного мозга, представленных собственно нервной тканью и церебральными сосудами. Изменения в этих двух системах могут протекать изолированно друг от друга или одновременно.

Таким образом, особенностью протекания заболеваний в пожилом возрасте является сочетанность соматических и психических изменений. Учитывая, что сосудистые изменения - это наиболее распространенная соматическая патология у лиц пожилого и старческого возраста, важным представляется более детальное изучение личностных особенностей и особенностей психоэмоционального состояния именно у этой категории пациентов. Это тем более важно, что психологическую реабилитацию рекомендуется проводить на начальных стадиях проявления нервно-психических нарушений, пока нет грубых психических расстройств и деменции.

**Целью исследования** является изучение личностных особенностей пациентов пожилого возраста с сосудистой патологией как основы для построения программ их психологической реабилитации.

**Задачи исследования.**

1. Изучить особенности личности и психологической защиты у пациентов пожилого возраста с сосудистыми заболеваниями.
2. Проанализировать указанные показатели с учетом пола, возраста, социально-демографических характеристик, диагноза заболевания

(преимущественно церебрально-сосудистая или сердечно-сосудистая патология).

3. Выявить эмоциональные компоненты отношений пожилых пациентов к значимым явлениям действительности как патогенным или саногенным факторам.

4. Обосновать задачи и разработать программу психологической реабилитации для пациентов Гериатрического центра.

5. Исследовать динамику психоэмоционального состояния (степень соматизированной депрессии, уровень невротизации, личностной тревожности и субъективного ощущения одиночества) до и после прохождения пациентами психологической реабилитации.

**Предмет исследования.** Особенности личности, психологической защиты и психоэмоционального состояния пожилых пациентов с сосудистой патологией.

**Объект исследования.** 100 пациентов городского Гериатрического Центра с сосудистой патологией, находящиеся на амбулаторном лечении в отделении реабилитации.

**Гипотезы исследования.**

1. Пациентов пожилого возраста с сосудистой патологией характеризует снижение социальной активности, пониженный фон настроения, отрицательное представление о своей социальной репутации.

2. Имеется взаимосвязь между семейными отношениями и особенностями личности у пожилых людей.

3. Своевременная психологическая реабилитация пожилых пациентов с сосудистой патологией может привести к повышению их самооценки, снижению уровня невротизации, тревожности, депрессии и субъективного ощущения одиночества.

**Методики исследования:** Гиссенский личностный опросник; опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Г. Келлермана и Х.Конта; цветовой

тест отношений А.М. Эткинда; метод цветных выборов М. Люшера; опросник по выявлению соматизированной депрессии С.Г. Сукиасяна, А.М. Минасяна; шкала для экспресс-диагностики уровня невротизации; шкала для оценки реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера – Ю.Л. Ханина; методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «Статистика».

**Достоверность** научных результатов подтверждается теоретическим обоснованием актуальности исследования, адекватностью выбранных методов поставленным задачам, применением валидных и надежных психодиагностических методик, репрезентативностью выборки, корректным использованием методов статистической обработки полученных результатов.

#### **Положения диссертации, выносимые на защиту.**

1. Особенности личности пациентов пожилого возраста с сосудистой патологией являются: пониженный фон настроения, повышенный уровень тревожности, снижение социальной активности, замкнутость, избыточный контроль над собой. Сниженный фон настроения у мужчин выражен больше, чем у женщин, и увеличивается с возрастом. С возрастом у мужчин также усиливалось властолюбие, нетерпимость, желание настоять на своем.

У женщин снижение представления о своей социальной репутации, большее властолюбие и нетерпимость характерны для периода, связанного с выходом на пенсию (55-65 лет). В более позднем возрасте (66-75 лет) женщины в большей степени адаптированы к своему актуальному состоянию.

2. Обнаружилась связь личностных свойств пациентов с их семейным положением. Проживание в семье с родственниками и удовлетворенность семейными отношениями повышает социальную репутацию и настроение пожилого человека, а наличие детей делает его более покладистым и терпимым.

3. В структуре психологических защитных механизмов у пациентов с сосудистой патологией преобладают защитные механизмы проекции, реактивного образования, интеллектуализации. Обнаружена связь факторов возраста, пола, уровня образования, семейного положения с выраженностью механизмов психологической защиты.

У мужчин по мере старения увеличивается выраженность замещения, компенсации и регрессии. У женщин с возрастом увеличивается выраженность проекции и интеллектуализации. У одиноких пожилых людей больше была выражена регрессия. Отрицание было характерно для пожилых людей, имеющих высшее образование.

