

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

37.04.01 Психология

(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья

(направленность (профиль))

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
(МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)**

на тему **ПСИХОПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Студент

С.П. Митин

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный

к.псих.н., доцент Э.Ф. Николаева

руководитель

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2020

Оглавление

Введение	4
Глава 1. Теоретико-методологические основы психопрофилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста.....	11
1.1 Анализ подходов к изучению феномена стресса в отечественной и зарубежной научной литературе.....	11
1.2 Психологическая характеристика пожилого возраста.....	21
1.3 Специфика и факторы развития стрессовых состояний у лиц пожилого возраста.....	29
Глава 2. Экспериментальное исследование профилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста методом музыкотерапии.....	48
2.1 Организация и методы исследования.....	48
2.2 Эмпирическое изучение стрессовых состояний у лиц пожилого возраста.....	55
2.3 Разработка и апробация программы психологической профилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста посредством музыкотерапии.....	70
2.4 Анализ эффективности психопрофилактической программы стрессовых состояний у лиц пожилого возраста	79
Заключение	97
Список используемой литературы	101
Приложение А Рабочие материалы, используемые в ходе экспериментального исследования.....	110
Приложение Б Программа психопрофилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста с применением музыкотерапии.....	112
Приложение В Мониторинг программы.....	117

Введение

Актуальность исследования. В последние десятилетия ученых разных направлений интересуют демографические процессы населения. Человечество активно изучается с точки зрения численности, воспроизводства, распределенности (географической и территориальной), половой и возрастной представленности и прочее. Одним из аспектов демографической картины современного мира, исследующейся сегодня в различных науках и отраслях, является проблема старения населения. Так, в Российской Федерации, по исследованиям 2018 г., проживает примерно 23,1% людей пенсионного возраста. Помимо социального, политического и экономического плана, старение населения привлекает внимание и ученых-психологов. Это внимание обусловлено физиологическими и социально-психологическими компонентами жизнедеятельности людей этой возрастной категории. Исследования показали, что к этому возрасту нарастает не только ухудшение соматического здоровья населения, но и показатели психического и психологического здоровья тоже имеют негативную коннотацию. Так, установлено, что лицам пожилого возраста свойственны такие переживания, как страх старости, неуверенность в завтрашнем дне, страх социальной и экономической несостоятельности (страх нищеты), тревожность и сниженный фон настроения. Описанные симптомы по своей сути характеризуют такие состояния как психогенные депрессии, астено-невротические, стрессовые расстройства и дистрессы. Исследования, проведенные Е.В. Цыбульской, И.Я. Стояновой, М.М. Аксеновой, А.К. Костина и многими другими, не только подтверждают указанные факты, но и говорят об общей, более высокой, подверженности лиц этой группы населения развитию стрессовых расстройств.

Первоочередной причиной данной тенденции является естественное ослабевание защитных функций и сил организма, что в свою очередь объясняется общими изменениями физического и психического состояния

пожилых людей. Такая ослабленность естественным образом становится объективным фактором, с одной стороны, усиливающим негативное воздействие стресса, а с другой – не позволяющим человеку благополучно компенсировать воздействие различных стресс-факторов, существенным образом увеличивая вероятность нарастания нервно-психического и психоэмоционального напряжения и развития стрессовых состояний.

Такая ситуация требует внимания и определяет необходимость осмысления проблем повышения качества жизни пожилых людей, а также не только расширения научных психологических исследований с целью выявления факторов-источников стресса, но и поиска условий, подходов, стратегий и методов, способных предупредить развитие таких негативных состояний, резко ухудшающих качество жизни, как стрессовое расстройство личности. В эффективном решении такого рода задач большими преимуществами и грандиозными ресурсами обладает современная практическая психология, а психологическая профилактика имеет в своем арсенале широкий спектр средств, позволяющих считать возможным решение задач повышения качества жизни пожилых людей и предупреждать развитие невротоподобных расстройств и нарушения адаптации у лиц пожилого возраста.

Современные исследования стресса и его влияния на человека уже точно доказали, что воздействие на человека происходит довольно-таки масштабное – затрагиваются и сомато-физиологические, и психологические уровни функционирования личности. Эти данные также указывают и на то, что при решении задач предупреждения пост-стрессовых расстройств, внимание как самого человека, так и помогающего специалиста должно быть нацелено на укрепление всех здоровьесоблюдающих компонентов.

Сегодня, в современной прикладной и практической психологии, такой вид как психологическая профилактика становится одним из самых востребованных направлений деятельности. Это соответствует современной тенденции превентивности, существующей не только в медицине, но и во

всех других социо- и личностно-ориентированных направлениях профессиональной деятельности специалистов разных направлений и в обязательном порядке практических психологов.

Психопрофилактика – это важная область медицинской и практической психологии, которая включает в себя комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты, распространенности и рецидивов нарушений психического здоровья и на поиск причин, провоцирующих их возникновение.

Данное исследование, в свете современных потребностей и профессиональных тенденций, направлено на поиск и подробный разбор действенных инструментов психопрофилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста. В основу положено изучение прогрессивных взглядов на существующую проблему и изучение вариативности стрессоустойчивости при стрессе.

Степень научной разработанности проблемы. Множество зарубежных и отечественных ученых посвятили своё время и ресурсы исследованиям вопросов стресса. Универсальную концепцию стресса разработал и доказал Г. Селье. Дж.У. Мейсон, бывший президент Американского психосоматического общества и один из признанных в мире лидеров в исследованиях стресса, активно развивал существующие теории и расширял имеющиеся представления о стрессе. Изучением психологической стороны стресса посвящены работы таких выдающихся специалистов как И.С. Кон, Ж. Годфруа, Б.М. Коган, Т.И. Куликова, А.В. Павлова, К.В. Судаков, С.Л. Рубинштейн и др.

Большое значение для проблемы, которую мы изучаем в нашем исследовании, занимают и научные концепции относительно психологии возраста и особенностей личности в пожилых и старческих периодах жизни. В течение последних нескольких десятилетий большую популярность среди различных подходов к изучению психологии жизненного пути приобрел субъектно-деятельностный подход. Данного подхода в своей работе

придерживались такие исследователи как А.В. Гнездилов, К.А. Абульханова-Славская, В. Франкл, Л.Н. Коган и др.

Большой интерес для специалистов представляют психологические механизмы старения и геронтопсихология в целом. Среди советских и российских исследователей в данной области стоит отметить Б.Г. Ананьева, М.Д. Александрову, Л.И. Анцыферову, Е.Ф. Рыбалко, О.В. Краснову, В.Я. Семке, С.С. Одарченко. Зарубежные труды, посвященные упомянутому подходу, принадлежат таким специалистам как П. Балтес, Г. Крайг, Э. Эриксон.

Внушительная часть работ следующего ряда ученых посвящена детальному рассмотрению психотравмирующих факторов у лиц пожилого возраста и вопросам адаптации к измененным условиям жизнедеятельности: М.С. Ахметова, Е.С. Авербух, А.О. Кабанов, Л.В. Бороздина, М.В. Прохорова, А.Г. Лидерс, Ю.Б. Тарнавский, Т.И. Сапожникова, В.Д. Шапиро и др.

Тем не менее, не смотря на такой широкий охват и многосторонность в науке, на сегодняшний день специализированных исследований, сфокусированных на отличительных характеристиках стрессовых состояний пожилых людей и лиц старческого возраста, а также посвященных подходам и методам психологической профилактики стресса у лиц именно этой возрастной категории с учетом присущих именно им социальных, физиологических и психологических особенностей, все еще недостаточно.

На основании выделенной актуальности и анализа работ по данной проблематике нами было выявлено **противоречие** между необходимостью проведения специализированных психопрофилактических мероприятий с целью минимизации негативных последствий стресса в пожилом возрасте и недостаточной теоретической и практической разработкой данного вопроса.

На основании выделенного противоречия нами была определена **проблема** исследования: поиск эффективных методов и механизмов

психологической профилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста.

Цель исследования – изучение возможностей психологической профилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста и особенностей ее организации.

Объект исследования – стрессовые состояния у лиц пожилого возраста.

Предмет исследования – особенности психопрофилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что специально организованная программа с применением рецептивной музыкотерапии и с элементами вокалотерапии будет способствовать повышению уровня резистентности к стрессу и снижению степени нервно-психического напряжения у лиц пожилого возраста, что станет для них профилактикой стрессовых состояний.

Задачи исследования.

1. Проанализировать научное понимание проблемы стресса и особенностей стрессовых состояний у лиц пожилого возраста.
2. Провести эмпирическое исследование стрессовых состояний у лиц пожилого возраста.
3. Разработать и апробировать программу для лиц пожилого возраста с целью психопрофилактики стрессовых состояний посредством методов и приемов музыкотерапии, а также проверить ее эффективность.
4. Провести количественный и качественный анализ полученных данных и сделать выводы по результатам проведенного экспериментального исследования.

Научная новизна исследования заключается в выработке нового подхода к психопрофилактике стрессовых состояний у лиц пожилого возраста средствами арт-терапии, а именно:

1. На основе комплексного подхода предложен диагностический инструментарий, позволяющий исследовать особенности стрессовых состояний у лиц пожилого возраста.
2. В качестве психопрофилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста предложены активные и пассивные формы музыкотерапии, что позволило сравнить и оценить их влияние на людей.
3. Разработана теоретико-методологически обоснованная программа для лиц пожилого возраста, направленная на психологическую профилактику стрессовых состояний методом музыкотерапии.

Методы исследования:

1. Общетеоретические:
 - сбор и анализ литературы по проблеме исследования;
 - сравнение;
 - обобщение;
 - синтез;
 - критический анализ.
2. Эмпирические методы:
 - анкетирование;
 - наблюдение;
 - опрос;
 - тестирование;
 - интерпретационный анализ.
3. Психодиагностические методы и методики.
4. Методы математической статистики.

Теоретико-методологической основой исследования явилась теория стресса Г. Селье, адаптационные теории стресса Р. Лазаруса, А.В. Вальдмана и Т. Соха; исследования связи стрессовых и кризисных ситуаций и психосоматического здоровья человека М.Ш. Магомед-Эминова,

Ю.С. Шойгу, Ю.В. Щербатых и др.; концептуальные положения о субъекте деятельности и его жизненном пути (Л.И. Анцыферова, К.А. Абульханова, Е. Брук, К. Ароне, Э.Г.-И. Исаева, А.В. Гнездилов, В. Франкл, Л.Н. Коган и др.); концепции психологии развития в психологии (Л.И. Божович, Б.Г. Ананьев, Е.А. Сергиенко, Л.И. Анцыферова, Т.П. Скрипкина и др.);

Теоретическая значимость исследования заключается в уточнении, систематизации и дополнении существующих теоретических знаний в исследуемой проблемной области. Также научно обосновано использование арт-терапевтических методов и методов музыкотерапии для решения задач предупреждения стрессовых состояний в программах психологической профилактики для лиц пожилого возраста.

Практическая значимость исследования. Разработанная программа для лиц пожилого возраста, направленная на психологическую профилактику стрессовых состояний методом музыкотерапии, может быть рекомендована к использованию в практике психологической помощи психолога людям, имеющим постстрессовые расстройства или состояния, обусловленные эмоциональным выгоранием личности. Также, разработанная программа при необходимости может быть легко расширена и модифицирована в целях ее адаптации к решению задач психологической коррекции и применения в работе различных учреждений.

Научность и достоверность результатов исследования обеспечивалась использованием теоретически и методологически обоснованных методов как теоретического анализа, так и необходимых для сбора эмпирических данных и экспериментального исследования. Методы, используемые в работе, были валидны, надежны и адекватны цели и задачам исследования, а также соответствовали современным методологическим требованиям, предъявляемым к экспериментальным психологическим исследованиям.

Личный вклад автора. Основные положения и результаты исследования нашли свое отражение в научных статьях и были опубликованы в научных журналах, а также, материалы исследования

представлялись в выступлениях на всероссийских и международных научных и научно-практических конференциях.

Апробация результатов исследования. Исследование проводилось на базе областного государственного автономного учреждения социального обслуживания (ОГАУ СО) «Социально-оздоровительный центр граждан пожилого возраста и инвалидов «Волжские просторы» в г. Новоульяновске.

Положения, выносимые на защиту:

- для лиц пожилого возраста свойственна актуализация переживаний страха старости, неуверенности в завтрашнем дне, страха социальной и экономической несостоятельности (страх нищеты) и пр.;
- ухудшение соматического здоровья обусловлено физическими и нервно-психическими причинами, выраженными в тревожности, стрессовых расстройствах, расстройствах настроения;
- психологическая профилактика является способом предупреждения стрессовых состояний и нарастания психоэмоционального напряжения, что способствует компенсации воздействия стресс-факторов;
- программа психопрофилактики с применением рецептивной музыкотерапии будет способствовать повышению уровня резистентности к стрессу и снижению нервно-психического напряжения у лиц пожилого возраста и явится способом предупреждения стрессовых расстройств личности.

Структура исследования. Экспериментальное исследование, представленное в магистерской диссертации, содержит введение, две главы, заключение, список используемой литературы (98 источников) и 3 приложения. В работе представлены 12 таблиц и 9 рисунков.

Глава 1 Теоретико-методологические основы психопрофилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста

1.1 Анализ подходов к изучению феномена стресса в отечественной и зарубежной научной литературе

В настоящем параграфе нами будет детально рассмотрена феноменология понятия «стресс». Изучение профильной литературы позволило установить, что данный термин широко используется в различных областях знаний, ввиду чего имеет большое количество трактовок. Такое положение обусловлено тем, что каждое научное направление и области изучения стресса (физиология, психология, медицина) рассматривают его в рамках своего предмета исследования и угла зрения, описывая и объясняя механизмы образования стресса, симптомы и последствия. Все это, несмотря на имеющуюся неоднородность трактовок и понимания понятия «стресс», существенным образом обогащает научные взгляды и расширяет практические возможности профессиональной деятельности по минимизации негативных последствий воздействия стресса на организм и психику человека.

Круг наук, исследующих изучаемый феномен, не ограничен психологией. В него также входят физиология, социология, медицина и психофизиология. Данное разнообразие обусловлено тем, что природа механизмов стресса является как психологической, так и физиологической, ввиду чего стрессовые проявления и его последствия нередко касаются социальных областей науки и жизнедеятельности общества.

В последнее время наблюдается тенденция к росту частоты возникновений стрессовых состояний на фоне динамичного образа и постоянно меняющихся условий жизни человека. Стрессовые состояния сопутствуют практически всем видам деятельности человека [58]. Среднестатистический представитель современного общества настолько

часто сталкивается с негативными последствиями данного фактора лично или косвенно, что состояние стресса становится неотъемлемым элементом повседневной жизни человека.

Принято считать, что первооткрывателем понятия «стресс» был канадский врач и биолог Г. Селье. На самом деле впервые данный термин был применен в 1932 году американским психофизиологом У. Кенноном. Долгое время его использовали в узком смысле для обозначения описанной ученым универсальной реакции «бороться или бежать».

Г. Селье же, проводя исследования немного позднее, сделал акцент на том, что стресс – это «...неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование...» [74]. Его исследования позволили установить, что стрессоры, как внешние раздражители значительной силы, нарушают баланс функциональных систем организма, сменяя гомеостазис на возбуждение, имеющее неспецифический характер и выступающее в качестве «защитно-приспособительной» реакции организма.

Также он отметил, что сохранение стрессогенности ситуации приводит к удержанию стресс-реакции и развитию стресса, где приспособительный механизм разворачивается в определенной процессуальности и имеет определенные и последовательные стадии.

Г. Селье выделил также типичность развития стресса и его проявлений и последствий, отметив индивидуальность временных и типологических особенностей этого процесса. Различия в этом он объяснил такими параметрами, как «уровень резистентности каждого конкретного организма, интенсивность и длительность стрессового напряжения и воздействия факторов стресса...».

Также важным заключением его исследований было утверждение о характерном для всех типов, независимо от индивидуальной особенности и резистентности, постепенном истощении резервов организма при купировании последствий стресса и в итоге развитии серьезных заболеваний

вследствие стабильно существующего нарушения гомеостаза, приводящего к разрушению функций и систем организма [16, с. 102].

Опубликованная Г. Селье в 1950 году теория стресса дала толчок научным исследованиям в данной области, однако уже тогда была высказана точка зрения, согласно которой «стресс, подобно теории относительности, является научной концепцией, которая страдает от смещения в сознании представлений, отражающих хорошее знание проблемы и недостаточное ее понимание» [74, с. 15].

Другие исследователи данного феномена также отмечают в своих трудах то, что трактовки понятия «стресс» не имеют единства. Так, например, один из известных отечественных психофизиологов В.А. Бодров в своей работе отмечал следующее: «в этой области не существует установившейся терминологии, даже определения стресса часто очень существенно различаются» [15, с. 4].

Не смотря на существующие трактовки, на сегодняшний день уже можно выделить научное понимание стресса, позволяющее очертить четко семантику этого термина и установить единообразие в понимании этого феномена. Так, в биологических, медицинских и психологических исследования проблемы стресса сегодня приняты (по утверждению А.В. Павловой) за основу следующие:

- «стресс - это химический, физический или эмоциональный фактор, ведущий к психологическому или физиологическому напряжению, и способный послужить источником болезни» [57];
- «стресс - это непосредственно сама болезнь, возникающая вследствие действия этих факторов» [58, с. 48].

На наш взгляд, данные трактовки не являются полными и исчерпывающими, в связи с чем представим результаты анализа подходов к пониманию сущности стресса в отечественной и зарубежной научной литературе [58].

По мнению С. Вожнера «стресс представляет собой не самостоятельный феномен, а должен рассматриваться идентифицировано с такими категориями как «фрустрация» и «угроза» [76, с. 8].

Другой исследователь – американский психолог П. Мак Грат трактовал исследуемое понятие стресса, как: «воспринимаемый существенный дисбаланс между требованием и возможностью прогнозирования реализации этого требования в условиях, когда выполнить его невозможно» [20].

Р. Лазарус, говоря о механизмах образования стресса, утверждает, что «стресс возникает тогда, когда индивидуумы чувствуют, что они не в состоянии справиться с предъявляемыми им требованиями или угрозой для их благополучия» [96, с. 178].

Разные определения дали этому понятию и отечественные ученые. В.Л. Марищук трактует стресс с позиций физиологических реакций организма, дающих ответ в виде «гормонального выброса стероидных гормонов», вследствие которых нарушается и эмоциональное равновесие человека [10].

Российский исследователь В.А. Бодров придерживается мнения о широте стрессогенных источников, от природных и экологических условий окружающей среды до социо-культурных и трудовых психофизиологических и психологических условий деятельности, негативно влияющих на человека и не менее масштабно воздействующих и на его организм, и на его психику [15].

Такие ученые, как Г.К. Бисерова, В.Р. Бильданова и Г.Р. Шагивалеева в своих исследованиях опираются как на основополагающее такое понимание стресса (от англ. stress – нагрузка, давление, напряжение), как «...неспецифическая (общая) реакция организма на воздействие (физическое или психологическое), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом)» [64, с. 5-6].

Для всех представленных трактовок и позиций понимания стресса, общей и главной характеристикой его является угнетающее влияние на

организм человека, причем, что присутствует стресс в жизни людей практически постоянно и существует во всех условиях и на протяжении всей истории человечества. К сожалению, в современном обществе это состояние встречается все чаще.

Следует отметить, что Г. Селье, вопреки обыденному мнению об исключительной негативности для человека стресса любого рода и вида, считал, что разрушительное действие стресса обусловлено не самим фактом его наличия, а дозой, силой и временем воздействия.

А вот дозированные стрессогении «...оказывают благотворное влияние..., активируя внутренние ресурсы и поддерживая нормальную работу организма. Стресс, говорил он, «...это не только зло, не только беда, но и великое благо, ведь без стрессов различной природы наша жизнь была бы скучна и однообразна...» [74, с. 13].

Тем не менее, практически все исследования доказывают вредоносность воздействия стресса для организма человека. Т.И. Куликова, например, указывает стресс-фактор прямым источником развития «болезней современности» (сердечно-сосудистых заболеваний, гипертоний, болезней выделительной системы) влияние, которого дестабилизирует гомеостатическое равновесие и приводит к физиологическому и психологическому дисбалансу. [45, с. 180].

Опираясь на выводы базовой теории стресса Г. Селье о постоянном присутствии стресса в ходе жизнедеятельности организма любого уровня и неоднозначно негативном влиянии его на «равновесие и устойчивость» [64, с. 6], сегодня в науке выделены две формы стресса, базовым различиями которых является их полюс воздействия на человека – положительный или отрицательный. Так, положительный стресс получил название эустресса, а отрицательный – дистресса (рисунок 1) [58].

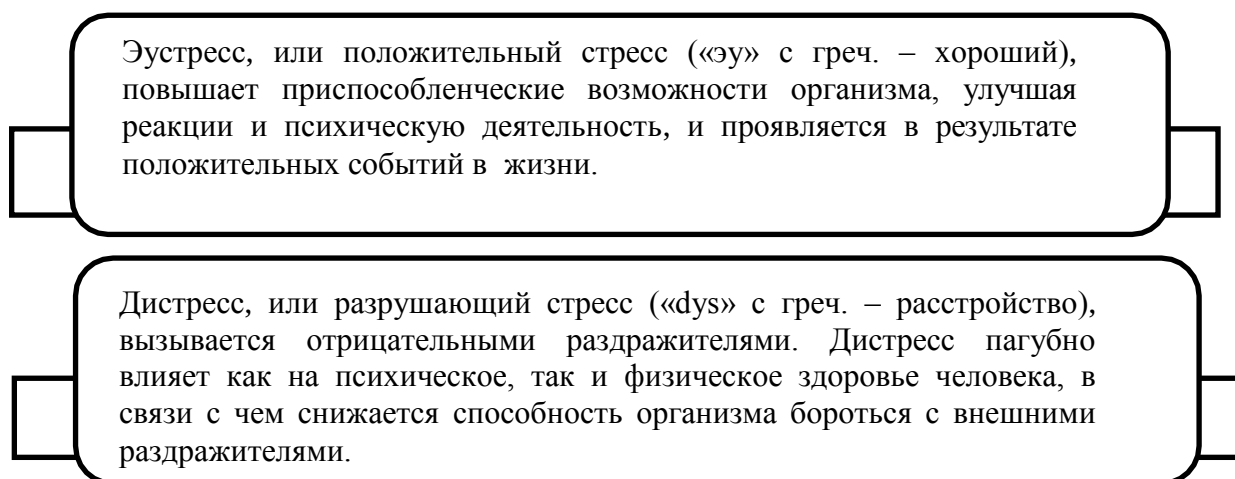


Рисунок 1 – Формы стресса (по А.В. Павловой)

Эустресс, например, как результат влюбленности, проявляется в подъеме творческих сил, вдохновении, сопровождается положительными эмоциями и чувствами. Также отмечено, что кратковременное пребывание в состоянии эустресса оказывает положительное влияние на здоровье человека и повышает его качество жизни и удовлетворенность ею. По времени эустресс, в отличие от дистресса, протекает не длительно.

Дистресс же, как отмечает А.В. Павлова, «может протекать очень долго, вследствие чего у человека наступает состояние физического и психического истощения, ...приводит к неврозам или депрессивным расстройствам» [58, с. 51]. Анализируя разницу и последствия воздействия разных форм стресса, ученые приходят к однозначному выводу о необходимости предупреждения разрушительных последствий дистресса, а при необходимости и своевременной и целенаправленной коррекционной или психотерапевтической работе.

При этом важно отметить, что жизненные силы организма под влиянием стресса всегда приходят в состояние полной боевой готовности. То, какую окраску после этого имеют эмоции – положительную или отрицательную, не имеет особого значения. Степень интенсивности стресса и трансформация стрессовой реакции с течением времени напрямую зависят от того, чем вызвано стрессовое состояние [57].

Несмотря на отсутствие единства трактовок, на основании результатов проведенного анализа можно говорить о том, что с точки зрения всех исследователей стресс трактуется как процесс, а не как единовременное событие. В связи с этим важным достижением, сделанным Г. Селье, является его четкое описание стадий, в ходе которых стресс протекает, а реакции организма разворачиваются в определенной последовательности.