4. Основная проблема пожилых пациентов заключается в том, что их ведущие защитные механизмы (проекция, реактивное образование, интеллектуализация) не позволяют им эффективно справиться с тревогой и беспокойством (низкое вытеснение). В результате происходит формирование внутриличностного конфликта, который можно определить как «должен, но не могу», «хочу, но не могу».

5. Не обнаружено различий личностных свойств и психологических защитных механизмов в зависимости от диагнозов заболевания (церебрально-сосудистая и сердечно-сосудистая патология). Таким образом, не диагноз, а инволютивные процессы, пол, возраст и семейное положение связаны с изменением личностных свойств и психологических защит.

6. В результате групповой психологической реабилитации у пациентов наблюдалось снижение уровня депрессии, невротизации, личностной тревожности и субъективного ощущения одиночества.

#### **Научная новизна работы.**

В настоящей работе впервые выявлены различия свойств личности и психологических защитных механизмов у пожилых людей с сосудистой патологией разного пола, возраста и семейного положения. С учетом полученных результатов разработаны и апробированы программы групповой



психологической реабилитации и прослежена положительная динамика психоэмоционального состояния пациентов (снижение уровня невротизации, тревожности, депрессивности и субъективного ощущения одиночества) в процессе их применения.

### **Теоретическая значимость работы.**

Результаты работы вносят вклад в разработку теоретических основ клинической психологии пожилого и старческого возраста, и, в частности, в изучение особенностей личности и психологических защитных механизмов у пожилых людей. Обнаружена взаимосвязь психологических защитных механизмов с личностными особенностями, семейным статусом и уровнем образования пожилых пациентов.

### **Практическая значимость результатов.**

Результаты диссертационной работы могут быть использованы:

- врачами, психологами, психотерапевтами, социальными работниками при работе с лицами пожилого и старческого возраста в гериатрических центрах, соматических и психоневрологических стационарах, социальных домах, домах престарелых;

- в работе с семьями пожилых людей на уровне психодиагностики, психологической коррекции и психотерапии;

- при подготовке специалистов в области медицинской (клинической) психологии, психологии развития, психологического консультирования, психотерапии, реабилитации и социальной работы;

- в учебных курсах: «Медицинская психология», «Медико-психологическая реабилитация», «Психологическое консультирование пожилых людей», «Возрастная психология», «Социальная геронтология».

Результаты работы отражены в 14 публикациях и доложены на ежегодной научно–практической конференции «Ананьевские чтения» (2005); научно–практической конференции с международным участием «Пушковские чтения» (2005); на конференции с международным участием "Психотерапия в системе

медицинских наук в период становления доказательной медицины" (2006), на заседании кафедры детской психиатрии и психотерапии (2006), на заседании проблемной комиссии «Нервные и психические болезни» СПб МАПО (2006).

### **Структура и объем диссертации.**

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием выборки и методов исследования, двух глав с изложением результатов собственного исследования, заключения, выводов. Текст диссертации изложен на 192 страницах компьютерного текста, иллюстрирован 19 таблицами и 15 рисунками, дополнен приложением. Список литературы содержит 172 источника, в том числе 106 отечественных и 66 иностранных авторов.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **введении** обосновывается актуальность проблемы исследования, определяются объект, предмет, цель, задачи и гипотезы, раскрывается его научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, формулируются положения, выносимые на защиту.

В **первой главе** «Литературный обзор» рассматриваются клинико-психологические проблемы людей пожилого и старческого возраста, их психологические особенности, сосудистые заболевания в пожилом возрасте, невротические и неврозоподобные расстройства на фоне сосудистых заболеваний, психосоматические расстройства при заболеваниях сосудистой системы, особенности реабилитации в гериатрии, формы психокоррекционных занятий, применяемые в гериатрии (релаксационные методики, арттерапия, поведенческая терапия).

**Вторая глава** «Материалы и методы исследования» посвящена описанию общей характеристике испытуемых, а также методов исследования и используемых методик.

*Параграф 2.1 «Общая характеристика испытуемых».* В качестве материала в работе представлены результаты психологического исследования пациентов пожилого возраста с сосудистыми заболеваниями, проходивших амбулаторное лечение на отделении реабилитации в Городском Гериатрическом Центре г. Санкт-Петербурга. Всего обследовано 100 пациентов от 55 до 75 лет (60 женщин и 40 мужчин; средний возраст 65 лет). Из них 30 (женщины) исследовано дополнительно до и после прохождения психологической реабилитации. Были представлены две возрастные группы. I группа: 55 – 65 лет (всего 30 чел., средний возраст – 60 лет), II группа: 66 – 75 лет (всего 70 чел., средний возраст 70,5 лет).