Так, на первый план при воздействии стресс-факторов, выходит стадия тревоги, которая, как известно, появляется в ответ на дисбаланс и сигнализирует о нетипичности происходящего и возможной опасности, и угрозе, содержащейся в раздражителе. В ответ на это организм реагирует мобилизацией систем и ресурсов для организации «адаптационной перестройки». Такое преобразование функционирования сопровождается на этой стадии эмоциональным возбуждением, что негативно отражается на организации поведения человека, связанной с влиянием на аналитико-синтетическую деятельность мышления эмоций и тревоги, снижая возможность объективной и рациональной переработки поступающей информации. Это, в свою очередь, приводит к принятию человеком неконструктивных решений о деятельности и дезорганизованному поведению.

Такой дезорганизационный «взрыв» при наличии сохранения стрессогенного раздражителя запускает в организме и психике адаптационные процессы и здесь наступает уже вторая стадия стресса – стадия резистентности. Характеристикой этого этапа является работа по балансировке вышедших из равновесия физических и психических сил организма, которая направлена на обеспечение экономии расходуемых резервов в целях адаптации к раздражителю.

Третья стадия развивается при продолжающейся необходимости противостоять стрессу с одновременным истощением резервов и адаптационных сил организма. Эта стадия называется по существу происходящих процессов и определяется, как стадия истощения.

Сохраняющаяся интенсивность стрессоров и постепенно истощаемые задействованные человеком ресурсы организма негативно влияют уже на структуры органов и систем, приводя к их перестройке. Причем на уровне уже имеющейся истощенности компенсаторные и адаптационные процессы не обеспечиваются, а ресурсы восполнить становится невозможным [74]. Исходом этого и является развитие соматических, психосоматических и невротоподобных расстройств у человека и нарушение его жизнедеятельности в целом.

Таким образом, проведенный анализ проблемы стресса как определённого феномена, позволил сделать вывод, что большинство специалистов понимают стресс как состояние психического или эмоционального напряжения, или напряжения в результате неблагоприятных обстоятельств. Небольшая доза стресса оказывает благотворное влияние на человека, обеспечивая нормальное функционирование организма. Нахождение в сильном стрессе в течение длительного времени ведет к разрушающим последствиям. В любом случае, жизненные силы организма под влиянием стресса всегда приходят в состояние полной боевой готовности. Степень интенсивности стресса и трансформация стрессовой реакции с течением времени напрямую зависят от того, чем вызвано стрессовое состояние.

Следует также добавить, что на современном этапе среди исследователей нет не только единства мнений о сущности понятия «стресс», но и отсутствует однозначное понимание классификации стрессов по тем или иным основаниям. Разница в классификационных подходах во многом обусловлена отличием в понимании механизмов образования стрессовых реакций.

Исследователи рассматривают возникновение того или иного типа стресса в зависимости от природы влияния того или иного экстремального фактора, каждый из которых напрямую связан с условиями жизнедеятельности конкретного индивида. Проанализировав различные

классификации, мы попытались систематизировать взгляды, объединяя их по сходству признаков (таблица 1).

Таблица 1 – Классификация видов стресса (авторский подход)

Исследователи	Виды стресса	Краткая характеристика
Г. Селье	Физиологический стресс	Рассматривается как «неспецифический ответ организма на любой раздражающий фактор» [74] и имеет, как правило, физико-химическую природу
	Психологический стресс	Характеризуется последовательным задействованием психических процессов, осуществляемым в определенной иерархии
В.А. Бодров	Информационный стресс	Возникает в условиях информационной перегруженности, когда человек не в состоянии справиться с задачей, ему не хватает времени на принятие верных решений в соответствующем ритме на фоне высокой степени ответственности за последствия принятых решений [15]
Р. Лазарус [96] Д.Н. Исаев [38] К.В. Судаков [81]	Эмоциональный стресс	«Состояние ярко выраженного психоэмоционального переживания человеком конфликтных жизненных ситуаций, которые остро или длительно ограничивают удовлетворение его социальных или биологических потребностей» [38]

На физиологическом уровне при стрессе происходят изменения в функционировании органов и систем организма, что может проявляться в головных болях, тошноте, слабости, повышенной утомляемости, рассеянности.

В большинстве случаев физиологический стресс возникает при выраженном дискомфорте, вызванном несоответствием условий жизнедеятельности физиологическим потребностям индивида, которые могут проявляться в несогласованности темпа жизнедеятельности, вынужденном голоде, отсутствии условий для удовлетворения базовых нужд.

Информационный стресс является достаточно новым видом стрессовых состояний и напрямую связан с постоянным наращиванием темпов

жизнедеятельности в современном мире. Чаще всего данный вид стресса проявляется у людей, которые восприимчивы к различной информации или обладают высокой степенью ответственности, которая оказывается больше, чем человек может принять без последствий для собственного организма.

В свою очередь, следующий вид стресса – психологический – обусловлен сущностными изменениями в течении психических процессов человека, трансформацией мотивационной структуры личности, нарушениями двигательного или речевого поведения и так далее.

Данный вид стресса представляет собой своеобразную реакцию на внешние раздражители, которые влияют на психологическую сферу личности. Сила данной реакции будет зависеть от индивидуальных особенностей человека и силы стрессового фактора [57].

Несмотря на то, что можно четко выделить определенные виды стресса, механизмы его проявления и особенности протекания обусловлены не только внешними факторами, но и внутренними индивидуальными особенностями конкретной личности. В данном случае речь идет о таком понятии, как стрессоустойчивость.

По словам Е.А. Матюшкиной, «индивидуальная чувствительность к стрессу, или стрессоустойчивость – это сочетание отличительных черт, делающих человека способным противостоять эмоциональным и интеллектуальным нагрузкам. Это умение организма проявлять отсутствие или минимальное беспокойство и нормально функционировать под влиянием стрессогенных факторов. Отсутствие склонности к усложнению происходящего в совокупности с наличием рациональных убеждений и объективного мышления выступают залогом высокой стрессоустойчивости. Склонность к утрированию стрессовых факторов и ситуаций, напротив, является основной характеристикой людей с низкой стрессоустойчивостью» [52, с. 55].

Итак, рассмотрев различные классификации стресса, мы сделали вывод, что исследователи выделяют несколько видов стресса по

функциональности его возникновения. Также важно помнить, что именно субъективная реакция человека на угрозу, выражающаяся в стрессоустойчивости или индивидуальной чувствительности к стрессу, играет главную роль в том, по какой причине возник и по какому сценарию будет развиваться стресс.

1.2 Психологическая характеристика пожилого возраста

Пожилой возраст – время, когда человек становится наиболее уязвимым к физиологическим и психологическим проблемам. Пожилые люди чаще других сталкиваются с ухудшением состояния здоровья, снижением доходов или просто с вопросами сохранения своей независимости. Многие в этот период чрезмерно рефлексиируют, подводят итоги своей жизни и делают ее переоценку. А.А. Козлов, занимаясь исследованием психологических особенностей людей этого возраста, отмечает, что «очень важным здесь является понимание и рассмотрение возрастных и социально-психологических особенностей развития пожилых и старых людей для обеспечения условий «благоприятного» старения» [39, с. 87].

В научном поле исследованиями психологических особенностей и проблем, обусловленных старением человека, стали заниматься относительно недавно, а именно в 60-х гг. XX века.

Большой интерес для специалистов представляют психологические механизмы старения и геронтопсихология в целом. Среди советских и российских исследователей в данной области стоит отметить Б.Г. Ананьева [8], М.Д. Александрову [4], Л.И. Анцыферову [9], Е.Ф. Рыбалко [71], О.В. Краснову [63], В.Я. Семке, С.С. Одарченко [75], Е.Е. Сапогову [73], А.А. Реана [65]. Зарубежные труды, посвященные упомянутому подходу,

принадлежат таким специалистам как П. Балтес [12], Г. Крайг [43], Э. Эриксон [93].

Значимая роль в изучении психологических особенностей лиц пожилого возраста отводится исследованиям, проведенным ФГБУ НИИ психического здоровья СО РАМН на базе отделения пограничных состояний, в которых анализируются не только особенности протекания тех или иных психологических проблем в пожилом возрасте, но и дается детальная оценка эффективности различных видов психологической помощи.

Основной пласт исследований посвящен таким феноменам, как самооценка, стрессоустойчивость, конфликтность, особенности совладающего поведения, специфика установок и др. Среди ученых, которые публикуют данные исследования, особо выделяются такие, как В.Я. Семке, И.Е. Куприянова [46], С.С. Одарченко [75], М.М. Аксенов [3], В.А. Рудницкий [70] и многие другие.

Обращаясь к анализу имеющейся в науке возрастной периодизации, можно говорить о том, что границы пожилого возраста определены на сегодняшний день очень неоднозначно.

Е.В. Блехарская в своей статье подробно раскрывает весь спектр подходов к определению возрастных границ лиц пожилого и старческого возраста, констатируя, что «ряд зарубежных и российских исследователей (В. Генри (1968), Д. Бромлей (1968), М. Ермолаева (2002), А. Алеман (2012) и др.) в качестве «водораздела» для обозначения границ пожилого возраста выбирает выход человека на пенсию» [14, с. 18].

Анализ взглядов Г. Крайга, А.Г. Лидерса, Н.В. Пряжникова показывает, что существуют и другие подходы в определении возрастных границ, где выделяются отдельно периоды пожилого возраста и старости, где они становятся «подпериодами» этапа старения, а необходимость отделения одного периода от другого объясняли «неоднородностью их содержания» [14, с. 19].

Можно встретить исследования (П. Ласлет, Н.Ф. Шахматов), авторы которых исключают понятия «пожилой возраст» или «старость» из своего рабочего словаря, заменяя их терминами «третий и четвертый возраст», а за основу данного деления принимают «функциональную способность (или неспособность) человека вести активную и независимую жизнь» [14, с. 20].

Мнения специалистов по поводу нижнего порога старости также ощутимо разнятся. Некоторые ученые считают несвязанным «наступление старости» с конкретными параметрами возраста и указывают, что его «...нельзя приурочить к определенной календарной дате...» [14]. А другие (Э. Эриксон, Б. Ливехуд, В.И. Слободчиков, Б.Н. Рыжов) в то же время определяют границы пожилого возраста слишком разнородно и указывают довольно-таки широкий диапазон: 45–55–60–65–73 [14, с. 21].

Ведущими концепциями на сегодняшний день остаются идеи Б.Г. Ананьева, Э. Эриксона, Б. Ливехуда. Так, Б.Г. Ананьев определяет границы пожилого возраста, начиная с 60 лет [8], а Э. Эриксон сдвигает их примерно на пять лет указывая ориентировочно возраст 65 лет, описывая его как возраст переоценки себя и своей жизни в целом - «...люди оглядываются назад и оценивают итоги своей жизни...» [92]. Б. Ливехуд изучает этот возрастной период, используя другие границы, где «последняя фаза начинается после 56 лет и длится 7 лет...», а вот наступающее «десятое семилетие» он закрепляет достигнутые им все ступени развития за предыдущие 63 года, приходя к возможности «...собирать плоды своей жизни и возвращать их обществу...» уже после наступления у него рубежа семидесяти лет [50, с. 112].

В современных исследованиях встречаются разные подходы к определению возрастных границ - многие авторы все еще отождествляют пожилой и старческий возраст [5], а другие, напротив, дифференцируют их и даже предлагают новый термин, заменяющий категорию старости, называя этот период периодом «преклонного возраста» [72].

Несмотря на наличие в научном мире разных мнений, на современном этапе существует установленная единая периодизация возрастов, построенная на хронобиологическом подходе. Она была разработана в 60-е гг. 20 века и утверждена всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ - далее). В ней отражены периоды взросления и старения начиная с периода молодости, длящегося от 18 до 44 лет, переходящего в средний возраст (45-59 лет) и продолжающийся периодами пожилого и старческого возраста, с возрастными границами 60-74 и 75-90 лет соответственно, и с завершением цикла жизнедеятельности периодом долголетия с хронологическим возрастом старше 90 лет.

Ввиду того, что в качестве классификационных критериев используется ряд различных оснований, на сегодняшний день возрастные рамки пожилого возраста нельзя считать определенными в полной мере, даже несмотря на имеющиеся довольно четкие границы.

Ведущие характеристики для установления границ пожилого и старческого возраста обновляются в свете постоянно ведущейся работы исследователей по изучению данного предмета. В своих трудах О.В. Краснова объясняет логичность ориентировки на достижение людьми пенсионного возраста тем, что «физическое истощение организма неминуемо влечет за собой и экономические последствия...» [63, с. 205]., которые в свою очередь влияют на психологическое состояние человека и его образ жизни.

В настоящем исследовании мы будем придерживаться именно данной границы возраста, по достижении которого в России российские мужчины и женщины выходят на пенсию. И, даже несмотря на проведение недавней пенсионной реформы, все учреждения нашей страны, работающие с пожилыми гражданами, ориентируются на данные показатели.

Особое значение при изучении особенностей людей этих возрастов приобретает не столько определение возрастных границ, сколько более существенные характеристики, связанные с изменениями физических

возможностей человека, сохранностью его органов и систем, а также его психическими и психологическими ресурсами и особенностями его личности в совокупности с его условиями и образом жизни. По мнению Г.С. Абрамовой, именно «...общий упадок иммунной системы, уменьшение физической активности, увеличивающийся риск хронических заболеваний и возникающие трудности с памятью и вниманием...» [1, с. 112] должны становятся предметом исследований, что позволит максимально эффективно осмыслять необходимые условия и подходы, способствующие повышению продолжительности продуктивности человека с сохранением у него качества жизни.

Неоценимой пользой обладают исследования А.А. Реана касательно психологических особенностей пожилого возраста. Исходя из понимания того, что старение является «...генетически запрограммированным процессом, сопровождающимся определенными возрастными изменениями в организме...и снижением сенсорных функций», необходимо учитывать последствия этого для интеллектуальной деятельности человека, которая за счет своей высокой развитости способная сохранять высокую эффективность, которую и следует поддерживать, сохраняя ее на максимально возможных уровнях функционирования [65, с. 214].

Также автор отмечал, что предыдущий опыт может достаточно плодотворно действовать на продуктивность когнитивной сферы пожилого человека, обеспечивая осмысленность и мудрость его выводам и решениям, что минимизирует воздействие ограничивающих возрастных изменений.

Более значительные изменения происходят в эмоциональной сфере пожилых людей, затрагивая процессы, связанные с эмоциональной регуляцией. Так, людям в этом возрасте свойственны такие состояния, как снижение общего фона настроения, сопровождающееся периодами «...беспричинной грусти, тревоги и чувством одиночества...», повышенная эмоциональная чувствительность с появлением слезливости и общей высокой сензитивности, снижение устойчивости и резистентности к стрессу,

что на уровне поведения выражается в появлении эксцентричности, повышенном нервном возбуждении и реакциям аффекта, превышающими значение жизненных событий [65, с. 225].

В исследованиях А.А. Реана установлены также и гендерные различия в трансформации эмоциональной сферы пожилых людей. Так, для мужчин характерно проявление черт характера, свойственных женскому полу, и появление пассивности, в то время как у женщин проявляется агрессивность и властность по отношению к окружающим.

Привязанность людей пожилого возраста к прошлому и высокую зависимость от воспоминаний исследователь связывает с ослаблением аффективной сферы пожилых.

Помимо вышеизложенного, А.А. Реан также отмечает и изменение отношения людей этого возраста к смерти, состоящее в снижении тревожности по отношению к мыслям о данном факте, которое при этом проявляется довольно часто с одновременным усилением боязни болезненности и длительности процесса умирания [65].

Анализ других исследований также позволил выявить некоторые специфические черты данной возрастной группы.

Т.Д. Марцинковская считает вполне типичным наличие у людей личностной тревожности, мнительности, повышенной раздражительности с погружением человека в себя и усилением эго-ориентации, причем, с одновременной утерей интереса к происходящему вовне. Также изменяются и некоторые типологические черты – «...развивается эгоцентричность и значительно снижается инициативность...» личности. Но, отмечает она, все они вполне соответствуют присущим человеку особенностям, и могут усиливаться в соответствии с его типом личности [51, с. 20].

Одним из значительных изменений подвергается сфера социальной активности людей этих возрастов. На это указывается в исследованиях О.В. Красновой, где ею были выделены как значимые такие параметры, как снижение способности к социальной адаптации и круга социального

окружения с сокращением количества этих контактов [63, с. 301]. Эти явления (П.Б. Балтес) зачастую происходят по решению самого человека, играя для него своего рода защитную поведенческую роль [12, с. 140].

Временная перспектива пожилых людей также заметно меняется. В ней происходит реориентация с будущего и даже, зачастую, и настоящего, на приоритетность для человека прошлого. Эта особенность, вполне закономерная и объяснимая, установлена в исследованиях Е.Е. Сапоговой, где ей же предложена необходимость актуализации перспектив будущего, но с обязательной корректировкой целеобразующих компонентов и временных параметров с преобладанием краткосрочных проектов будущего. Такие изменения необходимым образом способны поддерживать мотивацию и ценностность самого себя и жизни в целом, стимулировать резервные силы организма и психики, приводя к более высоким показателям удовлетворенности жизнью у пожилых людей, что само по себе является фактором предупреждения развития депрессий, тревожности и страхов [73, с. 416].

В целом, личность пожилого человека психологически настраивается на анализ и критическую оценку прожитой жизни, подведение итогов собственной жизнедеятельности, что нередко приводит к неудовлетворенности прожитой жизнью и порождает специфические для пожилого возраста психологические реакции: фрустрации, связанные с боязнью физической немощи и ненужности близким, замкнутость, тревожность. Таким образом, изменения в пожилом возрасте происходят в различных сферах жизнедеятельности человека.

Г.С. Абрамова анализируя возрастные психологические особенности людей пожилого возраста, подробно описывает присущие им изменения в зависимости от типа их личности, причем указывая на то, что все изменения все же существуют в рамках сформированных ими черт на ранних этапах развития и становления, но, конечно же, происходящими не без участия

процессов старения организма. Согласно сделанным ею выводам, можно отметить следующие характерные особенности:

- тревожно-мнительный тип личности обрывает еще большей мнительностью, становясь подозрительным, расчетливость начинает преобразовываться в некое подобие жадности или проявляется в излишней аскетичности, такие качества, как принципиальность, последовательность взглядов и позиций превращается в ригидную непримиримость по отношению к отличающимся мнениям, а следовательно и людям, их имеющим, а эмоциональность и подвижность превращается в неадекватную реактивность с потерей способности к самоконтролю;
- присущая возрасту повышенная чувствительность (сензитивность) начинает отрицательно влиять на самооценку пожилого человека и, зачастую, сопровождается усилением переживания собственной ущербности и «несправедливого преследования» собственной личности, что усиливает низкий и депрессивный фон настроения пожилого человека;
- приобретаются и положительные сдвиги в характерологических особенностях, проявляющиеся в виде «...умиротворенности, осмысленности главных ценностей, адекватной переоценке своих желаний и возможностей, в сглаживании противоречивых черт характера, а также в творческом вдохновении и обретении путей его выхода (написание автобиографий) и т. п.» [1, с. 63].

Итогом анализа, сделанным Г.С. Абрамовой, является вывод о безусловной кризисности этого возрастного периода, что делает необходимым ориентации в старости на интеграцию личности с принятием своей жизни и самого себя с позиций ценности и уникальности [1, с. 102], что, по своему, становится главным психологическим испытанием этапа старости, так как формирование цельного и умиротворяющего представления о себе и своем жизненном пути должно осуществляться на

фоне нарастающего отчаяния от возможного разочарования в жизни и страха перед ее конечностью и невозможностью уже ничего изменить.

Таким образом, в настоящем параграфе нами были проанализированы различные подходы к определению возрастных границ пожилого возраста и к пониманию его психологического содержания. По результатам теоретического исследования мы пришли к выводу о том, что процесс старения обуславливает существенные изменения во всех сферах личности, затрагивая жизнедеятельность человека в целом.

1.3 Специфика и факторы развития стрессовых состояний у лиц пожилого возраста

На сегодняшний день проблема развития стрессовых расстройств у пожилой части населения приобретает очень большое значение ввиду того, что перечень факторов, которые обуславливают возникновение и развитие стрессов, достаточно велик. В настоящем параграфе мы рассмотрим данные факторы и проанализируем особенности протекания стресса у лиц пожилого возраста.

Люди старше 60 лет гораздо более подвержены психическим расстройствам, нежели представители других возрастных категорий. Согласно М.М. Аксенову, «психическое старение – это процесс возрастного изменения высших психических функций, характеризующий заключительный период человеческой жизни» [61, с. 60].

Данные расстройства появляются вследствие огромного ряда причин, которые имеют физиологическую и психологическую природу. В силу возрастных особенностей человека в пожилом возрасте развиваются различные психосоматические заболевания, большинство из которых обусловлены влияниями различных стрессовых факторов.

В предыдущем параграфе настоящего исследования мы определили возрастные границы исследуемого возраста, а также его психологическое

содержание. В рамках изучения особенностей стрессовых состояний у лиц пожилого возраста первоначально рассмотрим, какими факторами сопровождается процесс старения человека и что обеспечивает успешность адаптации к меняющимся условиям жизни.

В общем виде данные факторы сопровождаются многими изменениями, происходящими как на уровне структуры организма, так и на уровне его функционирования. Все изменения имеют индивидуальные характеристики протекания, но при этом обладают типичными и однородными признаками, причем касается это в большей степени внутренних параметров, существующих на физиологических и психологических уровнях личности в периоды старения.

Выделяют внутренние и внешние факторы, которые мы и рассмотрим подробнее.

По мнению О.В. Хухлаевой, «внутренние факторы обуславливают степень успешности адаптации к новым условиям жизнедеятельности, среди которых основными являются индивидуальность обмена веществ и нейроэндокринной регуляции, устойчивость иммунологического статуса, личностная предрасположенность к психическим расстройствам и стрессам, а также социально-психологические установки личности» [88, с. 121].

Внешние факторы включают в себя следующие характеристики:

- образ жизни человека;
- физическая и умственная активность;
- окружающие социальные и психологические условия [97].

Согласно кибернетической теории стресса, стресс – это отрицательно воспринимаемое несоответствие между воспринимаемым и желаемым состояниями человека, важными для его функционирования, что особенно актуально для пожилых людей. В совокупности со скоротечными физиологическими изменениями это делает пожилых граждан чувствительными к влиянию стрессовых факторов и, как следствие, подверженными психическим упадкам. С учетом данных нюансов

необходимо осознавать важность нивелирования или максимально возможного сглаживания негативных последствий подобных факторов с целью укрепления и сохранения психического здоровья лиц пожилого возраста.

Изученные исследования позволили нам выделить доминирование некоторых компонентов, являющихся по силе и значимости воздействия, факторами развития стрессовых состояний у лиц пожилого возраста. К ним были отнесены:

- рефлексия о прожитой жизни;
- ослабленный иммунитет и физический упадок;
- нарушение привычного образа жизни (выход на пенсию, отрыв от семьи, смерть близких людей и так далее);
- отсутствие четкого жизненного ритма;
- изменение финансового положения.

Данные факторы оказывают на организм различное влияние, и ведущим оказывается тот или иной в зависимости от конкретных обстоятельств и индивидуальной ситуации развития.

Мы считаем целесообразным провести углубленный анализ факторов, влияющих на формирование стрессовых ситуаций, так как приведенный выше список не представляет собой, на наш взгляд, весь спектр факторов в полной мере.

Так, Н.Г. Фирсова, исследуя факторы и особенности стресса у лиц пожилого возраста, считает, что «...перманентный стресс старения в большей степени характеризуется как информационный и эмоциональный стресс...». Выделяемые ей переживания, потрясающие личность, связаны, как она указывает, с объективно существующими травмирующими событиями, такими как утрата родных и близких людей, сопровождаемая острым чувством одиночества, утрата чувства надежды, как результат разочарований и потери жизненной перспективы будущего, утрата возможностей контроля своей жизни и власти вследствие определенного и

специфического по своему содержанию обретенного социального положения. Все эти переживания, не уникальные по своей сути и способные настигнуть человека в любом возрасте и на любом этапе его жизни, усугубляются «эмоциональным старением» и усилением доли негативных эмоций в связи чувством утраты силы и потери физических возможностей, сопровождаемым «...тревогой, беспокойством, депрессией, ипохондрической установкой и другими типичными состояниями, возникающими в период старости...» [84, с. 274–276].

Р.П. Бондарев также разделяет точку зрения об испытываемом пожилыми чувстве одиночества, но выделяет его в совокупности с изменениям социально-психологических факторов его жизни в виде изменения общей жизненной ситуации, снижения количества коммуникаций и таким компонентом, как изменение социального статуса и собственной социальной значимости. Такая совокупность факторов становится серьезным и мощным по воздействию стресс-фактором, и разрушающе действуют на личность пожилого человека [19, с. 40].