По нозологии также выделены две группы: с церебрально-сосудистой патологией (атеросклероз сосудов головного мозга – 54 человека и цереброваскулярная болезнь – 20 человек, всего 74 пациента) и с сердечно-сосудистой патологией (гипертоническая болезнь в сочетании с ишемической болезнью сердца и кардиосклерозом – 26 пациентов).

У всех пациентов неврологом были диагностированы вторичные невротические и неврозоподобные расстройства, преимущественно тревожного и астенического типов. Все пациенты были интеллектуально сохранны.

*Параграф 2.2 «Методы исследования».* Для решения поставленных задач были использованы клинико-психологический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе осуществлялось исследование личности, психологических защитных механизмов и эмоциональных компонентов отношений пожилых пациентов; на втором этапе оценивалась динамика психоэмоционального состояния до и после психологической реабилитации.

Клинико-психологический метод включал клинический опрос больного, сбор анамнеза, наблюдение за поведением пациента.

Группу основных экспериментально-психологических методов составляли методики, отражающие психодинамический подход в исследовании личности и направленные на характеристику личностных свойств и психологических защитных механизмов. Психодинамический подход утверждает, что мысли, чувства и поведение человека детерминированы бессознательными психическими процессами. Интерпретация полученных данных должна осуществляться через возможность реконструкции системы отношений и осознание конфликта.

### **Методики исследования**

Гиссенский личностный опросник предоставляет испытуемому возможность создать психологический автопортрет, в котором он описывает свой внутренний мир и свои взаимоотношения с окружающими; этот автопортрет базируется на особенностях личности, специфичных для внутренней структуры и психосоциальных связей испытуемого.

Опросник «Индекс жизненного стиля» создан на основании психоэмоциональной теории Р. Плутчика и структурной теории личности Г. Келлермана. Плюсами данной методики являются ее теоретическая обоснованность и валидность, целенаправленная многомерность и конструктивная простота. В качестве системообразующего фактора рассматривается связь отдельных видов психологических защит с различными аффективными состояниями и диагностическими оценками. Методика позволяет определить выраженность психологических защитных механизмов у исследуемых испытуемых.

Цветовой тест отношений А.М. Эткинда - это невербальный, компактный диагностический метод, в котором использован набор из восьмицветного теста М. Люшера. Он позволяет исследовать эмоциональные компоненты сознательных и частично неосознаваемых отношений человека. Методика базируется на представлении о том, что невербальные компоненты отношений к значимым другим и к себе самому отражаются в цветовых ассоциациях к ним.

Клинический опросник для раннего выявления соматизированной депрессии С.Г. Сукиасяна, А.М. Минасяна используется для контроля эмоционального состояния пациентов в ходе терапии.

Методика «Диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона» направлена на диагностику чувства одиночества у испытуемых.

Шкала состояния тревоги и личной тревожности Ч. Спилбергера, адаптированная в нашей стране Ю.Л. Ханиным, дает возможность разграничить тревожность как диспозицию (состояние тревожности, личная тревожность) и тревогу как состояние.

Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации является медико-психологическим экспресс – диагностическим инструментом для выявления степени выраженности уровня невротизации как личностной предрасположенности к нарушениям психической адаптации.

Модифицированный и адаптированный метод цветowych выборов М. Люшера имеет преимущество перед другими личностными тестами, так как лишен культурно – этнических основ и не провоцирует реакций защитного характера. Он выявляет неосознанные реакции, что позволяет считать его глубинным, проективным.

Все использованные психологические методики были адекватны возможностям пожилых пациентов.

В **третьей главе** описываются особенности личности пациентов с сосудистыми заболеваниями.

### *Параграф 3.1. Результаты выполнения Гиссенского теста.*

Для определения личностных свойств пожилых пациентов был использован *Гиссенский личностный опросник*. Выявлено, что для группы в целом были характерны снижение социальной активности (VI шкала), послушание (II шкала), сниженное настроение (IV шкала), замкнутость (V шкала), скорее избыточный контроль над собой (III шкала).

Женщины в большей степени, чем мужчины, оценивали себя как социально привлекательных и популярных (I шкала). Мужчины, чаще, чем женщины, оценивали себя как социально пассивных (VI шкала). При статистическом анализе результатов достоверные различия между группами испытуемых разного пола были получены только по IV шкале, что говорило о том, что мужчины были более депрессивны, т.е. чаще оценивали свой фон настроения, как сниженный ( $p = 0,027$ ).