А.В. Рубцов и Е.И. Холостова, изучая источники развития депрессивного невроза, также считают вполне типичными для развития деструктивных стрессовых состояний наличие в жизни человека таких травмирующих обстоятельств, как ситуации невосполнимой утраты, смерть близких, распады семьи, приводящие к внезапно наступающему чувству одиночества и мыслям о собственной смерти [87, с. 187].

К.А. Боженкова в результатах своего исследования также предлагает описание особенностей стрессовых состояний и выделяет причины их возникновения. Наиболее распространенными причинами нервного напряжения и стрессовых состояний у пожилых людей выступают, по ее мнению, внезапное и существенное сужение социального круга и новый, непривычный ритм жизни. Нередко прекращение рабочей деятельности приводит индивидуума в состояние апатии, сопровождающееся нежеланием контактировать с людьми из боязни быть непонятым.

Одиночество и социальная изоляция пожилых людей, имеющие негативное воздействие на состояния человека, привлекают внимание и вызывают все большую озабоченность у специалистов системы общественного здоровья и здравоохранения населения.

Наибольшую тревогу вызывает чувство брошенности, страх стать ненужным, которые усиливаются в процессе старения человека. Данные факторы приводят к тому, что для многих пожилых людей старость перестает быть полноценной стадией жизни, и они тем или иным способом оказываются вовлечены в острый межличностный конфликт и когнитивный диссонанс.

На фоне старения и ухода от занятий продуктивной деятельностью закономерным является ощущение потери социального статуса, что не может не вызвать у индивида панику и тревогу. Учитывая тесную взаимосвязь иммунитета и психологического состояния пожилого человека, это часто приводит к ухудшению физического здоровья.

Занятость ума чрезвычайно важна для поддержания здоровья и предотвращения эмоционального кризиса, поэтому пожилым людям необходимо установить новую рутину, которая придет на смену рабочим будням. Это поможет избежать сужения круга интересов и, как следствие, потери навыков общения.

Состояние стресса у пожилых людей нередко ведет к возникновению тенденции к затворничеству, что в корне неверно. Дружба, родственные связи и чувство общности необходимы для поддержания психического и физического здоровья.

Также в статье отмечено, что отсутствующее у людей пожилого возраста чувство психологической безопасности, в возникновении которого большую и негативную роль играет резкое снижение контактов в межличностном взаимодействии, интерпретируемое личностью как безразличие людей и окружающего мира, напрямую влияет на утерю смыслов и нарушает ценность жизни и ее ориентационная

направленность. Еще сильнее усиливает это переживание возросшая потребность во внимании и выражении от близких людей заботы и невозможность ее получить в той мере, чтобы снизить тревогу и одиночество. Нехватка этого часто может наблюдаться в особенностях общения пожилых людей и специфики построения речевых высказываний. У них появляется излишняя многословность, монологичность, пространность высказываний, изложение мыслей перегружается разъяснениями, не несущими смысловой нагрузки.

Они в социальном пространстве начинают пользоваться любой возможностью для общения, но при этом содержательно их коммуникация довольно-таки типична, ибо человек начинает повторять то, что уже неоднократно все слышала. Это, кстати, приводит к избеганию более близких людей к минимизации контактов и их оскудению.

Такая стереотипизация речевой и интеллектуальной деятельности, постепенно нарастая, приводит к нарушениям психологической близости, что в принципе и порождает чувство угрозы изоляции и так называемой «оставленности», которые уже в свою очередь усиливают тревогу, беспокойство и депрессивный фон настроения. Как отметила К.А. Боженкова, «...стереотипирование мышления у пожилых людей порождает излишнюю серьезность, снижает чувство юмора, провоцирует развитие таких эмоций, как беспокойство и подозрительность» [17, с. 132].

Распространенным является наличие у пожилых людей психосоматических заболеваний, что обусловлено их тягой к убеждению себя и окружающих в том, что они тяжелобольные. В самых запущенных случаях индивиды настолько свыкаются с не проходящим чувством недомогания, что бросают попытки от него избавиться, считая это неотъемлемой частью старости.

Ведущими триггерами таких состояний выступают нереализованные амбиции, ложные установки и психоэмоциональный стресс. «Во врачебной практике нередко встречаются случаи, – замечает К.А. Боженкова, – когда

пожилые люди ради привлечения внимания родных и близких имитируют болезнь даже после того, как прошли медицинское обследование, которое не выявило никаких отклонений» [17, с. 132].

При изучении стрессогений и факторов развития стрессовых состояний нельзя не коснуться проблемы «образа пенсионера». Как ни печально, существующие стереотипы пожилого человека содержат в основном комплекс негативных характеристик, нивелируя и содержательность личности, и ее социальную значимость.

В отечественном культурном поле на современном этапе эти стереотипы представлены широко и достаточно прочно закреплены в сознании россиян. Такую ситуацию подтверждают и данные социологически исследований, проведенных в последнее десятилетие.

Эти же социальные установки находят и во многих других обществах. Например, данные выводы подтверждают и американские исследования, а Т. Ханн интерпретирует существующие тенденции и заявляет, что современные тенденции «...прославления молодости – это обратная сторона ненависти к старению..., а презирать факт старения – это то же самое, что презирать жизнь» [97, с. 80].

Возросший интерес специалистов разного профиля к проблеме пожилых людей в современном обществе отразился в относительно недавнем (2012 г.) исследовании, проведенным ВОЗ, посвященном изучению образа жизни людей старшего поколения – «Старение и здоровье». Одним из результатов его явилась возможность выделить позиции, которые довольно-таки стереотипны для многих стран и слов общества. Так, статистически преобладали мнения следующего рода: «Пожилые люди не приспособлены для жизни в современном обществе», «Пожилые люди сильно подвержены сенильному психозу» и «Пожилые люди беспомощны» [60].

Действительно, важно отметить, что с возрастом организму становится все труднее справляться со стрессом. Снижается выносливость сердца и легких, сон, помогающий восстанавливать физические и моральные силы,

становится прерывистым и коротким, что приводит к повышению уровня гормонов стресса в мозге. Все это в совокупности уменьшает эмоциональную гибкость индивидуума и ухудшает способность здраво оценивать себя, окружающую среду и возможные перспективы развития.

К декомпенсации могут приводить описанные выше тенденции и общее снижение адаптационных сил организма, в том числе по отношению к ситуации стресса. А это закономерно порождает затяжной характер течения у них любых нервно-психических и психологических расстройств.

Подводя итог данного параграфа, важно отметить, что многие стрессоры, с которыми сталкиваются пожилые люди, возможно предупредить или преодолеть, минимизировав негативные последствия для физической и психической сферы. Для этого необходимо осуществлять целенаправленную работу по изменению отношения к старению в целом и к факторам, которые сопровождают данный процесс.

Компенсаторные стратегии и поведенческий репертуар, а именно их конструктивность в отношении минимизации повреждающих воздействий стресса, должны активно изучаться специалистами-психологами и использоваться для организации психологического сопровождения и помощи пожилым людям для увеличения возможностей их адаптации.

На основании результатов анализа литературы отметим, что причины стресса и стрессовые состояния в пожилом возрасте имеют определенную специфику, отличную от характера стрессов в других возрастных группах, что обуславливает специфический подход к психопрофилактической и психотерапевтической работе. Изучение наиболее эффективных механизмов психопрофилактической работы с лицами пожилого возраста представлено в следующем параграфе диссертационного исследования.

1.4 Сущность, методы и особенности организации психопрофилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста

Реакция личности на различные стрессовые факторы, как нами отмечалось ранее, определяется ее индивидуальными особенностями, личностными установками, мотивационно-ценностной сферой, а также накопленным в ходе жизнедеятельности опытом. В зависимости от особенностей реакции, последствия стрессовых ситуаций в жизни каждого человека также имеют свою специфику.

Однако важнейшей задачей прикладной психологии является поиск путей снижения негативных последствий стрессоров для каждого человека и групп людей, имеющих сходные социально-психологические характеристики.

Таким образом, в связи с большим числом факторов, вызывающих стрессовые состояния в пожилом возрасте, возрастает актуальность изучения вопросов повышения резистентности личности к стрессорам и поиска эффективных путей психопрофилактического воздействия на людей пожилого возраста.

Первоначально рассмотрим сущность понятия психопрофилактики, механизмы и методы ее реализации в работе с пожилыми и старыми людьми. Изучением вопросов психопрофилактики различных психических расстройств и факторов развития пограничных состояний занимался широкий круг исследователей, основные среди которых: А.С. Кузнецова, А.Б. Леонова [49], С.В. Осьминина, Г.К. Ушаков [55] и другие. Еще в конце XIX в. И.П. Павлов обращал внимание на то, что профилактика должна стать медициной будущего.

Психопрофилактика – это важная область медицинской психологии, которая представляет собой комплекс мероприятий, позволяющих уменьшить «...частоту, распространенность и рецидивы нарушений

психического здоровья...» и носящих упреждающий и превентивный характер [90].

Для понимания смысла психологической профилактики в современной практической психологии также существует довольно-таки большое количество толкований. Т.Г. Харитоновна, посвятившая многие свои исследования изучению понятия профилактики и возможностей этого направления деятельности, выделила значения, придаваемые этому термину в различных профессиональных сферах в аспекте решаемых задач [86]. Так, ею представлены медицинский, психиатрический, психотерапевтический и психологический контекст психопрофилактики. Например, она рассматривается как «отрасль психиатрии..., раздел общей профилактики, который включает систему мероприятий, направленных на изучение психических воздействий на человека, свойств его психики и возможностей предупреждения психогенных и психосоматических болезней» [47, с. 119]. Также под психопрофилактикой понимают «комплекс мероприятий, направленный на предотвращение у людей возникновения заболеваний, их обострений, социально-психологической и личностной дезадаптации» [35, с. 11], а также «устранение факторов, вредно отражающихся на психике человека, и использование факторов, положительно на них влияющих» [18, с. 320]. В психологическом смысле зачастую используют понимание профилактики как психогигиены, где она понимается, как «...предоставление специализированной помощи практически здоровым людям с целью предотвращения нервно-психических и психосоматических заболеваний, а также облегчение острых психотравмирующих реакций» [44, с. 269; 37, с. 360–361; 80].

Несмотря на существующее сходство феноменологии психопрофилактики и психогигиены, у специалистов данных направлений прослеживается склонность к сепарации этих понятий. Такие исследователи, как В.К. Мягер [53], Л.Л. Рохлин [69] и другие считают, что главными отличиями являются разные цели и направленность гигиены и профилактики,

где первая имеет цель сохранять имеющееся здоровье и способствовать его укреплению, а второе направлено на предотвращение ухудшения здоровья и предупреждение образования у человека стойких психических нарушений. Можно также добавить, что психогигиена путь сохранения и улучшения здоровья видит часто в «...организации надлежащей природной и общественной среды, соответствующего режима и образа жизни», а профилактика представляет собой целенаправленную деятельность специалиста с использованием им специальных методов, приемов, стратегий и психотехнологий.

Таким образом, рассматривая отличительные черты психопрофилактики, важно отметить, что данная область обладает динамичностью и современностью, методы постоянно совершенствуются, исходя из специфики актуальных условий среды. Другой значимой особенностью мы считаем междисциплинарность, что позволяет консолидировать знания различных областей теории и практики для достижения максимального профилактического эффекта. По мнению В.К. Мягер и В.Д. Стяжкина, методы психопрофилактики также обладают определенной неспецифичностью [54].

Переходя к изучению механизмов организации психопрофилактики, важно отметить, что превенция стрессовых расстройств должна осуществляться посредством триады мероприятий: медицинской, социальной, психологической направленности.

Необходимым условием организации психопрофилактического воздействия является предупреждение развития стрессовых расстройств и невротических реакций у здоровых людей, которые могут вызывать различные пограничные и психические расстройства [95].

При организации психопрофилактической работы с лицами пожилого возраста необходимо руководствоваться следующими принципами:

- 1) комплексность, которая заключается в единстве воздействия на различные сферы личности человека;

2) индивидуализация и дифференциация. Суть данного принципа заключается в индивидуальном подходе к конкретной личности или группе лиц, в зависимости от каждого специфического случая и наличия или отсутствия возможности объединить их в группу. Показателями для дифференциации могут служить:

- специфика условий проживания;
- причины стрессовых состояний;
- особенности совладающего поведения;
- степень физической и умственной активности и др.

В пожилом возрасте природные механизмы восприятия стрессовых факторов теряют свою гибкость, что делает необходимым поиск наиболее эффективных узконаправленных методов психопрофилактического воздействия.

Анализ практики организации психопрофилактических мероприятий с лицами пожилого возраста позволил нам сделать вывод о том, что их можно дифференцировать и классифицировать, однако общим для всех является оказание психологической помощи психически здоровым лицам, которые, на данный момент времени или в прошлом, были подвержены психотравмирующим и стрессовым факторам, с целью превенции развития психических расстройств.

При подборе методов психопрофилактической работы значимым является изучение актуального нервно-психического состояния личности, особенностей жизнедеятельности и круга общения. Среди методов диагностического изучения наиболее популярными являются:

- анализ документации (при нахождении в различных учреждениях);
- наблюдение;
- психологическое тестирование и анкетирование.

Психологических методик изучения различных значимых особенностей личности при психопрофилактике стресса на данный момент существует достаточно большое количество. Наиболее актуальные для

изучаемой группы методики и их обоснование представлены в пункте 2.1 настоящего исследования.

До настоящего времени остаются недостаточно разработанными содержание и направленность конкретных психогигиенических и психопрофилактических мероприятий. Так же активно обсуждается проблема отбора методов психологического воздействия для решения профилактических задач и корректность использования психотерапевтических моделей и стратегий работы. Это связано с пониманием проблемы соотношения психического здоровья и болезни, нормы и патологии – одной из фундаментальных проблем психиатрии и медицинской психологии [77].

А.Б. Леонова отмечает, что для обеспечения психологической помощи пожилым людям, испытывающим стрессовые воздействия, и выборе средств и способов ее реализации в виде психогигиены или профилактики, необходимо учитывать в любом случае две целевых ориентации – первая, это направленность на изменение восприятия стрессовой ситуации и ее значения, а вторая – работа с собственно психотравмирующей ситуацией в виде ее принятия и последующего отстранения от нее, либо в виде преобразования смысла ситуации с поиском ее положительных значений и преимуществ [49, с. 43].

Проанализировав различные подходы к классификации методов психопрофилактики, мы выделили наиболее часто используемые и анализируемые в контексте применения их при работе со стрессами. К ним относятся:

- релаксационные техники;
- аппаратные методы (с использованием биологической обратной связи (БОС);
- гештальт-терапия;
- психогимнастика;
- самовнушение по Шульцу;

- психологическое консультирование;
- психофармакотерапия;
- арт-терапия;
- нейролингвистическое программирование с использованием гипноза и др.

В настоящей работе нами будет уделено особое внимание арт-терапии, как одному из наиболее эффективных методов работы со стрессовыми состояниями у лиц пожилого возраста. По Л.Д. Лебедеву, арт-терапия в первую очередь направлена на то, чтобы помочь людям в разрешении эмоциональных и психологических проблем. Ценность методов арт-терапии заключается в их результативности, выраженной:

- в улучшении когнитивных навыков и стимуляции интеллектуальной активности;
- в улучшении физических и моторных навыков и облегчение боли;
- в побуждении личности к социализации и общению;
- в снижении уровня стресса и облегчении депрессивных состояний;
- в стимуляции процессов самосознания и самовыражения;
- в снижении эмоционального напряжения;
- в возможности проработки будущих планов и идей, переоценки пережитого опыта и т. д. [48, с. 199].

Методы арт-терапии обладают большими возможностями для работы как в группе, так и индивидуально, а в свою очередь, формы арт-терапевтической работы обладают гибкими параметрами, что определяет вариативность их подбора и применения.

Впервые арт-терапия, как самостоятельная область теории и практики стала развиваться в начале XX в. Данное поле было образовано на стыке психологии, медицины и искусства.

Появление термина «арт-терапия» связано с именем британского ученого и художника А. Хилла, который применил данный метод на практике. В 1938 году, во время лечения от туберкулеза в санатории

Мидхарст, рисуя близлежащие объекты, А. Хилл обнаружил, что рисунок помогает его выздоровлению.

В 1942 году А. Хилл впервые использовал термин арт-терапия и в 1945 году опубликовал свои идеи в художественной книге «Искусство против болезней» [98]. Позже он стал президентом Британской ассоциации арт-терапевтов.

А.И. Копытин, известный отечественный специалист по арт-терапии, призывает различать арт-терапию и «психотерапию выразительными искусствами», считая их смешение или взаимозаменяемость терминов некорректным. Этих же позиций придерживаются и Л.А. Аметова [6], А.В. Гришина [33] и многие другие, понимая под «психотерапией искусством (expressive arts therapies) применение разных форм творческого самовыражения с целью достижения лечебно-коррекционных и развивающих эффектов» [42].

Большинство отечественных авторов, использующих понятие арт-терапии, следуют принятому в международной литературе определению и рассматривают ее как одну из форм психотерапевтической практики, основанную на использовании пациентами визуальных, пластических средств самовыражения в контексте психотерапевтических отношений [67].

Арт-терапия на современном этапе развития помогающей психологии и психотерапии довольно-таки разработанное направление и имеет высокую вариативность. Ее методы используются для лечения широкого спектра нервных и психологических расстройств, так как оказывает положительное воздействие на духовное, психическое и соматическое здоровье человека.

Л.Д. Лебедева замечает, что «при организации применения арт-терапевтических технологий необходимо учитывать эмпирически доказанное убеждение, что содержание внутреннего «Я» личности отражается в любом продукте творчества (рисунок, выбранная для прослушивания и исполнения композиция, насыпная мандала и т. д.), благодаря чему психолог может проследить процесс реагирования и проживания эмоциональных

переживаний. Практическая арт-терапия нацелена на работу с образами настоящего, прошлого и будущего» [48].

Проанализировав различные методы арт-терапии, мы систематизировали их и представили в виде таблицы, где отражены наиболее актуальные и современные технологии работы (Таблица 2).

Таблица 2 – Классификация современных методов арт-терапии (авторский подход)

Метод	Краткая характеристика процесса
Изотерапия	Живопись и рисование
Музыкотерапия и вокалотерапия	Прослушивание и воспроизведение различных композиций
Цветотерапия	Воздействие различных цветовых импульсов
Песочная терапия	Работа с песком, рисование и построение фигур
Библиотерапия и сказкотерапия	Чтение и обсуждение литературы по проблеме
Видеотерапия	Просмотр и обсуждение видео, где герои имеют сходную проблему
Игротерапия	Разыгрывание различных ролей в ходе игры
Драматерапия	Драматизация, проигрывание какого-либо сюжета
Танцевальная терапия	Занятие танцами, переживание негативного опыта через танцевальные образы
Арт-синтезтерапия	Объединяет в себе живопись, стихосложение, цвето-, видеотерапию и пр.

При подборе наиболее подходящего метода в работе с пожилыми людьми мы сделали выбор в пользу музыкальной терапии с применением элементов вокалотерапии.

М.Ф. Григорьян дал достаточно полное, по нашему мнению, объяснение специфики этого метода, а также выделил ее функциональные возможности. Он сказал, что «музыкотерапия...объясняет практику не только изолированного, но и целостного применения музыки как ...базового фактора воздействия..., так и возможности прибегания к ней в ходе использования других коррекционных приемов для...усиления их воздействия...Музыкотерапия также может выступать вспомогательным

средством установления контакта и облегчать эмоциональное реагирование в процессе коррекционной работы» [31, с. 157].

С.В. Шушарджан в музыкотерапии выделяет как инструмент эффективности ее физические возможности в виде «акустических волн», стимулирующих не только «психоэмоциональную, духовную сферу человека...», но и воздействуя «...на тело и внутренние органы» [91, с. 205].

В.М. Бехтерев [13], И.М. Сеченов [78], И.М. Догель [36] и многие другие установили факт наличие благотворного влияния музыки на практически все функциональные системы организма. А Л.И. Глазунова, продолжив исследования влияния музыки на человека, установила пятиуровневое воздействие, указав «психофизиологический, психологический, интеллектуальный, личностно-творческий и социальный уровни» [28, с. 36].

Наиболее ощутимо на эмоционально-личностную сферу воздействуют три ведущие функции музыки: регулирующая, расслабляющая, катарсисная.

Музыкотерапия может осуществляться в двух формах – активной и рецептивной (пассивной). Активная предполагает деятельностный подход участников, осуществляемый посредством воспроизведения музыки или сочинения любого рода музыкальных композиций, музыкальной инструментальной или вокальной импровизации, хорового пения (вокалотерапией) и пр. Пассивная же музыкотерапия предполагает в большей степени восприятие и прослушивание музыкальных произведений и композиций, где основным механизмом воздействия является стимуляция чувств и эмоций, обеспечивающих катарсис, создание общности в пространстве межличностного взаимодействия при совместном прослушивании музыки, а также регулятивные возможности музыки, направленные на снижение нервно-психического и мышечного напряжения.

В своем исследовании мы остановились на пассивной музыкотерапии, так как ее применение и организация обеспечиваются достаточно легко, но при этом позволяют использовать все ресурсы музыкотерапии для

достижения поставленных целей. При пассивной музыкотерапии испытуемые прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем делятся переживаниями, ассоциациями, которые возникали у них в процессе прослушивания музыки.

Музыкотерапия может быть показана абсолютно всем представителям старших поколений, так как для ее применения специфическая умственная и двигательная активности не являются обязательными.

Выводы по первой главе

Проведенный нами анализ проблемы стресса, его особенностей в пожилом возрасте и подходов, существующих в рамках предупреждения его негативных последствий, позволил выделить следующие положения.

Феномен стресса, его особенностей в пожилом возрасте и стресс-факторов, порождающих развитие стрессовых состояний изучается в различных направлениях, ориентированных на человека и проблему здоровьесбережения. Было установлено, что природа механизмов стресса является физиологической и имеет значимые, и зачастую негативные последствия для соматического, психологического и поведенческого уровня личности, влияя на жизнедеятельность человека в целом. Анализ феноменологии понятия стресса подводит к выводу о том, что большинство ученых рассматривают стресс как нахождение организма под напряжением любой интенсивности.

Выделяют две основных формы стресса: эустресс и дистресс, где первый – стресс позитивного плана и кратковременного протекания, характеризующийся конструктивностью и подъемом творческих сил, а второй – негативный, с длительным протеканием и деструктивным влиянием на человека, сопровождающийся негативными эмоциями и чувствами и снижением функциональных возможностей организма. Он сопровождается

общим психологическим дискомфортом, печалью, беспокойством, рассеянностью и общим психическим истощением.

Сегодня в науке стресс классифицируют по таким критериям как функциональность возникновения, выделяя такие его виды, как физиологический, психологический, информационный и эмоциональный стресс.

Изучая проблему особенностей стресса в пожилом возрасте было установлено, что процесс старения обуславливает существенные изменения во всех сферах личности человека, а существенными стрессогенными факторами являются ослабленный иммунитет и физический упадок, нарушение привычного образа и ритма жизни, изменение социального статуса, а также переживания, связанные с рефлексией о прожитой жизни.

Изучив результаты многих исследований, было установлено, что у пожилых людей отношение и восприятие любых психотравмирующих и стрессогенных факторов с трудом поддается корректировке, что обусловлено ригидностью, вязкостью эмоций, инертностью и застойностью процессов, что мешает динамическим изменениям и обесценивает перспективы развития.

Также нами была изучена психопрофилактика, как практичный и востребованный подход в оказании психологической помощи, представляющий собой комплекс мероприятий, направленных на снижение частоты, распространенности и рецидивов нарушений психического здоровья, и носящих превентивный характер. Также нами были выделены подходы и методы психологического воздействия, применяемые для решения задач профилактики. Особое внимание мы уделили изучению возможностей арт-терапии, как средству профилактики стрессовых расстройств у пожилых людей. Было установлено, что арт-терапия основана на применении художественных средств, достаточно вариативна и обладает преимуществами, позволяющими предполагать ее эффективность при работе с людьми пожилого возраста.

Глава 2 Экспериментальное исследование профилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста методом музыкотерапии

2.1 Организация и методы исследования

Целью экспериментального исследования в рамках магистерской диссертации является изучение возможностей психологической профилактики развития стрессовых состояний методом музыкотерапии у лиц пожилого возраста.

Логика организованного нами экспериментального исследования была представлена следующими этапами:

1. Сбор и анализ эмпирических данных о состоянии испытуемых и уровне у них стресса. Для решения задач этого этапа были подобраны психодиагностические методики, позволяющие изучить стрессовые состояния у испытуемых-лиц пожилого возраста, проведен сбор информации об уровне стресса и констатировано наличие стрессового состояния и уровень его выраженности.

2. Разработка комплекса мероприятий и апробация программы психологической профилактики посредством методов музыкотерапии, направленной на предупреждение стрессовых состояний у испытуемых, представленных лицами пожилого возраста.

3. Анализ эффективности разработанной программы психологической профилактики. Для решения задач выявления эффективности разработанной и апробированной программы проводится контрольное изучение уровня стресса у испытуемых, а данные, полученные на этом этапе будут подвергнуты количественному и качественному анализу, что позволит путем сравнения с данными первичного эмпирического исследования выявить наличие тенденций, свидетельствующих о динамике стрессовых состояний у испытуемых. Полученные данные будут проанализированы при помощи

методов математико-статистического анализа данных, что позволит аргументировано думать об эффективности предложенных мероприятий и делать выводы о достоверности научной гипотезы нашего исследования.

Экспериментальное исследование возможностей программы психологической профилактики для предупреждения стрессовых состояний у лиц пожилого возраста методами музыкотерапии реализовывалось на базе государственного автономного учреждения социального обслуживания областного значения (ОГАУ СО) «Социально-оздоровительный центр граждан пожилого возраста и инвалидов «Волжские просторы» в г. Новоульяновске».

Центр рассчитан на размещение 85 коек круглосуточного пребывания, а также имеет 16 коек дневного стационара. Его задачей является оказание квалифицированной медицинской помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам в целях улучшения общего самочувствия и снижения частоты проявления хронических заболеваний, а также проведение комплекса профилактических мероприятий (изменение привычек, выработка разумного поведения, освоение здорового образа жизни, увеличение продолжительности, улучшение качества жизни). На базе оздоровительного центра организована культурно-досуговая и спортивно-массовая деятельности, способствующая преодолению проблем одиночества, приобщению к культурной и спортивной жизни и улучшению психоэмоционального состояния [24].

Для проведения исследования была сформирована группа испытуемых в составе 20 человек, в возрасте от 55 до 68 лет. Основными критериями при подборе участников являлись:

- соответствие возраста испытуемых границам пожилого возраста (с социальным показателем этого периода в виде наступления пенсионного возраста);
- отсутствие в истории болезни расстройств поведения и психических нарушений;

- сохраненные слухоречевые и зрительные функции, необходимые как для участия в профилактической программе, так и для обеспечения задач сбора эмпирических данных;
- добровольность участия в исследовательской программе.

Временные рамки эмпирического исследования были определены следующим образом:

1. Подготовительный этап (4 месяца). Осуществлялось изучение теоретических аспектов психопрофилактической работы с лицами пожилого возраста по вопросам стрессовых состояний. Определялись методы работы на различных этапах исследования, подбирались диагностический инструментарий, разрабатывался наглядно-стимульный материал. Помимо этого, обсуждались условия сотрудничества с эмпирической базой исследования.

2. Основной этап (3 месяца). На данном этапе были осуществлены все мероприятия эмпирического исследования:

- проведена первичная диагностика стрессовых состояний у лиц пожилого возраста;
- разработана и апробирована профилактическая программа с применением методов музыкотерапии и элементов вокалотерапии, направленная на предупреждение и минимизацию стрессовых состояний у испытуемых (лиц пожилого возраста);
- реализован контрольный этап исследования, направленный на выявление динамики стрессовых состояний у испытуемых и установление эффективности разработанной программы;
- проведена математико-статистическая обработка полученных в исследовании данных.

3. Резльтирующий этап (2 месяца), предназначенный для подведения итогов проведенного исследования, а также выявления тенденций (негативные или позитивные), обнаруживающих наличие динамики и ее

специфику. Нами также были подготовлены психологические рекомендации для людей, решающих задачи минимизации стрессовых состояний.

Для соблюдения этики научного исследования нами было перед его началом получено от испытуемых информационное согласие, где они подтверждали открытость и добровольность процедуры исследования.

Для решения задач констатирующего этапа исследования были отобраны валидные и надежные психодиагностические методики. Они представлены следующими инструментами:

- 1) Анкета «Прогноз-2» для оценки нервно-психической устойчивости, В.Ю. Рыбников [57].
- 2) Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге [24].
- 3) Методика «Индикатор копинг-стратегий» Дж. Амирхана, адаптированная В.М. Ялтонским и Н.А. Сиротой [24].
- 4) Шкала психологического стресса PSM-25, шкала Л. Лемура, Р. Тесье, Л. Филлиона в адаптации Н.Е. Водопьяновой [24].
- 5) Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера, в адаптации Ю.Л. Ханина [24].

Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Раге была разработана в 1967 г. американскими психиатрами, которые исследовали связи различных заболеваний и предшествующие изменения, произошедшие в жизни человека. На основе массового исследования авторами была составлена шкала, которая включает в себя список из 43 психотравмирующих событий. Для каждого из событий определено соответствующее количество баллов в зависимости от его степени стрессогенности. Проведенные исследования позволили установить, что 150 баллов свидетельствуют о 50 % вероятности возникновения какого-либо недуга и что можно говорить об увеличении этой вероятности до 90 % при 300 баллах.

Методика имеет 100-бальную шкалу. Психотравмирующие события, которые оцениваются в ходе исследования, должны иметь место в жизни человека в течение последнего года.

По результатам сложения баллов, набранных каждым обследуемым по шкале, определяется степень сопротивляемости стрессу.

Чем меньшее количество баллов набрано личностью, тем меньшая вероятность развития пограничных нервно-психических расстройств и заболеваний, выше уровень стрессоустойчивости человека.

Анкета оценки нервно-психической устойчивости «Прогноз-2» В.Ю. Рыбникова предназначена для идентификации уровня нервно-психической устойчивости (НПУ). Первоначально анкета применялась при работе с военнослужащими с целью оценки вероятности нервно-психических срывов, однако, позднее, ввиду обладания высокой валидностью, методика стала применяться для различных категорий населения.

Анкета включает в себя 86 закрытых альтернативных (предполагающих лишь два возможных выбора) вопросов. При обработке анкеты результаты выражаются в балльном эквиваленте, что позволяет определить выраженность нервно-психической устойчивости респондентов, а также выявить вероятность возникновения срывов и стрессовых расстройств. Уровневая градация методики стандартная и включает в себя высокий, средний и низкий уровни НПУ. Высокий уровень является наиболее благоприятным и свидетельствует о высоком уровне нервно-психической устойчивости.

Методика «Индикатор копинг-стратегий» Дж. Амирхана, в адаптации В.М. Ялтонского и Н.А. Сироты предназначена для выявления доминирующих копинг-стратегий личности. Разработка данной методики автором была осуществлена на основе факторного анализа, по результатам которого были выделены три группы стратегий:

- 1) стратегия разрешения проблем. С помощью данной стратегии человек стремится прибегнуть к использованию всех доступных ему личностных ресурсов для поиска путей разрешения проблемы;
- 2) стратегия поиска социальной поддержки. С ее помощью человек ищет поддержку в своем социальном круге – среди членов семьи, друзей и других важных для него людей – для успешного разрешения проблемы;
- 3) стратегия избегания. Это пассивная поведенческая стратегия, прибегая к которой индивид уходит от решения проблем.

Данная методика в современном научном поле считается одной из самых удачных для исследования копинг-стратегий, так как обладает высокой валидностью и апробированностью, а также может применяться для различных возрастных категорий (исключение составляют дети до 10 лет).

Каждая из стратегий может иметь 4 уровня проявления: очень низкий, низкий, средний и высокий.

Шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера, в адаптации Ю.Л. Ханина дает возможность оценить реактивную и личностную тревожность, а также выявить наиболее специфические реакции при тревоге. Методика включает в себя 2 подшкалы: личностная тревожность (ЛТ); ситуативная или реактивная тревожность (СТ). Каждая подшкала имеет по 20 утверждений, которые оцениваются обследуемым в зависимости от частоты проявления.

Обработка результатов осуществляется отдельно по показателям личностной и ситуативной тревожности. Итоговое число баллов по каждой из шкал может варьироваться в диапазоне 20-80.

При высокой оценке тревожности следует говорить о необоснованных факторах постоянного беспокойства, причины которого должны быть установлены психологом при проведении консультаций и бесед.

Шкала психологического стресса PSM-25 Л. Лемура, Р. Тесье, Л. Филлиона в адаптации Н.Е. Водопьяновой предназначена для измерения стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных

показателях. Основным преимуществом данной шкалы является то, что в ней стресс измеряется как естественное состояние психологической напряженности, тогда как в большинстве остальных измерению подлежат косвенные характеристики стресса: тревожность, депрессия, фрустрация и др.

Методика может применяться в работе с нормальной популяцией людей старше 18 лет, что делает шкалу универсальной для применения к любым возрастным и профессиональным выборкам.

Многочисленные исследования и высокая апробированность показали, что данная шкала обладает достаточными психометрическими свойствами.

Методика включает в себя 25 утверждений, которые оцениваются в зависимости от частоты переживаний (от 1 до 8).

Обработка осуществляется путем суммирования баллов (14 вопрос оценивается в обратном порядке). Сумма всех баллов представляет собой интегральный показатель психической напряженности, а его количественное значение свидетельствует об уровне стресса.

В приложении А представлены образцы рабочих материалов, используемых в исследовании и информационное согласие испытуемых на обследование.

Для статистической оценки значимости различий в структуре стрессовых состояний нами был применен статистический метод – непараметрический U-критерий Манна-Уитни [80]. Данный критерий применяется для оценки значимости расхождений между двумя независимыми выборками согласно уровню того или иного количественного показателя. Этот метод статистической обработки данных основан на оценке того: достаточно ли мала зона перекрещивания значений между двумя выборками. Наименьшее значение критерия свидетельствует о наибольшей вероятности достоверности различий в двух сравниваемых рядах.

Также в своем исследовании мы использовали метод непрерывного непосредственного наблюдения, позволяющий следить за живым процессом,

видеть картину в целостности. Предметом наблюдения были вербальное и невербальное поведение человека.

Использовали и метод опроса, в частности одну его разновидностей – открытую анкету, чтобы получить отзыв от исследуемых об эффективности проведенной работы на занятиях.

2.2 Эмпирическое изучение стрессовых состояний у лиц пожилого возраста

В настоящем параграфе диссертационного исследования представлены результаты этапа диагностики эмпирической работы по вышезаявленным психодиагностическим методикам. Все диагностические процедуры проводились строго индивидуально по заранее разработанному алгоритму.

Первоначально проанализируем результаты изучения стрессоустойчивости и социальной адаптации (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели стрессоустойчивости испытуемых и уровня их социальной адаптации

Степень сопротивляемости стрессу	Количество человек, шт.	Доля в группе испытуемых, %
Низкая степень (ранимость)	2	10 %
Пороговая сопротивляемость	3	15 %
Высокая сопротивляемость	2	10 %
Достаточно большая сопротивляемость	13	65 %

Результаты количественной обработки позволили нам получить картину сопротивляемости стрессу у испытуемых, а также выделить показатели их социальной адаптированности. Следует отметить, что в примененном тесте определение указанных показателей получается путем

самооценивания респондентов и указания ими наличия в их жизни психотравмирующих событий в установленный методикой временной период.

Анализ результатов показал, что большинство (75%) испытуемых (65% с большой сопротивляемостью и 10% с высоким уровнем стрессоустойчивости) не имели событий, определяемых как стресс-фактор, в количестве, истощающем их стрессоустойчивость и вызывающем социальную дезадаптацию. Для людей с высокими показателями сопротивляемости свойственна бóльшая эмоциональная сохранность, они менее подвержены нервно-психическому истощению, что в целом, позитивно влияет на их общее самочувствие.

Четвертая часть (25%) испытуемых (15% с показателями порогового уровня сопротивляемости и 10% - с низкими показателями) подвергались за истекший год психотравмирующим событиям, причем различной разрушительной силы, но в количестве, способном подорвать психоэмоциональное равновесие личности. Для людей с данными показателями характерно наличие истощения, вызванного необходимостью тратить энергию на стабилизацию психоэмоциональных реакций и снижение нервно-психического напряжения. Именно такие показатели стрессоустойчивости свидетельствуют о необходимости стабилизации состояния для предупреждения развития нервно-психического истощения нервных срывов и развития психосоматических нарушений как следствия невозможности противостоять стрессу.

В целях лучшего понимания источников низкой стрессоустойчивости у четверти испытуемых нами были проанализированы их бланки ответов и выделены ситуации, имеющие статус стрессогенности. Так, у испытуемых были указаны следующие категории ситуаций:

- ситуации внешнего воздействия, связанные с изменением социального статуса, места и ритма жизни (уход на пенсию, смена

места проживания, отсутствие возможности организовывать привычный досуг);

– ситуации внутреннего воздействия (изменение в функционировании организма, ограничение физических возможностей);

– ситуации внезапной утраты (смерть близкого).

Картину распределения испытуемых по уровню стрессоустойчивости представим наглядно (Рисунок 2).

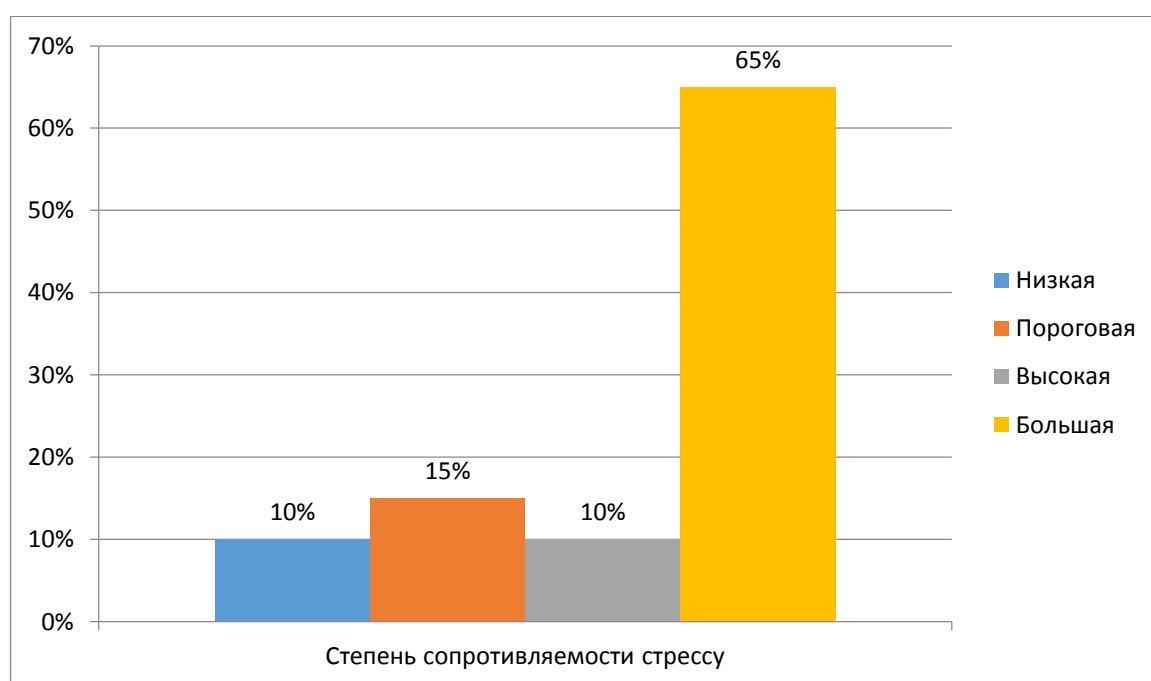


Рисунок 2 – Распределение испытуемых по стрессоустойчивости и социальной адаптированности

Таким образом, результаты самооценивания испытуемыми факторов, влияющих на уровень стрессоустойчивости человека, показал, что большинство не испытывали нагрузки и напряжения, вызванных наличием в их жизни стрессогенных ситуаций и их уровень стрессоустойчивости находится на достаточно высоком уровне. А их социальная адаптированность не изменялась под воздействием событий жизни, негативного или позитивного характера.

Следующим шагом в изучении стрессовых состояний было выявление уровня тревожности испытуемых и определения ее типа. Эта задача решалась при помощи опросника Спилбергера [24].

Результаты диагностики представлены в Таблице 4.

Таблица 4 – Показатели выраженности и типа тревожности у испытуемых по опроснику Спилбергера

Тип тревожности	Оценка тревожности					
	Низкая тревожность		Умеренная тревожность		Высокая тревожность	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
Ситуативная (реактивная) тревожность	0	0%	4	20%	16	80%
Личностная тревожность	0	0%	10	50%	10	50%

Представленные в таблице данные, отражающие уровень сформированности тревожности у испытуемых и ее тип, отражают картину меньшего благополучия, по сравнению со стрессоустойчивостью.

Так, значительное большинство респондентов (80%) имеют сверхсильные реакции на ситуации, вызывающие напряжение. Оставшиеся испытуемые (20%), не смотря на показатели умеренности реагирования, все же испытывают тревогу относительно многих ситуативных раздражителей. Людям с такими показателями присуща излишняя обеспокоенность, эмоциональность, они обычно испытывают психоэмоциональное возбуждение в стрессовых ситуациях, которое захватывает и их вегетативный уровень, что выражается в скачках кровяного давления, нарушениях сердечного ритма, ритма дыхания и других психосоматических проявлениях.

Показатели по шкале личностной тревожности также неблагоприятны. Половина испытуемых (50%) имеют сформированные черты личности, определяющие восприятие многих и самых разнородных ситуаций, как угрожающих. Это приводит практически к постоянно испытываемому чувству тревоги, что, как правило, свидетельствует о неразрешенном

внутриличностном конфликте, связанным напрямую с типом личности человека и имеющим невротические характеристики. При таких показателях личностной тревожности можно считать закономерным наличие у данной группы испытуемых склонности к нервным срывам и уже сформировавших психосоматических заболеваний (гипертонии, сердечно-сосудистые заболевания, болезни органов желудочно-кишечного тракта и других подобных).

Оставшиеся испытуемые, показавшие средний уровень личностной тревожности, имеют сходную симптоматику, но в меньшей степени сформированности. Их диффузная тревога, то есть, склонность тревожиться и переживать в большинстве даже не стрессовых, а просто волнующих ситуаций, говорит о развитии черт личности, в виде сверх ответственности, сверх требовательности, сверх осторожности, мнительности или других подобных, порождающих постоянное напряжение и тревогу.

То есть, всем испытуемым присущи явные признаки личностной тревожности, обусловленные беспокойством не относительно стрессовых ситуаций, а относительно своей личностной успешности, значимости, важности, компетентности, то есть всего того, что касается самооценки и личного престижа.

Полученные нами данные о тревожности испытуемых вполне соответствуют имеющимся психологическим особенностям лиц пожилого возраста, присущим возрасту и обусловленным возрастными же изменениями.

Общую картину распределения испытуемых по уровню и типу тревожности представим наглядно (Рисунок 3).

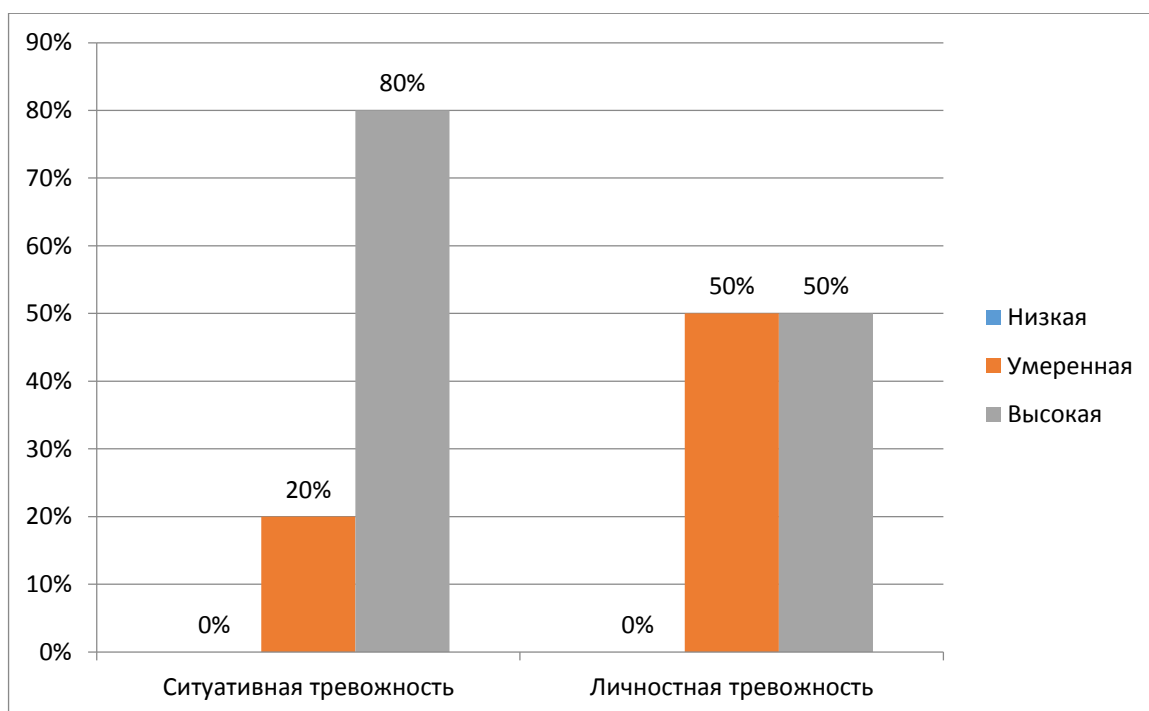


Рисунок 3 – Распределение испытуемых по уровню и типу тревожности (по результатам опросника Спилбергера)

Анализируя выявленные тенденции, можно сделать вывод о том, что у всех испытуемых тревожность, в том или ином виде и в разной степени проявления, стала постоянно ощущаемым состоянием. Такие показатели свидетельствуют о необходимости реконструкции установок и смещения внимания на суть и содержание событий реальности, на более деятельностную позицию с организацией и направлением усилий на переосмысление событий и выделение задач, требующих действенного участия и их решения. Также, за счет истощающего воздействия беспокойства и тревоги, требуются программы самовосстановления и снятия нервно-психического напряжения, релаксации и саморегуляции.

Рассматривая полученные результаты максимально объективно, можно увидеть отсутствие испытуемых с низкими уровнями тревожности, как признак сохранности у них активности, отсутствию избегающих тенденций в их поведении, которые могут свидетельствовать об утрате интереса, склонности к уходу от социальных и межличностных контактов и прочим признакам защитного поведения и нарушения адаптации.

Следующим параметром, который мы измеряли у испытуемых, явился показатель их нервно-психической устойчивости. При помощи анкеты «Прогноз-2» [24] нами были получены следующие результаты (таблица 5).

Таблица 5 – Показатели оценки нервно-психической устойчивости испытуемых (по результатам анкеты «Прогноз-2»)

Шкалы теста	Уровень устойчивости	Представленность испытуемых по степени сформированности НПУ	
		Кол-во, шт.	Доля в группе, %
Шкала нервно-психической устойчивости	низкий	8	40%
	средний	7	35%
	высокий	2	10%
Шкала искренности	оценка достоверности ответов (баллы >10)	3	15%

На первом этапе анализа ответов нами была оценена открытость и искренность испытуемых при работе с тестовыми заданиями. Результатом этого явилось выявление доли испытуемых, набравших более 10 баллов по шкале лжи. В соответствии с требованиями методики, эти данные не учитывались, а результаты испытуемых признаны недостоверными. Нами были не учтены в анализе НПУ три анкеты, то есть 15% испытуемых не были искренними при работе с методикой.

Проведенный количественный анализ ответов испытуемых на вопросы анкеты, признанных достоверными, показывает, что большинство из них в совокупности (45%) имеют средние и высокие показатели устойчивости, что говорит о хорошей сохранности и резистентности изучаемых пожилых людей к воздействию ситуаций перенапряжения и стресса. Следует отметить, что трети испытуемых со средним уровнем устойчивости (35%) все же присуща выраженная реактивность на стрессогенные ситуации, а также, у них присутствует вероятность нервно-психических срывов в ситуациях высокой напряженности, критических ситуациях и личностно-значимых негативных ситуациях.