Сравнение испытуемых по возрасту показало, что у пациентов первой возрастной группы (55 - 65 лет) было выше представление о своей социальной репутации. Они были более терпеливы и уступчивы, оценивали себя, как людей с повышенным контролем, имели сниженный фон настроения. Вычисление статистических различий между группами подтвердило наличие большей депрессивности у пациентов первой возрастной группы по сравнению со второй ( $p=0,05$ ),.

Четко проявилось, что мужчины 55 – 65 лет были более послушны и терпеливы, чем мужчины в возрасте от 66 – 75 лет ( $p=0,000004$ ), у которых наблюдалась тенденция к властолюбию и желанию настоять на своем. Обратная зависимость наблюдалась при сравнении женщин разного возраста. Женщины 55-65 лет были менее покладисты и терпеливы, чем женщины более старшего возраста ( $p=0,053$ ). Кроме этого отметим, что на уровне тенденции у женщин первой возрастной группы (66-75 лет) отмечалось более низкое представление о своей социальной репутации.

Пожилые пациенты, проживающие в семьях, выше оценивали свою социальную репутацию, то есть чаще считали себя привлекательными, уверенными в себе, способными взаимодействовать с окружающими, чем одинокие ( $p=0,05$ ). Возможно, поэтому, одинокие люди достоверно чаще оценивали себя как депрессивных ( $p=0,00017$ ).

Удовлетворенность семейными отношениями также была связана с личностными свойствами. У лиц, неудовлетворенных семейными

отношениями, достоверно чаще наблюдался сниженный фон настроения, то есть депрессивность ( $p=0,05$ ).

Пожилые люди, имеющие детей, оценивали себя как более послушных и уступчивых ( $p = 0,029$ ), что соответствовало данным литературы.

Приведенные результаты показывают, что для исследованных пожилых пациентов были характерны снижение социальной активности, послушание, пониженный фон настроения, замкнутость, скорее избыточный контроль над собой. Мужчины в целом оказались более депрессивны, чем женщины, причем их депрессивность увеличивалась с возрастом. С возрастом у них также усиливалось властолюбие, нетерпимость, желание настоять на своем. Это могло порождать в их душе внутриличностный конфликт в связи с невозможностью реализовать эти желания.

У женщин ряд различий в личностных свойствах также связан с возрастом. При выходе на пенсию (55-65 лет) у них было снижено представления о своей социальной репутации и отмечалось большее властолюбие и нетерпимость, чем в более позднем возрасте, после 65 лет. Можно думать, что женщины второй возрастной группы (66 – 75 лет) были более адаптированы к своему актуальному состоянию, чем женщины первой возрастной группы.

Личностные свойства пациентов были также связаны с их семейным положением. Проживание в семье, с родственниками, и удовлетворенность семейными отношениями повышало социальную репутацию и настроение пожилого человека, а наличие детей делало его более покладистым и терпеливым.

Достоверных различий в свойствах личности у пациентов с разными диагнозами заболевания обнаружено не было.

*Параграф 3.2.* Результаты диагностики психологических защитных механизмов с помощью опросника «Индекс жизненного стиля».

Обнаружено, что в структуре психологических защитных механизмов доминируют проекция, интеллектуализация и реактивное образование. Это

указывает на то, что пожилые люди склонны приписывать окружающим свои недостатки, поучать их и оправдывать себя.

Анализ выраженности психологических защитных механизмов у пациентов с учетом пола и возраста показал следующее. При сравнении двух возрастных групп достоверные различия выявлены по шкалам проекции ( $p=0,016$ ) и интеллектуализации ( $p=0,001$ ), выраженность которых значимо увеличивается с возрастом.

У мужчин достоверные различия выявлены по шкалам регрессии ( $p=0,005$ ), замещения ( $p=0,003$ ) и компенсации ( $p=0,029$ ). Эти психологические защитные механизмы были больше выражены у пациентов 66-75 лет. Полученные данные могут говорить о том, что по мере старения у мужчин увеличивается страх активности и инициативы, слабохарактерность, податливость влиянию окружающих, легкая смена настроения, потребность в стимуляции, подбадривании (регрессия). Рост выраженности замещения на уровне поведения может проявляться как импульсивность, раздражительность, реакции протеста в ответ на критику, поиск «козла отпущения». Тенденция к увеличению выраженности компенсации может проявляться как преходящие расстройства настроения без видимой причины, связанные нарастанием комплекса неполноценности и попыткой справиться с ним путем ухода в замещающие занятия или фантазии.

При сравнении женских возрастных групп достоверные различия выявлены по шкалам проекции ( $p=0,042$ ) и интеллектуализации ( $p=0,003$ ). Данные психологические защитные механизмы были больше характерны для женщин второй возрастной группы (66-75 лет). Это говорит о том, что с возрастом у женщин увеличивается тенденция к локализации неосознаваемых и неприемлемых для личности чувств и мыслей вовне, то есть, приписывание их другим людям (проекция). А также потребность пресекать переживания, вызванные неприятной ситуацией, при помощи логических установок и манипуляций, даже при наличии убедительных доказательств в пользу



противного (интеллектуализация). При этом наблюдаются попытки снизить ценность недоступного для личности опыта. Механизмы психологической защиты у одиноких испытуемых по типу регрессии ( $p=0,0019$ ) и компенсации ( $p=0,016$ ) были больше выражены, чем у проживающих в семьях. Это может говорить о том, что для одиноких пожилых людей характерен страх самостоятельности и инициативы; чувство неполноценности и тенденция к уходу в замещающие занятия.

Психологический защитный механизм отрицание проявился больше у пожилых людей, имеющих высшее образование ( $p=0,048$ ). Данный вид психологической защиты говорит о склонности игнорировать неприятную для личности информацию, невнимательность к тому, что может человека расстроить.

При отсутствии супружеских отношений испытуемые чаще характеризовались проекцией, то есть были в большей степени неустойчивы в настроении и поведении и чаще приписывали окружающим недостатки ( $p=0,043$ ).

Для неудовлетворенных супружескими отношениями на уровне тенденции был больше характерен психологический защитный механизм «регрессия» ( $p=0,059$ ). Пожилые люди, не удовлетворенные семейными отношениями, были также больше склонны к морализаторству и озабочены приличиями, то есть отличались реактивным образованием ( $p=0,044$ ).

Пожилые люди, не удовлетворенные отношениями с внуками, в большей степени были склонны к защите по типу компенсации, то есть уходу от комплекса неполноценности в работу, замещающие занятия или мечты и фантазии ( $p=0,041$ ).

Приведенные данные акцентируют необходимость учета факторов возраста, пола, семейного статуса и образования для понимания особенностей психологических защит в пожилом возрасте.

При сравнении выраженности механизмов психологической защиты у пациентов с церебрально-сосудистой и с сердечно-сосудистой патологией значимых различий не было выявлено.

### *Параграф 3.3. Результаты корреляционного анализа.*

В результате корреляционного анализа данных исследования наибольшее число связей обнаружено у шкалы «проекция» – характерного защитного механизма пожилых пациентов.

Высокая проекция была связана с высоким отрицанием, компенсацией, интеллектуализацией, замещением, реактивным образованием, регрессией и низким вытеснением. Также обнаружена связь проекции с личностным свойством «замкнутость и отгороженность».

В результате можно сформулировать основную проблему и внутриличностный конфликт пожилых людей. Проблема заключается в том, что их ведущие психологические защиты - высокие проекция, реактивное образование, интеллектуализация, а также прямо связанные с ними отрицание, компенсация, замещение и регрессия не позволяют им эффективно справиться с тревогой и беспокойством (низкое вытеснение). В результате происходит формирование внутриличностного конфликта по типу: «должен, но не могу», «хочу, но не могу». Страх и тревога в пожилом возрасте связаны с осознанием старения организма и ухудшением состояния здоровья, с одиночеством и беспомощностью, с мыслями о приближающейся смерти. Как бы не старался пожилой человек игнорировать или рационализировать реальное положение вещей, отвлекаться от тягостных переживаний, погружаться в работу или воспоминания, подчеркивать свой опыт и значимость по сравнению с другими, или, напротив, искать поддержку - все равно освободиться от страха и тревоги он не может. И это, по-видимому, следует считать характерным конфликтом пожилого возраста.

Далее опишем другие корреляционные связи между механизмами психологических защит и личностными свойствами пожилых пациентов.

Интеллектуализация коррелировала с низким представлением о своей социальной репутации и низким контролем над собой. Высокое отрицание было связано с положительной социальной репутацией. Реактивное образование отличало пациентов замкнутых, необщительных. Защитный механизм регрессии был характерен для людей с низкой социальной репутацией, депрессивных, более послушных, отстраненных от других людей.