Почти столько же испытуемых (40%) продемонстрировали высокую подверженность нервным срывам в стрессогенных ситуациях различной силы и значения. Такие низкие показатели нервно-психической устойчивости могут свидетельствовать о высокой психоэмоциональной и нервно-психической истощенности личности испытуемых, низкой резистентности к воздействию раздражителей разного рода, причем, такие показатели реактивности вероятно могут свидетельствовать уже о наличии психосоматического и психического повреждения функций организма, которые находятся на пограничном или патологическом уровне. Согласно интерпретационным критериям методики людям с такими показателями можно рекомендовать консультации со специалистами (неврологами и психиатрами).

Отдельно нами были сделаны попытки интерпретировать причины искажения реальности в ответах 15% испытуемых, не учтенных при совокупном анализе устойчивости. Потребность приукрашивать свои особенности и качества, например, отвечая «нет» на вопросы, типа «бывали случаи, что я не сдерживал своих обещаний», «иногда я говорю неправду», «бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь» и пр., может быть обусловлена страхом негативного оценивания своей личности и представления социально-одобряемых ответов. Также, возможной причиной может явиться бессознательное желание выдать желаемой за действительной, как результат ригидных психологических защит личности (н-р, проекция, когда другому приписываются беспокоящие в себе качества, намерения, тенденции при сохранении и даже преувеличении собственной «хорошести» и безупречности). Также, такое возможно при наличии языкового или семантического барьера, который по определённым причинам (недостаточное владение языком общения, низкий культурный уровень, непонимание смысловой нагрузки отдельных слов, влияющих на восприятие смысла сказанного в целом) не позволяет точно понимать смысл сказанного. Эти предположения нами были высказаны гипотетически, и деятельность

этих испытуемых отслеживалась нами в ходе дальнейшей реализации программы.

Общую картину распределения испытуемых по уровню нервно-психической устойчивости (НПУ) представим наглядно (Рисунок 4).

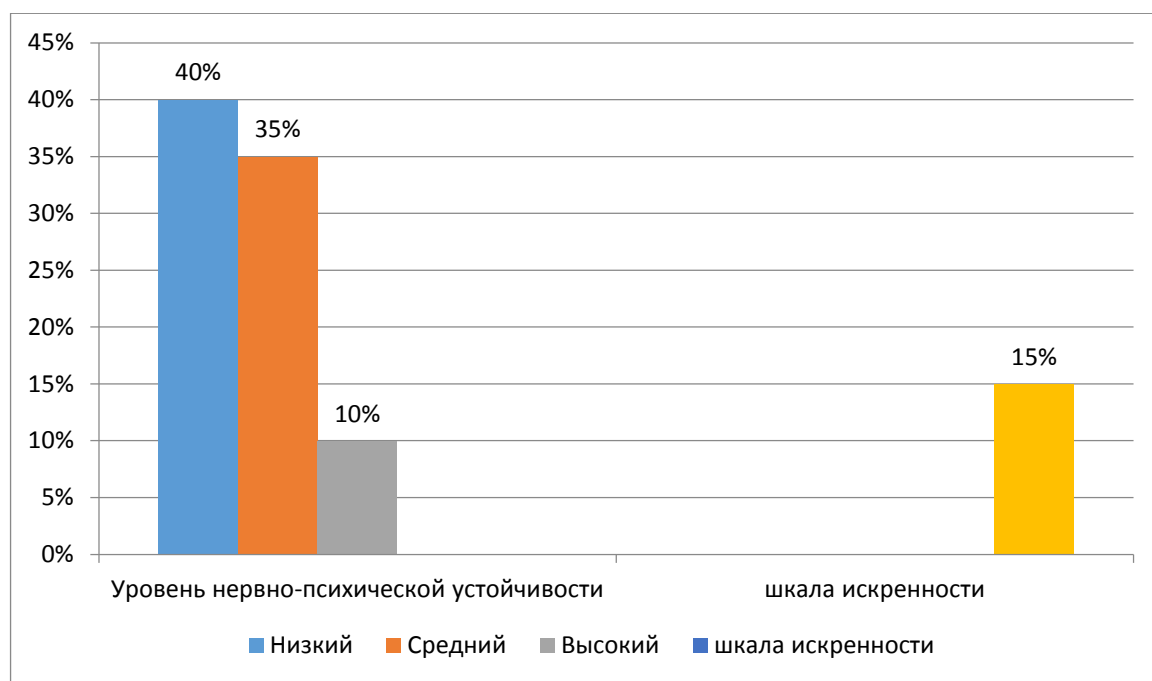


Рисунок 4 – Распределение испытуемых по уровню нервно-психической устойчивости

Представим анализ результатов изучения субъективных переживаний стресса посредством измерения ощущений на уровне тела, эмоций и поведения, что даст показатель уровня стресса у респондента. Для этого нами была применена методика «Шкала измерения психологического стресса» [24]. Полученные данные представлены в Таблице 6.

Таблица 6 - Показатели уровня психологического стресса у испытуемых

Уровень психологического стресса	Тестовые нормы, баллы	Количество человек, шт.	Доля в группе испытуемых, %
Высокий уровень стресса	Свыше 115	0	0%
Средний уровень стресса	100-154	5	25%
Низкий уровень стресса	Ниже 100	15	75%

Данные, представленные в таблице, показывают, что в группе испытуемых нет ни одного человека с высоким уровнем стресса. Это означает, что все испытуемые достаточно сохранны, не имеют показателей дезадаптации и нервно-психического напряжения в той степени, требующей специально организованной помощи профильных специалистов – медицинской, психотерапевтической и психологической направленности.

Большая часть испытуемых (75%) продемонстрировали низкий уровень стресса, что означает отсутствие у них выраженных негативных ощущений и переживаний на эмоциональном, когнитивном, поведенческом и вегетативном уровнях. Они не отмечают у себя наличие симптомов, свидетельствующих о дезорганизации как их психической деятельности, так и функций вегетативной нервной системы и организма в целом.

Для пяти человек (25%), показавших средний уровень сформированности психологического стресса, свойственны уже более выраженные симптомы стрессового расстройства, но, однако, это все еще существует в рамках условной нормы, не выражающейся в виде дезадаптации и реакций, присущих высокому нервно-психическому напряжению.

Такая благополучная картина с уровнем стресса у испытуемых, полученная нами, привлекает внимание, заставляя осмысливать полученные данные и определять их достоверность. Сомнения по поводу достоверности обусловлены показателями нервно-психического напряжения и стрессоустойчивости, полученными по другим диагностическим методикам. Для понимания происходящего нами были выдвинуты два предположения, которые могли бы объяснить источник таких ответов испытуемых на вопросы теста и, соответственно, полученные результаты.

Первое предположение построено на симптомокомплексе высокого уровня психологического стресса, где описывается специфика поведения и деятельности разных сфер личности, а вопросы и выбор степени изучаемого параметра отражает степень наличия отдельного симптома. Снижение

оценки степени испытываемым может быть обусловлено отношением к симптому как нормативному признаку, а причиной снижения значимости может является определения его как обычного для людей определённого возраста, по принципу «ну я же старый уже....это нормально...». Это могло сместить картину уровня стресса – когда личные состояния и переживания субъекта принимаются не как последствия нервно-психического напряжения, которые можно подвергнуть лечению и коррекции, а как возрастные изменения, связанные с процессом старения. Второе предположение было связано с тревогой, возникающей при работе с суждениями теста, и попыткой минимизировать показатели значимости и наличия того или иного параметра.

С целью понимания полученных результатов и поиска причин этого нами была проведена дополнительная беседа с испытуемыми. В беседе нами были использованы суждения теста, но наблюдалась реакция испытуемых и сразу обсуждались причины его оценочного выбора. В ходе беседы было установлено, что испытуемые искажали оценочные показатели по отношению к большинству суждения в связи с тревогой и желанием не столько скрыть информацию или приукрасить ее, сколько не быть воспринятыми слабыми и беспомощными. Таким образом их ответы мотивировались скорее не тревогой, а чувством стыда и неловкости за свою апатию, беспомощность, суетливость и излишнюю чувствительность. Первое предположение также имело место быть. Со слов испытуемых по некоторым параметрам их выборы были обусловлены существующими у них установками по отношению к старению и особенностям поведения и деятельности «старых людей», при этом отмечая их в ответах в виде более благополучного результата.

Таким образом, не смотря на благополучную картину, полученную после обработки данных теста, можно, благодаря беседе, считать, что у испытуемых вполне актуальна тревожность, сопровождаемая страхом негативной внешней оценки собственной личности и возможностью

отвержения, наличие неудовлетворенности собой и своим состоянием в совокупности с возможностями, обусловленными возрастом. Также в беседе были проявлены опасения, связанные со способностью быть понятым, принятым в своем феноменологическом проявлении и субъективными состояниями и переживаниями.

Далее нами были изучены поведенческие стратегии, присутствующие как устойчивая тенденция у испытуемых при необходимости реагировать на сложные ситуации, т.е., тип совладающего поведения в ответ на стрессогенные ситуации. Эти данные были получены при помощи методики «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана [24].

Полученные по методике данные представлены в Таблице 7.

Таблица 7 - Показатели представленности копинг-стратегий в поведении испытуемых

Шкалы теста	Степень использования стратегии	Представленность испытуемых по степени использования копинг-стратегии	
		Кол-во, шт.	Доля в группе, %
Шкала «Разрешение проблем»	очень низкий	0	0%
	низкий	2	10%
	средний	16	80%
	высокий	2	10%
Шкала «Поиск социальной поддержки»	очень низкий	3	15%
	низкий	4	20%
	средний	13	65%
	высокий	0	0%
Шкала «Избегание проблем»	очень низкий	2	10%
	низкий	17	85%
	средний	1	5%
	высокий	0	0%

Полученные данные нами были проанализированы и были определены копинг-стратегии, применяемые испытуемыми при столкновении с какими-либо ситуациями, требующими разрешения.

Так, было выявлено, что на разрешение проблем ориентированы практически все испытуемые выборки, причем у 10% эта стратегия доминирует над другими возможными способами поведенческих реакций, а у 80% является одной из ведущих (проявлена на среднем уровне доминирования). Лишь 10% испытуемых не имеют направленность на разрешение возникающих проблем при наличии необходимости в этом.

Такая тенденция означает, что большинству испытуемых присущ конструктивный настрой в социальных ситуациях и ситуациях межличностного взаимодействия. Они активны, ищут средства и способы разрешения, причем настроены при этом на достижение эффективности и решение возникшей задачи.

Анализ данных об использовании стратегии, заключающейся в поиске помощи и опоры в преодолении ситуации во вне, показывает, что у испытуемых эта стратегия также популярна. Так, практически две трети испытуемых (65%) используют этот путь при разрешении проблемных ситуаций довольно-таки часто и показывают доминирование этой стратегии на среднем уровне. 35% испытуемых используют этот способ, напротив, очень редко (20% показывают низкий уровень, 15% - очень низкий).

Этот вариант копинга демонстрирует не меньшую активность, но социальная поддержка и потребность в ней может говорить о доминировании представления у испытуемых о собственной недостаточности при разрешении каких-либо ситуаций и неспособности с ней справиться самостоятельно. При том, что это вполне конструктивная копинг-стратегия, следует отметить, что частое ее использование и постоянная потребность в помощи может свидетельствовать о некой «эксплуатации» окружающих, которые «должны помочь и разрешить проблему». Напротив, редкое использование обращения за помощью может также отражать какую-либо ситуативную или личностную особенность человека, где он находится в ситуации одиночества или имеет опыт отвержения и психологической холодности отношений с близкими, либо имеет гипертрофированные

представления о долженствовании для человека «самому решать свои проблемы» и сознательно не обращается за помощью, даже в ситуациях, когда это и необходимо, и конструктивно.

Самая неконструктивная копинг-стратегия – «Избегание проблем» - также используется испытуемыми, но показатели свидетельствуют, что она не является доминирующей для большинства испытуемых. Так, почти все они используют этот способ поведения очень редко и редко – 10% и 85% соответственно. Лишь 5% используют на среднем уровне. Эти данные показывают, что большинству не свойственно псевдо совладающее поведение, которое больше свидетельствует о дезадаптации личности и отсутствии у нее ресурсов или навыков, необходимых для применения других стратегий. Здесь, тем не менее, необходимо учитывать общий контекст и особенность стрессовой ситуации, и если она носит объективно деструктивный или опасный характер, то применение такой пассивной стратегии будет самым эффективным способом разрешения ситуации.

Полученные нами показатели использования копинг-стратегий отразили наличие достаточно активной позиции испытуемых при необходимости разрешать какую-либо ситуацию стрессогенного характера.

Общую картину доминирования копинг-стратегий представим наглядно (Рисунок 5).

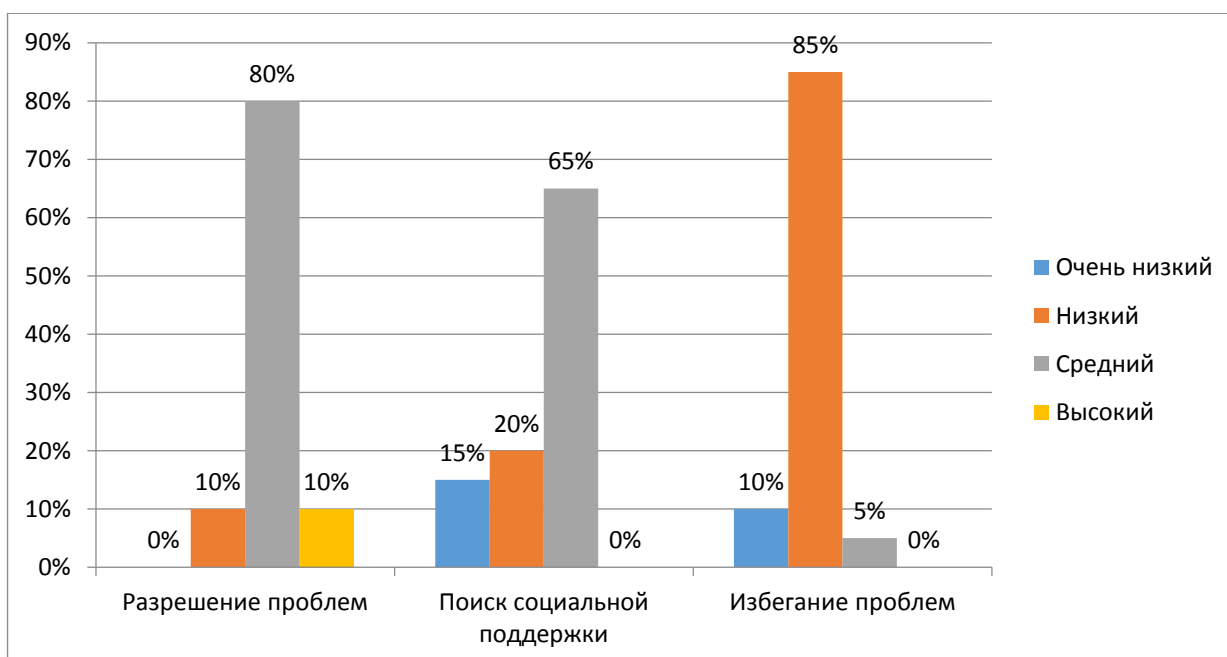


Рисунок 5 – Показатели доминирования копинг-стратегий, используемых испытуемыми (по результатам методики «Индикатор копинг-стратегий»)

Наглядно представленные на гистограмме результаты явно демонстрируют, что испытуемым в большей степени присущи активные формы разрешения каких-либо проблемных или стрессовых ситуаций. Учитывая, что самым важным критерием оценки конструктивности поведения человека являются его гибкость, можно сказать, что испытуемые показывают вполне благополучные варианты копинг-стратегий. Однако, следует иметь в виду, что слишком низкие показатели испытуемых, отражающие наличие копинга типа избегания проблем, может свидетельствовать некой направленностью личности на понимание любых ситуаций как проблемных и актуализировать у них поиск помощников или «погружаться» в их разрешение «во что бы то ни стало».

Подводя итоги реализованному нами этапу сбора эмпирических данных о состоянии испытуемых и их констатации можно сделать следующие выводы.

В ходе комплексного диагностического исследования было выявлено, что большинству испытуемых присущ высокий уровень тревожности, причем проявлен и тот, и другой ее тип. То есть, испытуемые имеют и

высокие показатели по личностной тревожности, но не менее значимые показатели говорят и о высокой реактивной тревожности пожилых людей.

Также было установлено, что нервно-психическая устойчивость у них также не находится на оптимальном уровне – большинство из них продемонстрировали низкий уровень устойчивости. Помимо этого, было установлено, что в силу восприимчивости к стрессовым факторам, испытуемые часто не готовы быть до конца откровенными и искренними.

Полученные данные о состоянии испытуемых-лиц пожилого возраста свидетельствуют о необходимости внедрения помогающих программ с целью минимизации разрушительного воздействия стресса, профилактики развития выраженных уровней нервно-психического напряжения и дезадаптации.

Именно достижению этой цели и посвящена наша исследовательская работа, а разработка и апробация программы профилактики представлена в следующем параграфе нашей работы.

2.3 Разработка и апробация программы психологической профилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста посредством музыкотерапии

Проведенный нами анализ эмоциональных состояний у лиц пожилого возраста позволил не только констатировать признаки нервно-психического напряжения у них, но и подтвердить необходимость внедрения в работу с ними профилактических программ, способствующих предупредить развитие процессов дезадаптации и нервно-психических расстройств.

Нами была выявлена необходимость проведения психопрофилактической работы с лицами пожилого возраста по вопросам повышения стрессоустойчивости и минимизации негативных последствий стресса.

В данной связи нами была разработана, а в последствии апробирована, программа психологической профилактики, направленная на предупреждение стрессовых состояний у лиц пожилого возраста посредством музыкотерапии (Приложение Б).

В теоретической части диссертационного исследования нами был изучен и обоснован выбор одного из методов арт-терапии в работе с пожилыми людьми – музыкотерапии. Помимо пассивной музыкотерапии, в работе с участниками исследуемой группы нами применялась активная вокалотерапия.

Одной из особенностей данной программы стал примененный нами способ формирования групп для проведения экспериментального исследования. Данные участников в работе профилактической программы были собраны с учетом результатов опроса, проведенного до начала реализации диагностического этапа.

Опрос включал подборку музыкальных композиций из классики, отечественных шлягеров, зарубежной эстрады, а будущие участники исследования отбирали наиболее подходящие и близкие им произведения и направления. Результаты предварительного отбора показали схожесть интересов всех участников, что сделало возможным реализацию программы в единой группе.

Для сравнения влияния на человека живой музыки и аудио- или видеозаписи (видеослайды с фотографиями природы, видеоклипы) были приглашены на сеансы музыканты, играющие на скрипке, саксофоне и гитаре. Следует сказать, что живое исполнение музыкальных произведений не только благотворно влияет на способность бороться со стрессом, но и позитивно воздействует на функциональные системы организма. Целью просмотра различных по жанру и темам видеоизображений в музыкальном сопровождении являлась стимуляция зрительных, слуховых и визуальных каналов восприятия испытуемых, а также расширение и обогащение имеющихся образов и представлений, активизирующих переживание

эстетических чувств разнообразными средствами изобразительного и киноискусства.

Нужно отметить, что не вся музыка влияет положительно, а только та, которая идеально совпадает со здоровой частотой сердцебиения и дыхания человека, и музыкальные инструменты по-разному воздействуют на человека.

Звучание скрипки, а именно высота, тон, акустическая вибрация побуждает воображение, погружает человека в состояние созерцания образов, создавая условия для балансировки внутренних процессов и процессов торможения и возбуждения, регулирующих многие системы организма. Также звучание скрипки стимулирует чувственные переживания человека.

Звуки саксофона, считающегося самым поздним и самым «эротичным» из духовых инструментов, положительно влияют на почки и мочеполовую систему, а у мужчин звуки саксофона восстанавливают потенцию. Звуки гитары оказывают положительное влияние на память и интеллект, а также на сердечно-сосудистую систему.

Подготовка к исследованию помогла отнестись внимательно к личным пожеланиям и предпочтениям будущих участников, что сделало подбор репертуара программы уникальным. Для пожилых людей песни их молодости являются сильным позитивным инструментом, вызывающим приятные воспоминания. Опрошенные отметили, что хотели бы включить в репертуар песни известных советских исполнителей, для чего нами был приглашен отдельный музыкант – бард-гитарист. Так как во время исполнения им песен многие участники группы изъявили желание присоединиться к пению, нами была организована одна сессия вокалотерапии. Следует сказать, что хоровое пение действует на область солнечного сплетения. Замечено, что на физическом уровне пение снижает давление, ослабляет физическую боль.

Цель программы: повышение степени резистентности к стрессу у пожилых людей, активизация имеющихся ресурсов, повышение качества жизни.

При разработке и внедрении программы мы следовали таким организационным и методологическим принципам:

- 1) системность;
- 2) практико-ориентированность и применимость при самостоятельном использовании для текущей работы по предупреждению стресса и снятию напряжения;
- 3) психологическая безопасность и доверительность;
- 4) принятие индивидуальности и уникальности личности;
- 5) добровольность участия;
- 6) преемственность и возможность переноса в условия обыденной жизнедеятельности;
- 7) создание атмосферы успешности и творческой (создание позитивного опыта, опыта творческой продуктивной деятельности, познание и актуализация личностных ресурсов)

Контингент, на который ориентирована программа, – пожилые пациенты центров социального обслуживания, проходящие курс реабилитации.

Программа структурно представлена 10-ю встречами. Все встречи устроены по принципу «группы встреч». Время каждой встречи - 45-60 минут.

Содержательно программа представлена методами и приемами музыка- и вокалотерапии. Так, в программе музыкотерапии было запланировано прослушивание современных эстрадных музыкальных произведений в живом исполнении и прослушивание музыкальных произведений разных жанров (классические произведения, джаз и пр.) в сопровождении просмотра видео слайдов и клипов. Также в программу была включена встреча с использованием вокалотерапии. В общем программа была представлена

одним сеансом с использованием вокалотерапии и девятью – с использованием музыкотерапии.

В качестве ожидаемой результативности нами было запланировано:

- приобретение более выраженных показателей стрессоустойчивости и резистентности к стрессовым воздействиям,
- регуляция нервно-психического напряжения и понижение показателей психоэмоционального возбуждения.

Также нами была запланирована типичная организация всех встреч программы. Каждое занятие состояло из пяти элементов, каждый из которых нес свою функцию и играл роль в рамках эффективности каждого занятия и программы в целом. Такими элементами были выделены следующие:

- 1) встреча и приветствие. На данном этапе занятия решаются задачи установления отношений психологического комфорта и безопасности, для чего могут использоваться приемы на установление контакта и различные упражнения, позволяющие снять напряжение и преодолеть социальную дистанцию в межличностном взаимодействии;
- 2) постановка рабочей проблемы и формулирование целей встречи. Организация работы и ознакомление группы с функциональными возможностями музыки и ее влияния на гармонизацию эмоциональной и личностной сфер личности;
- 3) этап мотивации участников как на непосредственную работу в рамках встречи, так и на личную активность по отношению к оздоровлению и гармонизации нервной системы. Для достижения этого используются мини-беседы, приемы работы с целью, а также технологии создания настроения;
- 4) восприятие музыки посредством прослушивания музыкальных произведений;
- 5) обратная связь по результатам прослушивания, открытое обсуждение индивидуального психоэмоционального состояния после сеанса музыкотерапии;

б) завершение работы, подведение итогов, прощание.

Подборка музыкальных произведений осуществлялась путем учета ее влияния на настроение испытуемых с целью последовательного его изменения. В начале занятия использовались музыкальные композиции, влияющие на снятие напряжения и вызывающие легкое расслабление, достигающее релаксации.

Далее прослушивались динамические композиции, способные условия для активизации психической деятельности и вызвать определённые состояния. Например, музыка более драматического характера позволяло определенные эмоции, которые вызвали ассоциативные воспоминания, позволяя его пережить в безопасных условиях с учетом необходимой разрядки, катарсиса.

После этого происходило прослушивание музыки, позволяющей снять эффект повторного проживания переживаний, снизить напряжение и уровень драматизма. Легкость используемого музыкального стиля обеспечивала ощущение душевного равновесия и даже оптимизма, чувства вдохновения.

Помимо этой работы нами регулярно проводилось наблюдение за реакциями (эмоциональными, телесными, вербальными), состояниями и настроениями участников.