Выявленные связи между психологическими защитными механизмами и личностными свойствами пожилых пациентов показывают, что при соответствующей коррекции указанных личностных свойств пациентов им в меньшей степени будет свойственна напряженность проекции, интеллектуализации, реактивного образования и других защит. Исходя из полученных результатов, задачами психологической реабилитации пожилых пациентов являются повышение самооценки и фона настроения, восстановление коммуникативных навыков и социальной активности, снижение излишнего контроля над собой и создание условий для самореализации и самоактуализации.

*Параграф 3.4.* Определение значимых отношений личности с помощью методики «Цветовой тест отношений».

Результаты исследования свидетельствуют о том, что к патогенным факторам с точки зрения пациентов можно отнести: их самочувствие, настроение, здоровье, одиночество, отношение к своему будущему и будущему детей и внуков, отношение к общественным реалиям (политическая ситуация в обществе, международные отношения, экономическая ситуация, война в Чечне). Саногенными факторами для пожилых людей является воспоминания о своем детстве и работе, семья, дети, внуки, друзья, животные, любимые занятия и увлечения, радио и телепередачи.

**В четвертой главе** «Групповая психологическая реабилитация пациентов пожилого возраста с сосудистыми заболеваниями» описывается разработанная нами программа групповой психологической реабилитации, состоящая из

*релаксационного тренинга, арттерапии и поведенческой терапии, особенности групповой психологической реабилитации пациентов пожилого возраста (параграф 4.1.), программы групповой психологической реабилитации для пожилых пациентов (параграф 4.2).*

Участие в групповых занятиях принимали только женщины. Нами были сформированы 5 групп по 6 участниц (всего 30 пациенток). Все они последовательно прошли релаксационный тренинг, арттерапевтические занятия и поведенческую терапию. Психологическое исследование проводилось перед началом реабилитации, и после ее завершения. Временная протяженность программы от начала занятий до полного их завершения составила 1 год и 6 месяцев.

Каждая группа полностью приняла участие во всех психореабилитационных мероприятиях.

#### *Параграф 4.2.1. Релаксационный тренинг.*

Тренинг был направлен на снижение нервно-психического напряжения, чувства страха и тревоги, уменьшение степени выраженности психосоматических симптомов, повышение настроения и уверенности в себе (рост самооценки).

Задачами релаксационной программы являлось обучение расслаблению, снижение уровня тревожности и напряженности, улучшение эмоционального состояния и сна, уменьшение проявления некоторых соматических симптомов (головная боль, одышка, повышенное артериальное давление, болевые ощущения).

#### *Параграф 4.2.2. Программа арттерапии.*

Занятия были направлены на снижение страха общения, повышение самооценки, выявление скрытых творческих ресурсов, самовыражение, формирование нового мироощущения и самопонимания, улучшение настроения, формирование новых жизненных целей.

Задания для группы были сформулированы исходя из запросов пациенток и психологических особенностей, связанных с возрастом. При выборе рисуночных техник мы также опирались на полученные нами в ходе психологического исследования данные о личностных особенностях и механизмах психологических защит пожилых пациентов.

*Параграф 4.2.3. Программа поведенческой терапии.*

Программа поведенческой терапии включала упражнения, направленные на коррекцию коммуникативности, развитие сенситивности, креативности пациентов. Она позволяла пожилым людям раскрепоститься во время общения; развить ряд новых поведенческих навыков; повысить самооценку; научиться осознавать и понимать эмоции; сформировать новые стереотипы сознания и восприятия, развить творческое мышление. Всё это необходимо для самоактуализации, реализации скрытых способностей и поддержания социальных связей пожилых пациентов.

*Параграф 4.3. Анализ конкретных наблюдений.* В данном параграфе нами дается описание конкретных случаев арттерапии пожилых пациентов с сосудистыми заболеваниями.

*Параграф 4.4. Динамика психоэмоционального состояния пожилых пациентов в процессе психологической реабилитации.*

До начала реабилитации высокий уровень личностной тревожности был отмечен у 90% пациенток, наличие признаков соматизированной депрессии разной степени выраженности - у 53% пациенток. У 76% пациенток был выявлен высокий и повышенный уровень невротизации, у 20% пациенток был определен высокий и у 80% - средний уровень субъективного ощущения одиночества.

После реабилитации отмечено достоверное снижение всех представленных показателей, что указывало на положительную динамику психоэмоционального состояния. В промежутках между разными видами психологической реабилитации мы использовали метод прямого опроса больных, который

показал появление у них чувства покоя, уверенности в себе. Пациентки отмечали положительное изменение межличностных и семейных отношений, позитивную переоценку прошлого. Все женщины выразили желание продолжить групповые занятия. В целом они оценили групповую работу положительно. Особенно отмечали, что регламент времени, отведенный на выполнение каждой техники, помог им стать более собранными и более четко выполнять любые действия.

Важным результатом работы явилось желание пациенток продолжить занятия с психологом, что было реализовано на практике в проекте «Творческая мастерская», куда вошли постановки спектаклей (домашний театр), сказкотерапия с элементами арттерапии (маски).

В **заключении** отмечается, что проведенное исследование позволило определить личностные особенности, ведущие психологические защитные механизмы и эмоциональный компонент отношений пожилых пациентов к значимым явлениям действительности как саногенным и патогенным факторам. В результате разработанной и проведенной программы психологической реабилитации выявлено достоверное снижение депрессивности и уровня невротизации, улучшение психоэмоционального состояния. Полученные результаты подчеркивают сложность проблемы изучения особенностей пожилого возраста, в частности, приоритет инволютивных процессов над клиническими синдромами, а также акцентируют роль семейных ресурсов и уровень образования в повышении благополучия пожилого человека.

### **Выводы**

1. Особенности личности пациентов пожилого возраста с сосудистой патологией являются: снижение социальной активности, послушание, пониженный фон настроения, замкнутость, избыточный контроль над собой. Выраженность депрессивности у мужчин больше, чем у женщин. С возрастом у мужчин депрессивность увеличивается, а также усиливается властолюбие и нетерпимость. У женщин снижение представления о своей социальной

репутации, большее властолюбие и нетерпимость наблюдались при выходе на пенсию (55-65 лет). Таким образом, женщины в более позднем возрасте, после 65 лет лучше адаптированы к своему актуальному состоянию.

2. Проживание в семье, с родственниками, и удовлетворенность семейными отношениями повышает представление пожилого человека о своей социальной репутации и его настроение, а наличие детей делает его более покладистым и терпеливым (менее властолюбивым).

3. Наиболее выраженными психологическими защитными механизмами пожилых пациентов являются проекция, интеллектуализация и реактивное образование. Выраженность механизмов психологической защиты связана с возрастом, полом, уровнем образования, проживанием в семьях и межличностными отношениями. У мужчин по мере старения увеличивалась выраженность регрессии и компенсации. При сравнении женских групп с возрастом отмечено увеличение выраженности проекции и интеллектуализации.

Для одиноких пожилых людей больше были характерны регрессия и компенсация. У пожилых людей, имеющих высшее образование, больше было выражено отрицание. Для пожилых людей, не удовлетворенных семейными отношениями было характерно высокое реактивное образование. Высокая компенсация была характерна для пожилых людей не удовлетворенных отношениями с внуками.

4. Напряженность психологических защитных механизмов проекции, интеллектуализации, реактивного образования, отрицания, замещения, компенсации и регрессии не позволяет пожилым пациентам эффективно совладать со страхом и тревогой (низкое вытеснение). Следствием этого является внутриличностный конфликт по типу: «должен, но не могу», «хочу, но не могу».

5. Не обнаружено различий личностных свойств и психологических защитных механизмов в зависимости от диагноза заболевания. Таким образом,

не диагноз, а иволютивные процессы, пол, возраст и семейное положение связаны с особенностями личностных свойств и психологических защитных механизмов.

6. Высшее образование является саногенным фактором для пожилых людей. У пациентов, имеющих высшее образование, больше выражено отрицание, (игнорирование неприятной для личности информации) и имеется положительное представление о своей социальной репутации.

7. С точки зрения пациентов, к патогенным для них факторам можно отнести самочувствие, настроение, здоровье, одиночество, отношение к своему будущему и будущему детей и внуков, отношение к общественным реалиям. Саногенными факторами для пожилых людей являются воспоминания о своем детстве и работе, семья, дети, внуки, друзья, животные, любимые занятия и увлечения, радио и телепередачи.

8. Психоэмоциональное состояние пациентов характеризуется высокой личностной тревожностью (90% пациентов), повышенным и высоким уровнем невротизации (76% пациентов), наличием признаков соматизированной депрессии различной степени выраженности (53% пациентов), средним (80% пациентов) и высоким (20% пациентов) уровнем субъективного ощущения одиночества.