По ходу реализации задач разработанной программы участникам предлагались индивидуальные психологические консультации, целью которых было усилить эффект процессов, возникающих и разворачивающихся в ходе встреч.

Также более половины испытуемых демонстрировали свою заинтересованность применяемыми методами и целями саморегуляции и гармонизации всех личностных сфер, обращаясь с запросами о рекомендациях по подбору репертуара для применения музыки в повседневной жизни. Они объясняли свой интерес и потребность тем, что почувствовали положительное влияние музыкотерапии на своё психологическое и эмоциональное состояние, причем уже после первых

встреч. Также они отмечали более устойчивое реагирование на ситуации жизни и даже чувство прилива жизненной энергии.

Также в ходе реализации программы в рамках коротких упражнений нами проводилось обучение элементам аутотренинга как эффективного средства самостоятельного успокоения и снятия нервно-психического напряжения. Для участников исследования были подготовлены тексты для самостоятельного аутотренинга в повседневных условиях.

Как нами уже было отмечено, с участниками по запросу проводились индивидуальные консультации. Параллельно с реализацией программы было организовано 12 персональных бесед по нескольким обобщенным темам. Например, «Каким образом можно распознать, что организм находится в стрессе?», «Как научиться контролировать себя, когда происходят нервные потрясения, и не переносить негативное психоэмоциональное состояние на близких?», «Можно ли помочь себе повысить свою стрессоустойчивость?», «Как организовать свою жизнь и досуг, чтобы сохранить социальную активность?», и другие беседы по актуальной тематике.

Среднее время индивидуальной консультации составляло от 30 до 90 мин. Однако с одним из участников исследования была проведена серия консультаций (4 сеанса) по запросу о постоянном чувстве тревоги и страха.

На основании поступивших запросов нами было принято решение о необходимости разработки практических рекомендаций и наглядных материалов для пожилых людей, которые бы отражали сущностные аспекты интересующих вопросов.

Более подробно разработанные материалы описаны в параграфе 2.4 настоящего диссертационного исследования.

В ходе исследования мы выявили разную степень активности и включенности участников группы. Заметили, что к последнему занятию желание задавать вопросы по ходу сеансов, а также комментировать свое состояние существенно убавилось. Это объясняется тем, что когда были представлены разные музыканты, то интерес к сеансам усиливался, желание

обсуждать собственные переживания, фантазии, возникающие в ходе прослушивания музыки, было у отдыхающих активным, а когда последующие сеансы стали похожи друг на друга – предлагалось просто посмотреть музыкальный видеоклип, то это перестало побуждать людей к особым разговорам. Как видим, общение с живой музыкой активизирует пожилых людей больше, чем простое прослушивание записей.

Второй причиной того, что к концу курса был замечен спад активности участников на сеансе (50 %), стало вероятно их пресыщение. Наблюдение показало, что для лечебного эффекта достаточно было и пяти сеансов. Начиная с 6-го и до 10-го сеанса, процент включенных в беседу был почти одинаков.

В ходе исследования мы также выяснили, что интерес к занятиям регулировался предпочтениями. Послушать живое звучание дуэта скрипки и гитары изъявили лишь 80 % исследуемых, а вот саксофон заинтересовал изначально всех. Интерес к просмотру видеослайдов у отдыхающих колебался между 85 % и 100 %. Связано это было больше с названиями и целями занятий, посвященных лечению тех или иных органов с помощью музыкотерапии.

Всем без исключения понравился сеанс вокалотерапии – отдыхающие любят петь, особенно знакомые песни. Следует отметить, что пение – это уникальная дыхательная гимнастика, в которой учитывается все. Пение лечит бронхиальную астму и прочие бронхолегочные заболевания, гайморит, сердечные дисфункции, головные боли.

Если говорить о том, на каком сеансе люди себя комфортнее чувствовали, то встреча с саксофонистом уступила дуэту скрипки и гитары, несмотря на то, что многие люди звучание струнных инструментов не всегда переносят. Саксофон для маленького помещения (кинозал), в котором проходил сеанс, оказался слишком громким инструментом, поэтому в разработанной нами программе мы заменили его на аккордеон.

Следует заметить, что менее ритмичная и тихая музыка полезнее. При ритме 60 ударов в мин замедляются бета-волны в головном мозге и человек прекращает испытывать стресс. Громкий звук, который превышает 80 % возможной громкости, безопасно для здоровья слушать не дольше 90 мин в день.

Сравнивая влияние живой музыки и видеозаписи на испытуемых, мы отметили, что, с одной стороны, живое исполнение привлекало людей, а с другой – отпугивало, потому что у звучащих инструментов нет кнопки, как у телевизора, для убавления звука. Чтобы играть тихо, музыкант должен иметь сверхподготовку. Со скрипкой и гитарой выбор оказался удачным, музыканты были из областной филармонии, профессионалы, а вот с саксофоном вышла проблема – музыкант не сумел подстроиться под аудиторию, да и играть на этом инструменте тихо довольно сложно. Таким образом, мы выяснили, что не каждый инструмент можно использовать на сеансе музыкотерапии. Духовые лучше слушать в большом зале, где звук рассеивается и не воздействует давяще на слух.

Субъективные показатели эффективности реализованной программы с прослушиванием музыки нашли отражения и в отзывах участников. Представим некоторые из них:

«Спасибо за потраченное мной время. Лучше стала понимать себя. Научилась слушать музыку, обновляться, наполняться гармонией и свежей энергией» (отдыхающая С., 63 г.).

«Какая прекрасная аранжировка. Слушаешь музыку, и с сердца стекает вся боль и переживания. Душа расцветает, вырастают крылья. Хочется жить!» (отдыхающая В., 59 г.).

«Хочется раствориться в музыке. Хочется сказать, чтобы этот злобный мир подождал, пока я тут слушаю! Хочется просто открыться – перевоплотиться в звуки» (отдыхающая З., 65 г.).

«Все мысли проплыли как облака. Очистилась. Эта музыка усыпляет страсти, передаёт человеку дыхание природы. Ощутила небывалый восторг,

приблизилась к состоянию полёта. Сеансы безусловно полезны» (отдыхающая А., 67 г.).

«Эмоционально насыщенная музыка. Прекрасное лекарство от стресса. Вселяет веру и желание жить. Чудная гимнастика для души. Хочется почаще обращаться в своей жизни к такому виду отдыха» (отдыхающая Г., 58 г.).

«Под «Адажио» рыдать охота. Эта музыка так сильно «пробирает». Печаль светлая, но разрывающая сердце. А «Сказки Венского леса»... Видно, что это радость и природы, и человека, вдыхающего запахи весны. Хочу туда. Спасибо за такую полезную работу» (отдыхающая О., 57 г.).

«С интересом ждала очередной сеанс музыкотерапии. Люблю попеть. И вот, отвела душу. Спасибо за такую возможность!» (отдыхающая З., 70 г.).

«Послушала «Аве Мария» и забыла о проблемах и неприятностях. Божественная вещь! Благодарим Вас за сеансы» (отдыхающая М., 66 г.).

Следует заметить, что субъективные оценки отдыхающих сеансов музыкотерапии и своего самочувствия подтверждают и полученные нами экспериментальные данные.

2.4 Анализ эффективности психопрофилактической программы стрессовых состояний у лиц пожилого возраста

Данный параграф посвящен анализу результатов экспериментального исследования и оценке эффективности разработанной программы психологической профилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста с применением музыкотерапии.

В задачи этапа эффективности входили:

- 1) повторное диагностическое исследование стрессовых состояний у лиц пожилого возраста;
- 2) статистический анализ полученных данных;
- 3) формулировка выводов и рекомендаций по результатам исследования.

Перечень диагностических методик на этапе эффективности в целом остался прежним, за исключением методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации (Т. Холмс и Р. Праге). Она не была применена при повторном диагностическом исследовании в силу того, что стрессовые факторы, оцениваемые при ее прохождении, относятся к жизнедеятельности за последний год, тогда как рамки фактического проведения эмпирического исследования – меньше.

Логика представления результатов этапа эффективности была выстроена таким образом, что наглядно (в таблицах и рисунках) отражены сравнительные данные по результатам этапов диагностики и эффективности. Первичные результаты этапа эффективности представлены в приложении Г.

Первоначально проанализируем изменения по шкале тревожности Спилбергера. В таблице 8 отражены сводные результаты двух диагностических срезов.

Таблица 8 – Сравнительные показатели уровня и типов тревожности испытуемых до и после реализации программы

Тип тревожности	Оценка тревожности					
	Низкая тревожность, %		Умеренная тревожность, %		Высокая тревожность, %	
	до	после	до	после	до	после
Ситуативная (реактивная) тревожность	0%	20%	20%	55%	80%	25%
Личностная тревожность	0%	50%	50%	35%	50%	15%

Представленные в таблице 8 данные, показывают наличие положительной динамики. Так, низкий уровень тревожности, не обнаруженный ни у одного испытуемого на констатирующем этапе исследования, показали 20% испытуемых по реактивной тревожности, а личная тревожность снизилась у 50% испытуемых после участия в профилактической программе. Высокий уровень тревожности также заметно снизился у испытуемых – людей, имеющих высокотревожные реакции осталось 25% (по отношению к 80% до реализации программы

профилактики), высокосформированная личностная тревожность снизилась у большинства испытуемых и лишь 15% (по отношению к 50%) испытуемых показали этот уровень после участия в программе.

Полученные нами сравнительные показатели уровня и типа тревожности испытуемых на этапе констатирующего и контрольного эксперимента наглядно отражены на гистограмме (Рисунок 6).

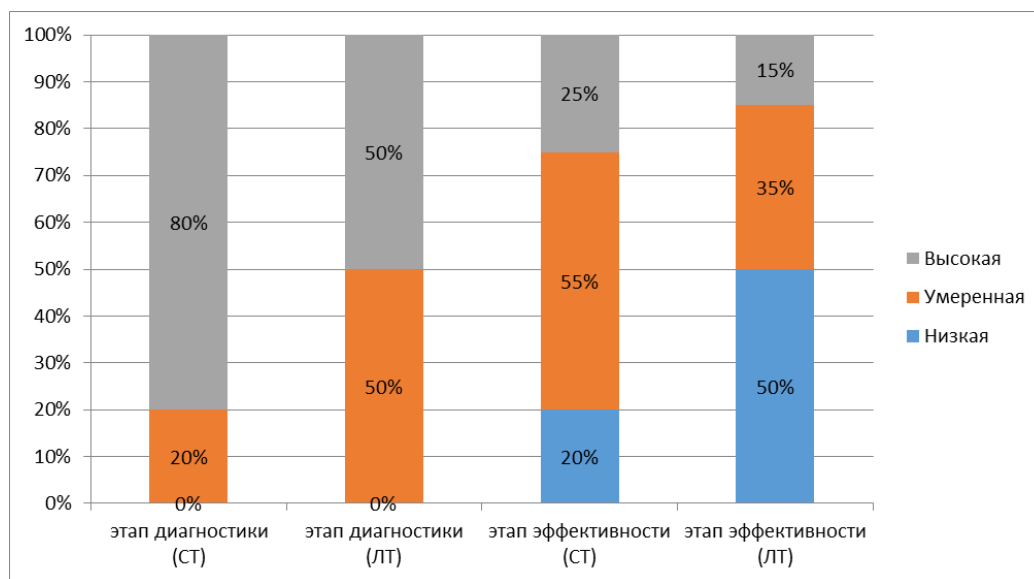


Рисунок 6 – Динамика показателей уровня и типа тревожности испытуемых до и после участия в профилактической программе

Данные о положительных изменениях в состоянии тревожности испытуемых показывают, что музыкотерапия благотворно влияет на тревожность человека, позволяя снизить напряжение и минимизировать реакции тревоги. На наш взгляд, для сохранения и совершенствования результатов сеансы должны иметь систематический характер.

Далее проанализируем результаты изучения нервно-психической устойчивости, полученные на этапе первичной диагностики и на контрольном этапе эксперимента.

Для систематизации полученных данных они продемонстрированы в таблице 9.

Таблица 9 – Сравнительные показатели уровня нервно-психического напряжения (НПУ) испытуемых до и после реализации программы

Шкалы теста	Уровень устойчивости	Представленность испытуемых по степени сформированности НПУ, %	
		До	После
Шкала нервно-психической устойчивости	низкий	40%	5%
	средний	35%	45%
	высокий	10%	50%
Шкала искренности	оценка достоверности ответов (баллы >10)	15%	0%

Представленные данные также показывают наличие изменений в нервно-психическом напряжении испытуемых. Первое, что на себя обращает внимание, это отсутствие ответов, которые можно считать недостоверными. Это может свидетельствовать о снятии внутриличностного напряжения и появлении большей открытости и даже смелости при предъявлении себя миру.

Сравнительный анализ собственно нервно-психической устойчивости у испытуемых в его динамике показал, что испытуемых с низким уровнем стало значительно меньше – всего 5% (по отношению к 40%). Увеличилось количество испытуемых со средним (условно, нормальным уровнем устойчивости) – 45% (по отношению к 35%), а испытуемых с высоким уровнем устойчивости стало в пять раз больше – 50% (по отношению к 10%).

Для наглядного отражения выявленной динамики представим данные на гистограмме (Рисунок 7).

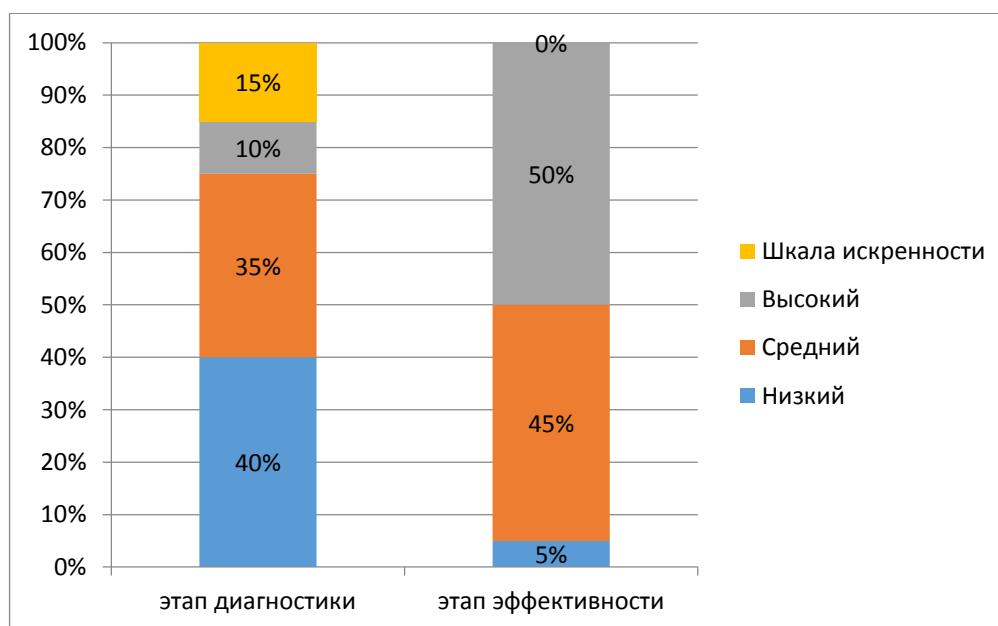


Рисунок 7 – Динамика показателей уровня нервно-психической устойчивости испытуемых до и после участия в профилактической программе

Сравнивая показатели нервно-психической устойчивости испытуемых, можно делать вывод о том, что сеансы музыкотерапии с применением элементов вокалотерапии оказывают положительное влияние и на уровень нервно-психической устойчивости, который в среднем по группе стал значительно выше.

Согласно полученным результатам, для большинства пожилых людей, участвующих в исследовании, после проведения профилактической работы нервные срывы стали маловероятны, а влияние различных стрессогенных факторов уже не оказывает такого негативного влияния на эмоционально-аффективную сферу.

Также проведем сравнение показателей проявленности психологического стресса у испытуемых на констатирующем и контрольном этапах эксперимента.

Представим их в таблице 10.

Таблица 10 – Сравнительные показатели уровня психологического стресса испытуемых до и после участия в психологической программе.

Уровень психологического стресса	Тестовые нормы, баллы	До участия в программе, %	После участия в программе, %
Высокий уровень стресса	Свыше 115	0%	0%
Средний уровень стресса	100-154	25%	0%
Низкий уровень стресса	Ниже 100	75%	100%

Здесь, как мы видим, произошли самые заметные улучшения. Все испытуемые показали наличие у себя низкого уровня психологического стресса. Но, данные результаты показались нам не слишком достоверными.

Первоначально обратим внимание на то, что на этапе диагностики по данной методике в ходе дополнительной беседы была выявлена неискренность ответов пожилых людей. Основными причинами было нежелание вызывать беспокойство у близких и получить негативный отклик от других участников группы.

Полученные результаты на контрольном этапе также показались нам завышенными, так как все 100 % участников продемонстрировали низкий уровень стресса.

В связи с этим нами было принято решение о применении беседы с целью прояснения полученных показателей. Ответы показали, что большинство поясняют сделанные ими выборы улучшением настроения, общим равновесием, лучшим физическим самочувствием и некой благосклонной реакцией на происходящие события.

В беседе с тремя испытуемыми вновь была установлена недостаточная искренность ответов. Однако, объясняя причины таких ответов, они сообщили, что их состояние стало действительно лучше, но так как на прошлом этапе они отвечали, что их состояние и так в норме, при данном

срезе они посчитали необходимым отразить улучшения, выбрав ответы, соответствующие низкому уровню психологического стресса.

Наглядно мы отразили данные по методике изучения психологического стресса на рисунке 8.

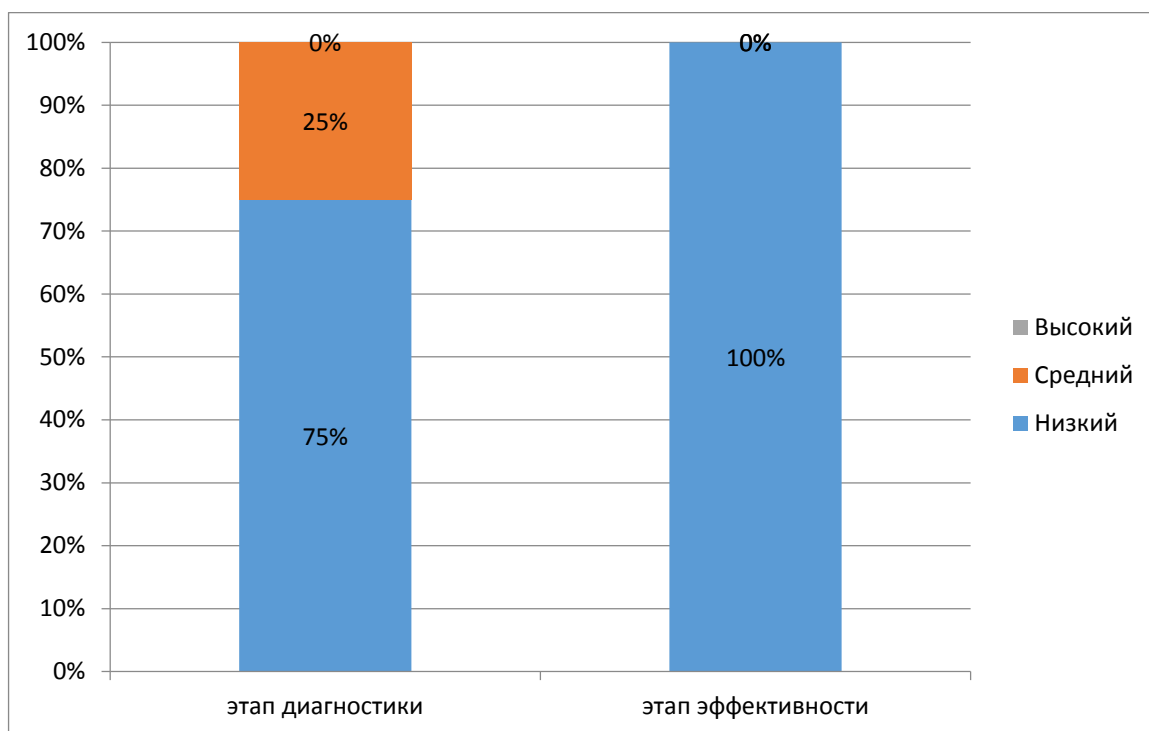


Рисунок 8 – Динамика показателей уровня психологического стресса до и после реализации программы

Обнаруженная нами неискренность ответов испытуемых позволяет предположить необходимость и целесообразность модификации данной методики с целью включения в нее возможности оценки искренности. На наш взгляд, это возможно посредством двух способов - переструктурирование формы методики и включение в нее шкалы лжи и дополнение методики обязательной беседой по результатам тестирования с целью уточнения полученных результатов. Именно так, как и было сделано в настоящем диссертационном исследовании.

Нами помимо изучения тревожности, стресса и устойчивости, была проанализирована и динамика копинг-стратегий, используемых испытуемыми.

Данные, полученные на констатирующем и контрольном этапах исследования, были подвергнуты количественному анализу, систематизированы и представлены в таблице 11.

Таблица 11 – Сравнительные показатели доминирования копинг-стратегий у испытуемых до и после участия в профилактической программе.

Шкалы теста	Степень использования стратегии	Представленность испытуемых по степени использования копинг-стратегии	
		до	после
Шкала «Разрешение проблем»	очень низкий	0%	0%
	низкий	10%	0%
	средний	80%	40%
	высокий	10%	60%
Шкала «Поиск социальной поддержки»	очень низкий	15%	0%
	низкий	20%	25%
	средний	65%	60%
	высокий	0%	15%
Шкала «Избегание проблем»	очень низкий	10%	35%
	низкий	85%	65%
	средний	5%	0%
	высокий	0%	0%

Представленные в таблице данные также демонстрируют наличие изменений в доминирующих копинг-стратегиях испытуемых. Хотя и на этапе констатирующего эксперимента используемые испытуемыми копинг-стратегии отразили вполне благополучную поведенческую картину, полученные данные говорят о проявлении более деятельностной позиции по отношению к ситуациям, требующих разрешения. Именно это, т.е., достижение разрешения этих ситуаций, позволяет своевременно утилизировать психоэмоциональное напряжения, не накапливая уровень стресса.

Результаты показывают, что нет испытуемых с очень низким и низким уровнем использования стратегии «Разрешения проблем». Гораздо меньше испытуемых стало выбирать стратегии, соответствующие избегающему

поведению. Это заметно по увеличению очень низких и низких показателей по этому параметру. По поведению, направленному на поиск помощи и поддержки в окружающем социуме, также произошли изменения. Так, всего 15% испытуемых показало доминирование этого типа поведения, а остальные показали средние и низкие показатели, говорящие о том, что этим людям свойственно обращаться за помощью при необходимости разрешать трудные для них ситуации.

Отразим динамику изменений доминирования копинг-стратегий на гистограмме (Рисунок 9).

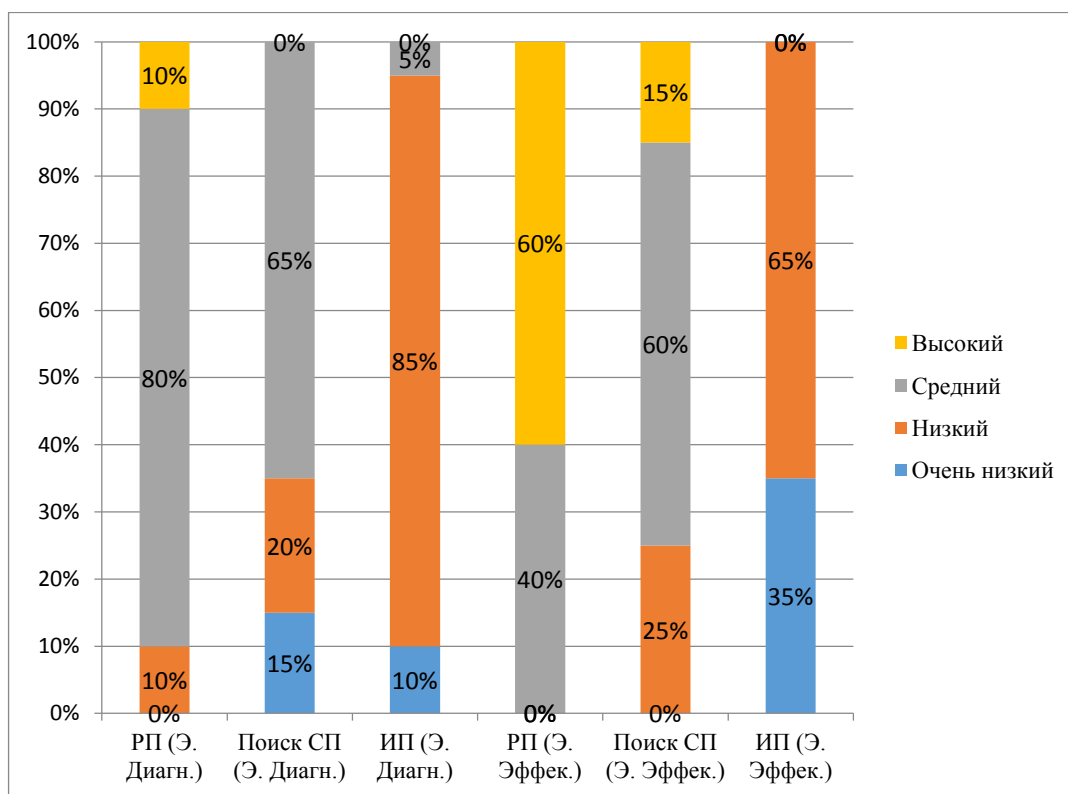


Рисунок 9 – Динамика показателей доминирования копинг-стратегий у испытуемых до и после реализации программы

Таким образом, нами было выявлено, что музыкотерапия как средство психопрофилактики стрессовых состояний обладает высокой эффективностью при соблюдении условий, выдвинутых в гипотезе.