9. Основными задачами психологической реабилитации пожилых пациентов с учетом их личностных особенностей являются:

- Повышение коммуникабельности на основе использования группового подхода.
- Создание условий для осознания своих личностных и межличностных проблем и ресурсов, отреагирование отрицательных эмоций.
- Создание условий для самореализации.
- Повышение фона настроения, снижение тревоги.
- Повышение самооценки.
- Формирование мотивации к социальной активности.



- Адаптация к актуальному состоянию.

10. Разработанная программа психологической реабилитации, включающая релаксационный тренинг, арттерапию, поведенческую терапию, адекватна для пожилых пациентов с сосудистой патологией. В результате ее использования достоверно улучшается характер психоэмоционального состояния (снижается выраженность соматизированной депрессии, уровня невротизации, личностной тревожности и субъективного ощущения одиночества).

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации.**

1. Краева М. А., Пушкова Э.С., Чижова Е.А., Преображенская А.Б., Разумовская Е.А., Малявина Н.Г. Трудотерапия пожилых. Метод. пособие. - СПб., 2001. – 100 с.; 3/1,25 п.л.
2. Краева М. А., Чижова Е.А. Психологические аспекты реабилитации пожилых людей с речевыми нарушениями. Опыт работы отделения медико-социальной реабилитации Городского Гериатрического Центра // Психология зрелости и старения. – Москва: «Центр геронтологии»; 2002. - №1 (17). – С. 100 – 105.; 0,4/0,2 п.л.
3. Краева М. А., Смирнова Л.Н. Арттехники в гериатрии // Психология зрелости и старения. - Москва: «Центр геронтологии»; 2002. - №3 (19). – С. 146 – 151.;0,4/0,2 п.л.
4. Краева М. А., Чижова Е. А. Психологическая помощь пожилым при нарушениях речи // Новости оториноларингологии и логопатологии. - СПб., 2002. - №4 (32). – С. 119 – 121.; 0,2/0,1 п.л.
5. Краева М. А., Чижова Е.А. Реабилитация пожилых // Актуальные проблемы диагностики и лечения заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста. Материалы научно-практической конференции, посвященной 60 – летию прорыва Блокады Ленинграда. - СПб., 2003. – С 133 – 136.; 0,2/0,1 п.л.

6. Краева М. А., Тарасова Т.О., Чижова Е.А. Тренинг познавательных процессов лиц пожилого и старческого возраста. Метод. пособие. - СПб., изд. «Речь», 2003. – 63 с.; 6,2 /3,1 п.л.
7. Краева М. А. Групповые формы психокоррекционной работы в медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста // Реабилитация в геронтологии и гериатрии. Геронтология и гериатрия в семейной медицине. Материалы Российской научно- практической конференции. - Курск, 2003.- С. 73 – 75.; 0,1 п.л.
8. Краева М. А. Личность пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией. // Психология XXI века. Материалы международной межвузовской научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых специалистов. - СПб., 2005. – С.97 – 98.; 0,1 п.л.
9. Краева М. А., Никольская И.М. Особенности личности у пожилых пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // «Ананьевские чтения – 2005». Материалы научно-практической конференции. - СПб., 2005. – С.273 – 275.; 0,2/0,1 п.л.
10. Краева М. А., Чижова Е.А. Общие аспекты реабилитации лиц пожилого и старческого возраста // «Пушковские чтения». I научно-практическая геронтологическая конференция с международным участием, посвященная памяти Э.С. Пушкиной // СПб., 2005. – С. 42 – 45.; 0,2/0,1 п.л.
11. Краева М. А. Групповая психологическая коррекция в реабилитации лиц пожилого и старческого возраста. // «Пушковские чтения». I научно-практическая геронтологическая конференция с международным участием, посвященная памяти Э.С. Пушкиной // СПб., 2005. – С. 56 – 57.; 0,1 п.л.
12. Краева М. А. Психологическая реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста с нарушениями мозгового кровообращения, имеющих речевые нарушения. // «Пушковские чтения». I научно-практическая геронтологическая конференция с международным участием, посвященная памяти Э.С. Пушкиной // СПб., 2005. – С. 58 -59.; 0,1 п.л.

13. Краева М. А., коллектив авторов. Сестринский уход. Заболевания пожилого человека. // Пособие для медицинских сестер // М. – СПб., изд. «Диля», 2005. – С. 400. Общий объем 12/3,0 п.л.

14. Краева М. А. Семейные отношения и особенности личности у пациентов пожилого возраста с сосудистой патологией // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием. - СПб.: Санкт - Петербургский ПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2006 (февраль). – С. 231 – 232.;0,1 п.л.