Для статистического подтверждения проделанной работы нами был применен критерий изучения значимости различий Манна-Уитни. В таблице

12 отражены конечные эмпирические значения, свидетельствующие о значимости или незначимости различий.

Различия считаются статистически достоверными при значении менее или равном 114 (при $p \leq 0.01$) и 138 (при $p \leq 0.05$). Значения, находящиеся в диапазоне от 114 до 138, находятся в зоне неопределенности, то есть не свидетельствуют о статистически значимом различии, а определяют только общую тенденцию.

Представим результаты математического анализа в таблице 12.

Таблица 12 – Результаты математического анализа значимости данных по критерию Манна-Уитни

Анализируемый показатель	Показатель значимости/незначимости		
	Зона значимости	Зона неопределенности	Зона незначимости
	Эмпирическое значение, $U_{\text{эмп}}$		
Тревожность ситуативная	53	-	-
Тревожность личностная	82	-	-
Нервно-психическая устойчивость	-	114,5	-
Психологический стресс	-	-	148,5
Стратегия «разрешение проблем»	87,5	-	-
Стратегия «Поиск социальной поддержки»	-	-	149
Стратегия «Избегание проблем»	-	-	148,5

Математико-статистический анализ позволил выявить определённые психоэмоциональные категории, изменения которых в ходе экспериментального исследования можно признать значимыми. К ним относятся изменения уровня тревожности, причем как ситуативной, так и личностной, и динамика копинг-стратегии, где поведение человека направлено на активное разрешение проблем.

Изменения нервно-психической устойчивости по результатам статистического анализа трудно признать значительными, что и

демонстрирует коэффициент $U_{\text{эмп}}=114.5$, говорящий о невозможности утверждать положительную динамику.

Изменения показателей уровня психологического стресса и поведенческих стратегий по типу поиска помощи и уклонения от проблем по результатам математико-статистического анализа можно считать незначительными, что и показывает полученный коэффициент. По результатам изучения уровня психологического стресса нами было выявлено, что результаты были не в полной мере искренними, в связи с чем данная ситуация является закономерной.

По показателям данных копинг-стратегий в ходе исследования не было критических тенденций – это означает, что незначимость данных различий не может свидетельствовать о неэффективности проделанной работы.

Таким образом, на основании результатов проведенного эмпирического исследования мы пришли к выводу о том, что сеансы пассивной музыкотерапии оказывают положительное влияние на повышение уровня стрессоустойчивости и развитие факторов, влияющих на особенности протекания стрессовых состояний в пожилом возрасте.

При разработке рекомендаций по профилактике стрессовых состояний у лиц пожилого возраста нами была создана наглядная памятка, которая была презентована участникам исследования по завершении основных этапов работы. С помощью данной памятки пожилые люди смогут самостоятельно контролировать собственное состояние и принимать первичные меры по профилактике и коррекции. Также данная памятка может быть использована в учреждениях, работающих с данной группой лиц, в качестве наглядного материала.

Памятка включает в себя несколько блоков:

1. Основные симптомы стресса.
2. Физиологические проявления стресса.
3. Профилактика стрессовых расстройств.
4. Методы снятия стресса.

Кратко представим данные смысловые блоки.

Основные симптомы стресса:

- Беспокойный сон.
- Раздраженность, подавленность.
- Проблемы с вниманием, памятью, снижение скорости мыслительного процесса.
- Головная боль, усталость, нежелание что-либо делать.
- Отсутствие интереса к друзьям, родным и близким.
- Отсутствие аппетита или чрезмерное поглощение пищи.
- Желание поплакать, тоска, пессимизм, жалость к себе.
- Появляются нервные тики и навязчивые привычки – желание покусывать губы, грызть ногти. Суеверность, недоверие ко всем.

Физиологические проявления стресса:

- повышается мышечный тонус, все тело как бы готовится к прыжку, что дает колоссальную нагрузку на сердце;
- сжимаются сосуды, поднимается давление;
- теряется аппетит;
- повышается свертываемость крови;
- из-за нарушения мозгового кровообращения человек медленнее соображает, хуже слышит и видит;
- снижаются защитные функции организма.

Профилактика стрессовых расстройств.

Основа профилактики стресса заключается в укреплении нервной системы. Для укрепления нервной системы пожилым людям необходимо соблюдать несколько правил, которые позволят избежать развития серьезных психофизиологических нарушений на фоне постоянного стрессового состояния:

- 1) ведение здорового образа жизни;
- 2) отказ от вредных привычек;
- 3) занятия физической культурой;

- 4) поддержание позитивного психологического настроения;
- 5) оптимальное поддержание физической и умственной активности;
- 6) лечение заболеваний, провоцирующих развитие стрессовых состояний.

Методы снятия стресса.

Для пожилых людей нами были подобраны методы снятия стрессового напряжения, которые доступны их физическим возможностям и позитивно влияют на общее психоэмоциональное состояние:

1. Откажитесь от употребления алкоголя и никотина. Любая зависимость вызывает стресс для организма, а никотин, в силу своего состава, способен вызывать симптомы стресса.

2. Витаминотерапия. В ситуациях постоянного стресса организму необходимо включать все внутренние ресурсы, чтобы поддерживать работоспособность. Для повышения устойчивости организма к стрессам необходимо употреблять в пищу продукты, которые насыщены витаминами, особенно В и С.

3. В случаях, когда у вас бессонница, перед сном проветрите комнату, можете почитать книгу или послушать расслабляющую музыку. Главное – не погружаться в негативные мысли, а отвлечь себя приятным занятием.

4. Ароматерапия. Подберите запахи, которые приносят вам удовольствие. Наибольшим успокаивающим эффектом обладают эфирные масла розы, лаванды, жасмина и кипариса.

5. Проводите больше времени с близкими и друзьями. Беседа – это очень эффективный способ снятия эмоционального напряжения. Не бойтесь быть искренними со своими близкими и заводить новые знакомства. Мнения других людей могут помочь вам взглянуть на проблемы иначе.

6. Занимайтесь творчеством. Неважно, активное или пассивное творчество вам более интересно в настоящий момент. Музыка, рисование, лепка – все это поможет успокоиться и направить энергию на саморазвитие и самосовершенствование.

7. Займитесь спортом. Не обязательно использовать сильные физические нагрузки, они должны быть посильны для организма. Также можно заняться медитацией.

8. Не забывайте, что даже в пожилом возрасте есть место для множества открытий. В свободное время изучайте новые виды деятельности, что позволит вам снизить эмоциональное напряжение.

9. Избегайте ситуаций, которые могут привести вас к эмоциональному расстройству.

10. Уделяйте время отдыху и осмыслению событий. Важно при этом не концентрироваться на негативных моментах, а искать смысл и извлекать опыт.

11. Чаще улыбайтесь и концентрируйтесь на положительных эмоциях. Также полезно хвалить и благодарить себя.

Мы считаем, что при профилактике стресса у пожилых лиц особое внимание должно быть уделено направлению, касающемуся укоренившихся убеждений, а именно мыслей и установок, не имеющих под собой логических оснований. Такие мысли для пожилых людей опасны тем, что провоцируют стресс, а фобии и страхи значительно усложняют жизнь.

Данное направление включает в себя несколько категорий:

1. Отношение к проблемам. Проблемы – это временные препятствия. Не существует перманентных проблем, у всех есть начало и конец. Решение проблемы требует уверенности в себе. Для выбора верного способа решения необходимо понимать суть проблемы. На решение сложных задач, как правило, затрачивается больше времени, поэтому стоит сохранять спокойствие и не поддаваться панике, боясь, что проблема останется нерешенной. Изменив свое восприятие и отношение к проблеме, можно значительно снизить внутреннее напряжение.

2. Правильный настрой. Умение найти подходящий настрой чрезвычайно важно для максимально быстрого решения тяжелых задач. Большая часть фиксированных установок и убеждений зарождаются в

детском возрасте, когда ребенок познает и формирует свое восприятие мира и людей. Даже незначительные, на первый взгляд, травмы и трудности оставляют свой отпечаток на будущем мировоззрении взрослого человека. По достижении человеком пожилого возраста данные установки приобретают устойчивый характер, что усложняет работу, направленную на их изменение.

Правильный настрой – это частичное самовнушение и убеждение. Задача человека – признать старые убеждения ложными и сделать выбор в пользу новых логичных выводов. Решающим в данном процессе является осознанное, добровольное участие человека. Если присутствует неверный настрой, индивид должен изменить восприятие себя, отношение к себе как к личности. Полученные любовь и забота напрямую влияют на способность справляться с временными трудностями. Здоровый адекватный настрой требует ежедневной работы, но защищает организм от стрессов и депрессий.

Поскольку число социальных контактов уменьшилось, для организации правильного настроя необходимо не бояться вступать в новые социальные отношения, поддерживать семейные связи, быть открытым и расположенным к коммуникациям.

3. Изменение мышления. Преодоление и профилактика стресса невозможны без изменения мышления. Понимание роли мышления во влиянии на то, как человек относится к стрессу, и какие стратегии выбирает, чтобы с ним бороться, является первым шагом в изучении того, как переосмыслить его новым, более позитивным способом. Людям с низкой самооценкой свойственны ошибки при выборе методов борьбы со стрессом. Подсознание подталкивает их к поиску проблем даже там, где их нет, – для подкрепления чувства неуверенности в себе и подтверждения собственных опасений. Проблемы являются неотъемлемой частью их существования, что делает невозможным извлечение ими уроков из возникающих трудностей. Профилактика стресса направлена на решение данной проблемы. Изменение мышления сложная, трудоемкая работа, и, как правило, для ее выполнения

привлекаются психоаналитики. Человеку важно принять себя и избавиться от чувства вины за каждую допущенную ошибку. Без поддержки близкого окружения реализация данного этапа профилактики практически невозможна, так как именно любовь и забота окружающих помогают человеку обрести уверенность в себе.

4. Формирование позитивного мышления. Следующим этапом после работы над восприятием мира и себя и выстраиванием корректного отношения к проблемам должна стать выработка позитивного настроения. Данный этап сложен, так как не всем легко дается борьба с негативом и контроль собственных мыслей. Мысли сродни установкам, они формируют будущую реальность индивида. Человеку необходимо учиться следить за своими мыслями, обдумывать собственную реакцию и поведение во время стрессовой ситуации, а также выводы, которые возникают в его голове. Предотвращение стресса без контроля над мыслями и смены негативных реакций на позитивные невозможно.

Профилактика стресса базируется на несложных действиях, которые легко становятся привычными. Поэтому мы считаем, что чрезвычайно эффективным практическим методом снижения стресса является методика переключения. Данный метод подразумевает дистанцирование от неблагоприятных условий. Такая техника применима к тем условиям, когда у человека нет возможности решить проблему, и на фоне возникшего чувства вины появляется стресс.

Переключение не эквивалентно окончательному отстранению от проблемы, это временное дистанцирование, дающее пространство для обдумывания происходящего. Предотвращение стресса методом переключения особо эффективно в тех ситуациях, когда у человека нет возможности повлиять на ситуацию или за ней последовали необратимые последствия. Переживания в данных условиях бесполезны. Именно такие стрессовые ситуации чаще всего характерны для пожилого возраста (выход на пенсию, смерть близких людей и так далее).

Приведенные выше методы и рекомендации могут применяться как самими пожилыми людьми, стремящимися побороть психоэмоциональный дискомфорт, так и психологами, ведущими работу с данной социальной группой.

Подводя итог, необходимо отметить, что психопрофилактические меры имеют воздействие как на симптомы стресса, так и на то, что послужило первопричиной их появления и развития. Восстановление душевного равновесия требует от человека пристального внимания к тому, о чем он думает и как распоряжается своими жизненными ресурсами.

Выводы по второй главе

Экспериментальное исследование возможностей психопрофилактической программы с применением пассивной музыкотерапии, направленной на предупреждение стрессовых состояний у лиц пожилого возраста, было организовано и проведено с 20-ю испытуемыми в возрасте от 55 до 68 лет.

Для реализации целей и задач эксперимента нами были собраны и проанализированы показатели тревожности, психологического стресса, нервно-психической устойчивости и выявлены доминирующие копинг-стратегии.

В ходе сбора эмпирических данных было установлено, что испытуемым-лицам пожилого возраста свойственен высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, превышение показателя психологического стресса, недостаточный уровень нервно-психической устойчивости и недостаточная степень активности в поведении при разрешении каких-либо проблемных или конфликтных ситуаций.

С целью воплощения одного из положений выдвинутой гипотезы во время подготовки к работе с программой мы провели опрос, раскрывший

предпочтения пожилых людей по вопросам выбора подходящих и близких им произведений и направлений.

Для проверки гипотезы мы разработали программу с применением музыка- и вокалотерапии, направленной на профилактику стрессовых состояний у пожилых людей. Программа была представлена десятью групповыми занятиями, также испытуемым была предоставлена возможность получения индивидуальных психологических консультаций.

Наше исследование показало, что живая музыка оздоравливающе влияет на испытуемых, если она негромкая. Духовые инструменты для кулуарных сеансов музыкотерапии не пригодны. Более благотворно действуют на пожилых людей вокалотерапия и видеозаписи музыкальных произведений.

В ходе наблюдения за испытуемыми во время сеансов мы выявили разную степень активности и включенности участников группы. При этом все исследуемые показатели во время наблюдения были больше 50 %, что говорит о положительном влиянии сеансов музыкотерапии на пожилых людей. Подтверждает данный вывод и ряд отзывов.

После апробации программы нами был реализован контрольный этап экспериментального исследования, где решались задачи определения эффективности выбранного нами метода работы для предупреждения у лиц пожилого возраста стрессовых расстройств.

По результатам были сделаны выводы, что по всем исследуемым показателям были выявлены положительные изменения, и это свидетельствует об эффективности реализованной программы.

На основании результативности проделанной работы нами были сформулированы рекомендации для лиц пожилого возраста по профилактике стрессовых состояний. При разработке рекомендаций по профилактике стрессовых состояний у лиц пожилого возраста нами была создана наглядная памятка, которая была презентована участникам исследования по завершении основных этапов работы.

Заключение

Исследование, проведенное в рамках выпускной квалификационной работы посвящено изучению возможностей психологической профилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста и особенностей ее организации. Мы предполагали, что специально организованная программа с применением рецептивной музыкотерапии и с элементами вокалотерапии будет способствовать повышению уровня резистентности к стрессу и снижению степени нервно-психического напряжения у лиц пожилого возраста, что станет для них профилактикой стрессовых состояний.

В ходе исследования нами была изучена проблема стресса и ее понимание в отечественной и зарубежной научной литературе, отражены исследования специфики стресса у лиц пожилого возраста, а также рассмотрены возможности психологической помощи и профилактики нервно-психических расстройств.

Феномен стресса, его особенностей в пожилом возрасте и стресс-факторов, порождающих развитие стрессовых состояний, изучается в различных направлениях, ориентированных на человека и проблему здоровьесбережения. Было установлено, что природа механизмов стресса является физиологической и имеет значимые, и зачастую негативные последствия для соматического, психологического и поведенческого уровня личности, влияя на жизнедеятельность человека в целом.

Выделяют две основных формы стресса: эустресс и дистресс, где первый – стресс позитивного плана и кратковременного протекания, характеризующийся конструктивностью и подъемом творческих сил, а второй – негативный, с длительным протеканием и деструктивным влиянием на человека, сопровождающийся негативными эмоциями и чувствами и снижением функциональных возможностей организма. Он сопровождается общим психологическим дискомфортом, печалью, беспокойством, рассеянностью и общим психическим истощением.

Изучая проблему особенностей стресса в пожилом возрасте было установлено, что процесс старения обуславливает существенные изменения во всех сферах личности человека, а существенными стрессогенными факторами являются ослабленный иммунитет и физический упадок, нарушение привычного образа и ритма жизни, изменение социального статуса, а также переживания, связанные с рефлексией о прожитой жизни.

Изучив результаты многих исследований, было установлено, что у пожилых людей отношение и восприятие любых психотравмирующих и стрессогенных факторов с трудом поддается корректировке, что обусловлено ригидностью, вязкостью эмоций, инертностью и застойностью процессов, что мешает динамическим изменениям и обесценивает перспективы развития.

Также нами была изучена психопрофилактика, как практичный и востребованный подход в оказании психологической помощи, представляющий собой комплекс мероприятий, направленных на снижение частоты, распространенности и рецидивов нарушений психического здоровья, и носящих превентивный характер. Также нами были выделены подходы и методы психологического воздействия, применяемые для решения задач профилактики. Особое внимание мы уделили изучению возможностей арт-терапии, как средству профилактики стрессовых расстройств у пожилых людей. Было установлено, что арт-терапия основана на применении художественных средств, достаточно вариативна и обладает преимуществами, позволяющими предполагать ее эффективность при работе с людьми пожилого возраста.

При подборе наиболее подходящего метода в работе с пожилыми людьми мы сделали выбор в пользу музыкальной терапии с применением элементов вокалотерапии.

Экспериментальное исследование возможностей программы психологической профилактики с применением пассивной музыкотерапии, направленной на предупреждение стрессовых состояний у лиц пожилого

возраста, было организовано и проведено с 20-ю испытуемыми в возрасте от 55 до 68 лет.

Для реализации целей и задач эксперимента нами были собраны и проанализированы показатели тревожности, психологического стресса, нервно-психической устойчивости и выявлены доминирующие копинг-стратегии.

В ходе сбора эмпирических данных было установлено, что испытуемым-лицам пожилого возраста свойственен высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, превышение показателя психологического стресса, недостаточный уровень нервно-психической устойчивости и недостаточная степень активности в поведении при разрешении каких-либо проблемных или конфликтных ситуаций.

С целью воплощения одного из положений выдвинутой гипотезы во время подготовки к работе с программой мы провели опрос, раскрывший предпочтения пожилых людей по вопросам выбора подходящих и близких им произведений и направлений. Для проверки гипотезы мы разработали программу с применением музыка- и вокалотерапии, направленной на профилактику стрессовых состояний у пожилых людей. Программа была представлена десятью групповыми занятиями, также испытуемым была предоставлена возможность получения индивидуальных психологических консультаций.

Наше исследование показало, что живая музыка оздоравливающе влияет на испытуемых, если она негромкая. Духовые инструменты для кулуарных сеансов музыкотерапии не пригодны. Более благотворно действуют на пожилых людей вокалотерапия и видеозаписи музыкальных произведений.

В ходе наблюдения за отдыхающими во время сеансов мы выявили разную степень активности и включенности участников группы. При этом все исследуемые показатели во время наблюдения были больше 50 %, что

говорит о положительном влиянии сеансов музыкотерапии на пожилых людей. Подтверждает данный вывод и ряд отзывов.

После апробации программы нами был реализован контрольный этап экспериментального исследования, где решались задачи определения эффективности выбранного нами метода работы для предупреждения у лиц пожилого возраста стрессовых расстройств.

По результатам мы пришли к выводу, что по всем исследуемым показателям были выявлены положительные изменения, и это свидетельствует об эффективности реализованной программы.

На основании результативности проделанной работы нами были сформулированы рекомендации для лиц пожилого возраста по профилактике стрессовых состояний. При разработке рекомендаций по профилактике стрессовых состояний у лиц пожилого возраста нами была создана наглядная памятка, которая была презентована участникам исследования по завершении основных этапов работы.

Разработанные нами рекомендации могут быть использованы практикующими психологами при организации психопрофилактической работы со стрессовыми состояниями у пожилых людей.

Список используемой литературы

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология: учеб. пособие. М.: Академический проект, 2006. 702 с.
2. Абрамова Г. С. Практическая психология: учебник для студентов вузов. М.: Академический проект, 2001. 480 с.
3. Аксенов М. М. Зависимость психологических показателей от социально-демографических характеристик у женщин при нормативном кризисе зрелости // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2014. № 1 (142). С. 36–38.
4. Александрова М. Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. Л.: Издательство Ленинградского университета, 1974. 136 с.
5. Алеман А. Мозг на пенсии. Научный взгляд на преклонный возраст. М.: Манн, Иванов и Фербер, 2016. 192 с.
6. Аметова Л. А. Педагогическая технология использования арттерапии в начальной школе: специальность 13.00.01 «Общая педагогика, история педагогики и образования»: автореф. дисс. канд. пед. наук / Московский государственный открытый педагогический университет. М., 2003. 20 с.
7. Аметова Л. А. Формирование арттерапевтической культуры младших школьников «Сам себе арттерапевт». М.: Московский государственный открытый педагогический университет, 2003. 238 с.
8. Ананьев Б. Г. Некоторые проблемы психологии взрослых // Психология развития: хрестоматия / Под ред. Е. Строганова. СПб.: Питер, 2001. С. 280.
9. Анцыферова Л. И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М.: Институт психологии РАН, 2004. 413 с.
10. Апчел В. Я. Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб.: Военно-медицинская академия, 1999. 86 с.

11. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании. М.: Издательский центр «Академия», 2001. 287 с.
12. Балтес П. Б. Всевозрастной подход в психологии развития // Психология зрелых возрастов: хрестоматия / Сост. И. В. Шаповаленко. М.: АНО ПЭБ, 2008. С. 139-142.
13. Бехтерев В. М. Мозг: структура, функция, патология, психика : избранные труды: в 2 томах. Т. 1 / Под ред. А. Г. Чучалина; сост. В. С. Воробьев. М.: Поматур, 1994. 750 с.
14. Блехарская Е. В. Пожилой возраст как переходный этап жизненного пути человека // Педагогическое образование в России. 2017. № 12. С. 17–22.
15. Бодров В. А. Информационный стресс. М.: ПЕР СЭ, 2004. 382 с.
16. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие и преодоление М.: ПЕР СЭ, 2006. 528 с.
17. Боженкова К. А. Психологические особенности людей пожилого возраста // Приволжский научный вестник. 2016. № 3 (55). С. 131–132.
18. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. СПб: Прайм-Еврознак, 2003. 672 с.
19. Бондарев Р. П. О роли семейной психотерапии в улучшении качества жизни пожилых психически больных с психогениями в свете трансформации фабулы психотравмирующих факторов в современных социально-экономических условиях // Клинические и социально-психологические аспекты жизни психоневрологических больных в современном обществе: сб. тез. науч. конф. с междунар. участием / СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2003. С. 40.
20. Брайт Д. Стресс. Теории, исследования, мифы. СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 352 с. (Проект «Психология-Best»).
21. Брусиловский Л. С. Музыкотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент: Медицина, 1979. С. 256-274.

22. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. М.: Академический проект, 2000. 718 с.
23. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М.: Медицина, 1989. 302 с.
24. Волжские просторы. Социально-оздоровительный центр [Электронный ресурс]. URL: <http://ogauso-volprostory.ru> (дата обращения: 26.01.2020).
25. Всемирный доклад о старении и здоровье [Электронный ресурс] // Всемирная организация здоровья. URL: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru> (дата обращения: 26.01.2020).
26. Герасимович Г. И. Применение музыкотерапии в медицине // Медицинские новости. 1999. № 7. С. 17–20.
27. Гехт К. Психогигиена. М.: Прогресс, 1979. 176 с.
28. Глазунова Л. И. Коррекция психоэмоционального состояния человека средствами музыки: учебно-методическое пособие. Белгород: БелГУ, 2004. 116 с.
29. Горшунова Н. К. Стрессочувствительность и стрессоустойчивость лиц пожилого и старческого возраста // Геронтология. 2014. Т. 2. № 1. С. 82-91.
30. Гребень Н. Ф. Психологические тесты для профессионалов. Минск: Современная школа, 2007. 496 с.
31. Григорьян М. Ф. Анализ применения медитативных технологий и музыкотерапии в профилактике стрессов людей пожилого возраста // Университетская наука: взгляд в будущее. Курск: ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, 2016. С. 156–160.
32. Гринева И. М. Изучение особенностей музыкального восприятия у больных с начальными проявлениями неполноценности кровоснабжения мозга: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. мед. наук. Л., 1981. 22 с.

33. Гришина А. В. Развитие творческой индивидуальности подростков средствами арт-терапии в учреждениях дополнительного образования: автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. пед. наук. Волгоград: Волгоградский государственный педагогический университет, 2004. 22 с.
34. Дединская Е. П. Музыкальная терапия в клинической практике // Музыкальная психология и психотерапия. 2008. № 2. С. 112-117.
35. Демьянов Ю. Г. Основы психопрофилактики и психотерапии. СПб.: Паритет, 1999. 224 с.
36. Догель И. М. Влияние музыки на человека и животных. Казань: Императорский университет, 1888. 359 с.
37. Еникеев М. И. Психологический энциклопедический словарь М.: Проспект, 2010. 560 с.
38. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматическое и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с. (Мэтры мировой психологии).
39. Козлов А. А. Старость: социальная разобщенность или целостность? (Теории и традиции западной социальной геронтологии) // Мир психологии. 1999. № 2. С. 80–96.
40. Кон И. С. Постоянство личности: миф или реальность // Хрестоматия по психологии / Сост. В. В. Мироненко; под ред. А. В. Петровского. М.: Просвещение, 1987. С. 164-167.
41. Копытин А. И. Арт-терапия психических расстройств. СПб.: Речь, 2011. 368 с.
42. Копытин А. И. Теория и практика арт-терапии. СПб.: Питер, 2002. 368 с. (Золотой фонд психотерапии).
43. Крайг Г. Психология развития. СПб.: Питер, 2005. 940 с. (Мастера психологии).
44. Краткий психологический словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1985. 431 с.

45. Куликова Т. И. Психология стресса // Международный журнал экспериментального образования. 2016. № 7. С. 180-181.
46. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и психическое здоровье. Томск: Издательство Росно, 2004. 121 с.
47. Лакосина Н. Д. Медицинская психология. М.: Медицина, 1984. 272 с.
48. Лебедева, Л. Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь, 2003. 256 с. (Психологический практикум).
49. Леонова А. Б. Психопрофилактика стрессов. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1993. 123 с.
50. Ливехуд Б. Кризисы жизни – шансы жизни. Развитие человека между детством и старостью. Калуга: Духовное познание, 1994. 217 с.
51. Марцинковская, Т. Д. Особенности психического развития в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. 2000. № 3 (38). С.16–26.
52. Матюшкина, Е. Я. Учебный стресс у студентов при разных формах обучения // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 2. С. 47–63.
53. Мягер В. К. Актуальные вопросы теории и практики психогигиены и психопрофилактики // Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы / Под ред. М. М. Кабанова. Л.: Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1985. С. 813.
54. Мягер В. К. Современные проблемы психопрофилактики и психосоматики // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. Л.: Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева, 1994. Т. 134. С. 180-187.
55. Неврозы и их предупреждение. М.: Знание, 1969. 79 с.
56. Никольская И. М. Арттерапия – терапия изобразительным искусством // Детская психиатрия / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005. С. 993–999.

57. Одинцова М. А. Психология стресса: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2016. 299 с.
58. Павлова А. В. Научная дефиниция «стресс»: подходы к толкованию и классификации // Экономические науки. 2014. № 12. С. 47-54.
59. Петрушин В. И. Теоретические основы музыкальной психотерапии // Журнал неврологии и психотерапии им. С. С. Корсакова. 1991. Т. 91. № 3. С. 96-99.
60. Прокопец И. О. Особенности эмоционального состояния и психологическое благополучие мужчин и женщин пенсионного возраста с разным рабочим статусом: автореф. дисс. на соискание степени канд. психол. наук. Ростов н/Д: ЮФУ, 2017. 22 с.
61. Психологические особенности пациентов пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами / М. М. Аксенов, И. Я. Стоянова, Е. В. Цыбульская и др. // Вестник ТГПУ. 2015. № 3 (156). С. 58-63.
62. Психологические формы преодоления стресса пожилыми пациентами / Н. А. Мазаева, Т. М. Сиряченко, Л. И. Пекарская, В. Ю. Зорин // Сборник ММА им. И. М. Сеченова. М., 2000. С. 45-57.
63. Психология старости и старения. Хрестоматия: учеб. пособие для студентов психологических факультетов высш. учеб. заведений / сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. М.: Академия, 2003. С. 416. (Высшее образование).
64. Психология стресса и методы его профилактики: учебно-методическое пособие / Сост. В. Р. Бильданова, Г. К. Бисерова, Г. Р. Шагивалеева. Елабуга: Издательство ЕИ КФУ, 2015. 142 с.
65. Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития / Под ред. А. А. Реана. СПб.: Прайм-Еврознак; М.: ОЛМА-пресс, 2005. 416 с. (Психологическая энциклопедия).
66. Психосоматический аспект изучения пограничных состояний / М. М. Аксенов, В. Я. Семке, Т. П. Ветлугина и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001. № 3. С. 16-18.

67. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2000. 1019 с. (Золотой фонд психотерапии).
68. Пуляевская О. В. Проблема влияния музыкального воздействия на здоровье человека // Современные наукоемкие технологии. 2004. № 6. С. 98–99.
69. Рохлин Л. Л. Психопрофилактика // Большая медицинская энциклопедия: в 30 томах. Т. 21 / М.: Советская энциклопедия, 1983. С. 350–351.
70. Рудницкий В. А. Экологическая, пограничная и социальная психиатрия: методологические подходы // Тюменский медицинский журнал. 2014. Т. 16. № 1. С. 55–59.
71. Рыбалко Е. Ф. Возрастная и дифференциальная психология. СПб.: Питер, 2001. 224 с. (Учебник нового века).
72. Рыжов Б. Н. Системная структура личности // Системная психология и социология. 2017. № 23. С. 5–12.
73. Сапогова Е. Е. Экзистенциальная психология взрослости. М.: Смысл, 2013. 767 с. (Фундаментальная психология).
74. Селье Г. Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982. 124 с. (Общественные науки за рубежом).
75. Семке В. Я. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М.: Медицина, 2006. 526 с.
76. Серебрякова Т. А. Психология стресса: учеб. пособие. Нижний Новгород: ВГИПУ, 2007. 143 с.
77. Середина Н. В. Основы медицинской психологии: общая, клиническая, патопсихология. Ростов н/Д: Феникс, 2003. 512 с. (Учебники и учебные пособия).
78. Сеченов И. М. Физиология нервной системы: избранные труды: в 4 выпусках. Вып. 2. М.: Медгиз, 1952. 623 с.
79. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2000. 350 с.

80. Современный психологический словарь / Под ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. 640 с.
81. Судаков К. В. Индивидуальность эмоционального стресса // Журнал неврологии и психологии. 2005. Т. 105. № 2. С. 4-12.
82. Тарханов И. Р. О влиянии музыки на человеческий организм / И. Р. Тарханов. СПб.: Типография В. Демакова, 1893. 407 с.
83. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1987. 304 с.
84. Фирсова Н. Г. Стресс-преодолевающее поведение людей пожилого возраста // Вестник ГУУ. 2014. № 5. С. 274-276.
85. Хайкин Р. Б. Художественное творчество глазами врача М.: Наука, 1992. 232 с.
86. Харитонов Т. Г. Неопределенность феноменологии психопрофилактики в деятельности практического психолога [Электронный ресурс] // Концепт: научно-методический электронный журнал. 2016. Т. 15. С. 2216-2220. URL: <http://e-koncept.ru/2016/96363.htm> (дата обращения: 26.01.2020).
87. Холостова Е. И. Социальная геронтология: учеб. пособие. М.: Дашков и Ко, 2004. С. 187.
88. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002. С. 119-157.
89. Чирков, Ю. Г. Стресс без стресса. М.: Физкультура и спорт, 1988. 176 с.
90. Чупров Л. Ф. Психолого-педагогическое просвещение в практической деятельности психолога // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2012. №1. С. 45-48.
91. Шушарджан С. В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма. М.: АОЗТ «Антидор», 1998. 363 с.

92. Элкин Д. Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни. М.: Когито-центр, 1996. 345 с.
93. Эриксон Э. Детство и общество. СПб.: Ленато: Университетская книга, 1996. 589 с. (Библиотека зарубежной психологии).
94. Baltes P. Coping with age // World Health. 1997. V. 4. P. 10-11.
95. Zinberg N. E. Social Sanctions and Rituals as a Basis for Drug Abuse Prevention // American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1975. V. 2. № 2. P. 165-182.
96. Monat A. Stress and Coping: An Anthology. NY: Columbia University Press, 1991. 598 p.
97. Hanna T. Somatics. Reawakening The Mind's Control of Movement, Flexibility, And Health. Cambridge: Da Capo Press, 2004. 176 p.
98. Hill, A. Art Versus Illness. London: Allen & Unwin, 1945. 100 p.

Приложение А

Рабочие материалы, используемые в ходе экспериментального исследования

Бланк 1. Информационное согласие на прохождение психологического тестирования

Я, __ ФИО _____
дата рождения _____, год рождения _____ вследствие сделанного мне предложения со стороны кафедры «Дошкольная педагогика. Прикладная психология» ФГБОУ ВО ТГУ, даю добровольное согласие на прохождение психологического тестирования и оценку уровня стрессоустойчивости с использованием пяти диагностических методик.
С данными психологического тестирования могут быть совершены следующие действия: сбор, передача, систематизация, накопление, автоматизированная обработка, хранение и уничтожение вышеуказанных данных.
Данное согласие действует на весь период хранения моих персональных данных на кафедре «Дошкольная педагогика. Прикладная психология» ФГБОУ ВО ТГУ.

Бланк 2. Протокол наблюдения за сеансом групповой музыкотерапии

Дата группового сеанса _____

Время проведения _____

Количество участников _____

Цель группового сеанса: _____

Задачи группового сеанса:

1) _____

2) _____

3) _____

1. Динамика эмоционального состояния участников группы

ФИО (код) участни ка	Степень включенн ости в группову ю работу	Эмоциональные реакции на различных этапах сеанса		Степень включенн ости в обсужден ие	Особенност и рефлексии (обратной реакции)
		Вербальные реакции – посторонние разговоры (число)	Невербальные реакции – отстраненный вид, заинтересованный ОВ/ ЗВ, количество отвлечений (число)		
1.					

2. Оценка общей групповой динамики

Дата _____

Подпись _____

Продолжение Приложения А

Бланк 3. Анкета – отзыв

(заполняется после курса музыкотерапии)

1. Опишите Ваше состояние после сеансов музыкотерапии? _____
2. Как Вы оцениваете эффект от проведенных занятий? _____
3. Что Вам понравилось на сеансах? _____

Бланк 4. Протокол индивидуальной консультации

Дата и время проведения консультации _____

1. Ф.И.О. _____
2. Пол _____
3. Возраст _____
4. Семейное положение _____
5. Условия проживания _____
6. Были ли операции, травмы и т.д. _____

Описание сессии

1. Выяснение запроса со стороны клиента

2. Переформулировка для себя в виде психологической проблемы

3. Проверка консультативной гипотезы в виде постановки вопросов

Ход беседы по основным этапам с фиксацией реакций клиента (приблизительная стенограмма основных этапов)

Выводы и предположения о дальнейшей стратегии работы

Рекомендации для клиента

Приложение Б

Программа психопрофилактики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста с применением музыкотерапии

Введение

Данная программа составлена с учетом рекомендаций психологов, а также результатов современных исследований. Она посвящена проблеме социальной реабилитации людей пожилого возраста и инвалидов, одному из активно разрабатываемых методов реабилитационной работы – музыкотерапии.

Пожилые и престарелые люди принадлежат к категории лиц, которой больше других требуется психологическая реабилитация и социальная адаптация к стремительно меняющимся условиям жизни. Для пожилых граждан чрезвычайно важно ощущение своей значимости, они должны чувствовать себя полезными для семьи и общества. В пожилом возрасте человек обладает характерной структурой эмоциональных переживаний, которой обусловлена потребность разработки и применения специфических методов терапии. Среди практических методик реабилитации наблюдается дефицит подходящих для данной возрастной категории, что делает необходимой подготовку и внедрение в работу психологов центров социального обслуживания комплексной программы психопрофилактики стрессовых состояний.

Музыкальная терапия – признанный метод арт-терапии, в котором музыка используется для удовлетворения физических, эмоциональных, когнитивных и социальных потребностей людей. Благодаря музыкотерапии способности клиентов укрепляются и переносятся в другие сферы их жизни, предоставляя возможности для общения и выражения своих чувств, повышая мотивацию людей к участию в лечении.

Цель программы: повышение уровня резистентности к стрессу у пожилого человека, активизация существующих ресурсов, повышение уровня качества жизни.

Задачи:

- 1) максимально возможное снижения степени беспокойства и раздражительности;
- 2) снятие психоэмоциональной напряженности;
- 3) повышение уровня стрессоустойчивости.

Аудитория, на которую ориентирована программа: пожилые пациенты центров социального обслуживания, проходящие курс реабилитации. Возраст – 55–75 и более лет, при соответствии следующим критериям:

- отсутствие в истории болезней психических расстройств;

Продолжение Приложения Б

– хорошие слух и речь;
– способность к самостоятельному чтению и письму для полноценного диагностического исследования.

Длительность применения: 10 групповых сессий (периодичность – один раз в два дня).

Прогнозируемая результативность:

- 1) повышение уровня резистентности к стрессу;
- 2) снижение степени нервно-психического напряжения;
- 3) максимально возможная нормализация психоэмоционального состояния.

Структура программы по оздоровлению отдыхающих социально-оздоровительного центра методом музыкотерапии

Этапы программы:

1. Психодиагностическое исследование.
2. Групповые сеансы.
3. Индивидуальные консультации с отдыхающими.
4. Повторное психодиагностическое исследование.

Содержание работы

1. Психодиагностическое исследование:

Для комплексной диагностики стрессовых состояний у лиц пожилого возраста нами был применен ряд методик (Т. Холмса и Р. Раге, В.Ю. Рыбникова, Д. Амирхана, Ч.Д. Спилберга).

2. Групповые сеансы (10 сеансов).

Групповые сеансы музыкотерапии. Длительность: 30–35 мин.

Условия: кинозал, компьютер, телевизор, мягкая мебель для общего количества участников.

1 сеанс. Вокалотерапия (живая музыка, исполнение романсов)

Цель: активизация положительных эмоций из прошлого опыта.

Задачи:

- регуляция психоэмоционального состояния;
- создание условий для осмысления прошлого опыта;
- активизация творческих проявлений.

2 сеанс. Живая музыка (аккордеон)

Цель: полное расслабление.

Продолжение Приложения Б

Задачи:

- эмоционально-эстетическое воздействие;
- оздоровление мочеполовой системы.

3 сеанс. Живая музыка (дуэт скрипки и гитары)

Цель: снятие раздражительности.

Задачи:

- снижение чувства тревоги;
- оздоровление желудочно-кишечного тракта.

4 сеанс. В.А. Моцарт «Симфония № 40»

Цель: снятие нервно-мышечного напряжения.

Задачи:

- успокоение нервной системы;
- стимулирование познавательных процессов.

5 сеанс. Л. ван Бетховен «Лунная соната»

Цель: снятие беспокойства, раздражительности.

Задачи:

- подъем настроения и обострение чувств;
- эмоциональное оздоровление личности.

6 сеанс. И.Б. Штраус «Сказки Венского леса»

Цель: позитивное восприятие жизни.

Задачи:

- снятие тревожности;
- поднятие жизненного тонуса.

7 сеанс. Ф.Ф. Шопен «Ноктюрн до-диез минор»

Цель: снятие тревоги, успокоение

Задачи:

- невербальное эмоциональное воздействие;
- усиление общего настроения.

8 сеанс. Л. ван Бетховен «Багатель ля-минор "К Элизе"»

Цель: внутренняя наполненность и полноценность самоощущений.

Задачи:

- позволить себе отвлечься от проблем;
- ощутить связь со своей внутренней сущностью.

Продолжение Приложения Б

9 сеанс. М.А. Хачатурян «Сюита Маскарад»

Цель: профилактика неврозов.

Задачи:

- успокаивающее действие музыки;
- восстановление энергетического равновесия.

10 сеанс. И.С. Бах «Итальянский концерт»

Цель: позитивное восприятие жизни, восхищение окружающим миром

Задачи:

- облегчение душевных переживаний;
- стимулирование положительных эмоций.

3. Индивидуальные консультации.

Индивидуальное психологическое консультирование осуществляется по запросу и желанию клиентов. Методы зависят от запроса.

4. Повторное психодиагностическое исследование.

Обратную связь о своем эмоциональном состоянии после курса музыкотерапии дает сам человек. Формой обратной связи могут служить те же психодиагностические методики.

Методы реализации программы

Отдыхающие прослушивают музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания. На одном занятии прослушивается три произведения (каждое по 10–15 мин). Программа музыкальных произведений строится на основе постепенного изменения эмоциональной нагрузки (агрессия – побуждение – разрядка). Такой подход обеспечивает постепенное выравнивание настроения человека.

Правила и требования к сеансам музыкотерапии:

1. Человек должен расслабиться перед началом сеанса.
2. Лечение музыкой не должно вызывать усталость.
3. Громкость музыки не должна быть ни высокой, ни низкой, чтобы не перегружать нервную систему.
4. Для полного усвоения лечебной музыки после ее прослушивания необходима пауза.
5. Каждый сеанс завершается обсуждением.

Продолжение Приложения Б

Заключение

Музыкотерапия может быть отличным средством профилактики, помогать людям пожилого возраста жить и быть счастливыми. Музыкотерапия обладает оздоровительным воздействием на человека.

Приятные эмоции, вызываемые во время сеансов музыкотерапии, улучшают кровообращение, усиливают внимание, тонизируют центральную нервную систему.

Использование музыкотерапии в целях социальной реабилитации пожилых людей представляется целесообразным, так как она влияет на изменение динамики их эмоциональных состояний, создает условия для поднятия и укрепления духа, восстанавливает навыки позитивного мышления и общения.

Приложение В

Мониторинг программы

Таблица В.1 – Результаты диагностики сеансов музыкотерапии

Дата проведения сеансов	Название занятия	Цель занятия	Количество участников	Достигнутые результаты (сведения из протокола наблюдения)		
				Критерий оценивания	Проявления (число)	Процент
09.10	Улучшаем сердечный ритм, лечим бронхо-легочные заболевания, гайморит, а также исцеляем душу	Сеанс 1 Вокалотерапия Активизация положительных эмоций. Исполнение русских романсов и отечественных шлягеров под аккомпанемент гитары: «Сережка ольховая»; «Виноградная косточка»; «Живет моя отрада»; «Ах ты, душечка!» «Тополя, тополя, в город мой влюбленные»; «Васильки»; «Три года ты мне снилась»; «На крылечке твоём»; «Солнышко лесное»; «Я спросил у ясеня»; «Если у вас нету тети»; «Олеся»	20	Интерес к мероприятию	20	100
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	20	100
				Включились в обсуждение после сеанса	15	75
11.10	Восстанавливаем потенцию у мужчин, оказываем влияние на мочеполовую систему, легкие и толстую кишку	Сеанс 2 Расслабление, устранение усталости. Прослушивание известных зарубежных произведений в исполнении саксофониста: «Как глубока твоя любовь»; «Черный орфей»; «Чувства»; «Бабье лето»; «Тень твоей улыбки»; «Осенние листья»; «История любви»; «Ностальгия»; «Леди в красном»; «Девушка из Ипанимы» «Сувенир»; «Джорджия»; «Вчера»; «Целуй меня крепче»; «Долгая дорога в дюнах»	20	Интерес к мероприятию	20	100
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	18	90
				Включились в обсуждение после сеанса	13	65

Продолжение Приложения В

Продолжение таблицы В.1

13.10	Улучшаем память, сердечно-сосудистую систему, снимаем нервное напряжение, учимся доброте и сострадательности	Сеанс 3 Релаксация, саморегуляция. Прослушивание известных современных зарубежных произведений в исполнении дуэта скрипача и гитариста: «Лето»; «Завораживающий ритм»; «Человек, которого я люблю»; «Солнечный»; «Отправляйся в путь, Джек!» «Хорошее самочувствие»; «Мой путь» «Незнакомцы в ночи»; «Люби меня нежно»; «Какой чудесный мир»; «Лунная река»; «Нет никакого солнечного света»; «ОТЕЛЬ «КАЛИФОРНИЯ»	20	Интерес к мероприятию	16	80
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	18	90
				Включились в обсуждение после сеанса	15	75
15.10	Лечим неврозы, депрессию, головную боль	Сеанс 4 Расслабление организма, снятие мышечных зажимов. Просмотр видео слайдов с классическими произведениями: Г.В. Свиридов «Метель»; В.А. Моцарт «Симфония № 40»; П. Сенневилль «Брак любви»	20	Интерес к мероприятию	20	100
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	19	95
				Включились в обсуждение после сеанса	14	70
17.10	Уменьшаем раздражительность, степень разочарования, повышаем чувство принадлежности к прекрасному миру природы	Сеанс 5 Рождение чувства гармонии с окружающей действительностью. Просмотр видео слайдов с классическими произведениями: Л. ван Бетховен «Лунная соната»; И.С. Бах «Органная токката и фуга (ре -минор)»; П.И. Чайковский «Вальс цветов»	20	Интерес к мероприятию	20	100
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	20	100
				Включились в обсуждение после сеанса	11	55
19.10	Уменьшаем чувство тревоги и неуверенности	Сеанс 6 Позитивное восприятие жизни. Просмотр видео слайдов с классическими произведениями: М.К. Огинский «Прощание с Родиной»; Т. Д. Альбинони «Адажио»; И.Б. Штраус «Сказки Венского леса»	20	Интерес к мероприятию	19	95
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	18	90
				Включились в обсуждение после сеанса	10	50

Продолжение Приложения В

Продолжение таблицы В.1

22.10	Для общего успокоения, удовлетворения	Сеанс 7 Успокоение, разрешение внутреннего конфликта, стабилизация психоэмоционального состояния. Просмотр видео слайдов с классическими произведениями: Ф.Ф. Шопен «Ноктюрн до-диез минор»; Ф.П. Шуберт «Ave Maria!»; И.Б. Штраус «На прекрасном голубом Дунае»	20	Интерес к мероприятию	18	90
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	16	80
				Включились в обсуждение после сеанса	11	55
24.10	Для поднятия общего жизненного тонуса	Сеанс 8 Улучшение самочувствия, активности, настроения. Просмотр видео слайдов с классическими произведениями: Л. ван Бетховен «Багатель ля-минор «К Элизе»; Ф. Лист «Венгерская рапсодия № 2»; Л. ван Бетховен «Увертюра Эгмонт»	20	Интерес к мероприятию	17	85
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	15	75
				Включились в обсуждение после сеанса	9	45
26.10	Для уменьшения головной боли, связанной с эмоциональным напряжением	Сеанс 9 Снятие эмоционального напряжения. Просмотр видеослайдов с классическими произведениями: В.А. Моцарт «Дон Жуан»; Ф. Лист «Венгерская рапсодия № 1»; А. Хачатурян – сюита «Маскарад»	20	Интерес к мероприятию	18	90
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	17	85
				Включились в обсуждение после сеанса	10	50
27.10	Для уменьшения злобности и зависти	Сеанс 10 Профилактика агрессивности. Просмотр видеослайдов с классическими произведениями: И.С. Бах «Итальянский концерт»; Й. Гайдн «Симфония №103»; Я. Сибелиус «Симфоническая поэма «Финляндия»	20	Интерес к мероприятию	18	90
				Положительные эмоции в течение звучания всех композиций сеанса	17	85
				Включились в обсуждение после сеанса	10	50