

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

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра

Педагогика и психология

(наименование)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки / специальности)

Психология

(направленность (профиль) / специализация)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА  
(БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)**

на тему Исследование тревожности у лиц пожилого и старческого возраста

Обучающийся

В.В. Филиппенко

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. психол. наук, Т.В. Чапала

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Тольятти 2025

## **Аннотация**

Данная работа посвящена исследованию тревожности у лиц пожилого возраста. Актуальность исследования обусловлена противоречием между повышением средней продолжительности жизни и сохранением психоэмоционального здоровья пожилых людей. Тревожные расстройства существенно снижают качество жизни, ограничивают социальную адаптацию и повышают риск психосоматических расстройств. При этом, по мнению М.В. Ермолаевой, проблемам психологии пожилого возраста в целом уделяется недостаточно внимания, лишь 10 % исследований в психологии развития проведено в этом направлении [11]. Данный факт подчеркивает недостаток внимания к этой проблеме. Целью данной работы является эмпирически проверить эффективность составленной программы психологической коррекции, направленной на снижение уровня тревожности и повышение психоэмоционального благополучия лиц пожилого возраста.

В исследовании решаются следующие задачи:

- изучить теоретические основы тревожности у пожилых людей и выявить основные факторы, способствующие ее развитию;
- апробировать систему методов, направленных на снижение уровня тревожности у пожилых людей, и оценить их эффективность;
- провести этапы исследования эффективности используемых методов и проанализировать изменения в уровне тревожности у пожилых людей после их применения.

Бакалаврская работа имеет новизну и практическую значимость; состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (48 источников) и приложений.

Текст бакалаврской работы изложен на 61 странице. Объем всей работы с приложениями составил 87 страниц. Работа иллюстрирована рисунками и таблицами.

## Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы тревожности у лиц пожилого возраста .....	8
1.1 Психологические и социальные особенности тревожности у пожилых людей .....	8
1.2 Факторы, влияющие на развитие тревожности у людей пожилого возраста .....	12
1.3 Модели диагностики тревожности у пожилых людей: подходы и методики .....	20
Глава 2 Экспериментальное исследование тревожности у лиц пожилого возраста.....	24
2.1 Оценка уровня тревожности у людей пожилого возраста с использованием диагностических методик.....	24
2.2 Разработка и апробация программы снижения тревожности у пожилых людей .....	34
2.3 Оценка эффективности предложенных методов в снижении тревожности у пожилых людей.....	50
Заключение.....	59
Список используемой литературы.....	63
Приложение А Список участников экспериментальной и контрольной групп.....	68
Приложение Б Описание диагностических методик и программ снижения тревожности.....	69
Приложение В Протоколы обследования всех участников исследования на контрольном этапе.....	78
Приложение Г Протоколы обследования всех участников исследования на констатирующем этапе.....	83

## Введение

Тревожность является одной из ключевых характеристик психоэмоционального состояния человека, приобретая особую значимость в пожилом возрасте, когда происходят значительные изменения в физическом, психологическом и социальном функционировании [10], [22]. Этот период жизни сопровождается физиологическими ограничениями, хроническими заболеваниями, снижением когнитивных функций, а также социальными вызовами, такими как утрата социальной роли, изоляция и экономическая нестабильность. Тревожность у пожилых людей проявляется в виде устойчивого беспокойства, страхов, связанных со старостью, здоровьем или будущим, а также физических симптомов, таких как бессонница, тахикардия и повышенная утомляемость, что существенно снижает качество жизни и затрудняет адаптацию к возрастным изменениям [35]. В условиях глобального демографического старения, когда, по данным Росстата за 2023 год, лица старше 60 лет составляют около 25,6% населения Российской Федерации, вопросы психоэмоционального благополучия пожилых становятся приоритетными для общества и науки.

Исходя из актуальности данной проблемы, определили противоречие между повышением средней продолжительности жизни и сохранением психоэмоционального здоровья пожилых людей.

Проявленное противоречие определяет проблему исследования: между необходимостью снижения уровня тревожности у лиц пожилого возраста и недостаточной проработанностью методов профилактики и коррекции тревожности.

Проявленное противоречие определяет проблему исследования: каковы эффективные методы профилактики и коррекции тревожности у лиц пожилого возраста? Это противоречие и стало основанием для выбора темы исследования: «Исследование тревожности у лиц пожилого возраста».

Цель исследования: эмпирически проверить эффективность составленной программы психологической коррекции, направленной на снижение уровня тревожности и повышение психоэмоционального благополучия лиц пожилого возраста.

Объект исследования: процесс тревожности.

Предмет исследования: процесс тревожности у лиц пожилого возраста.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что разработанный и реализованный нами комплекс психотерапевтической коррекции будет эффективен в снижении уровня тревожности у лиц пожилого и возраста, если:

- включить в программу когнитивно-поведенческую терапию, направленную на устранение иррациональных убеждений и формирование позитивного образа будущего;
- реализовать элементы арт-терапии, позволяющие выразить эмоции и снизить внутреннюю напряженность;
- предусмотреть взаимодействие с семьей и социальным окружением, обеспечивающее поддержание положительного настроения и уменьшающее социальную изоляцию.

Задачи исследования:

- изучить теоретические основы тревожности у лиц пожилого и выявить основные методы, способствующие ее снижению;
- выявить ключевые психологические, социальные и физические факторы, влияющие на уровень тревожности у пожилых людей, с учетом современных вызовов (постпандемийный стресс, цифровизация);
- оценить уровень ситуативной и личностной тревожности у пожилых людей с использованием адаптированных психодиагностических методик, таких как шкала Спилбергера-Ханина и опросник Тейлора;
- разработать и апробировать программу психотерапевтической коррекции, включающую когнитивно-поведенческую терапию и

элементы арт-терапии, адаптированную к возрастным особенностям пожилых людей;

– оценить эффективность предложенной программы по показателям уровня тревожности, психоэмоционального состояния и качества жизни, а также сформулировать рекомендации для психологов, социальных работников и других специалистов, работающих с пожилыми.

Для решения поставленных задач были использованы методы исследования: анализ литературы по вопросам психологических проблем, наблюдение, этапы исследования, а также качественный и количественный анализ эмпирических данных.

Существующие исследования тревожности (Ч.Д. Спилбергер, А.М. Прихожан, К. Хорни, Л. Анн, Н.Д. Левитов, В.М. Астапов, К. Изард, З. Фрейд) и психологии пожилого возраста (И.Г. Малкина-Пых, О.В. Краснова, Т.А. Немчин) заложили теоретическую основу для понимания тревожности как многофакторного феномена, включающего личностные и ситуативные аспекты [30].

Новизна исследования заключается в том, что комплексный подход к изучению тревожности у пожилых с учетом современных факторов, таких как постпандемийный стресс и цифровизация направлены на интеграцию когнитивно-поведенческой терапии и арт-терапии, с учетом возрастных особенностей.

Теоретическая значимость исследования заключается в глубоком анализе и обосновании психологических основ по снижению уровня тревожности у лиц пожилого возраста.

Практическая значимость состоит в разработке конкретных рекомендаций и применении методов психологической коррекции, а также в формулировке рекомендаций для специалистов, работающих с пожилыми людьми, что способствует снижению тревожности, улучшению психоэмоционального благополучия и качества жизни, а также поддержке

активного долголетия. В этом помогает комплексный подход к изучению тревожности, реализуемый в данном исследовании, у пожилых с учетом современных факторов.

Экспериментальная база исследования: Муниципальное бюджетное образовательное учреждение № 58 г. о. Тольятти, в котором приняли участие 30 респондентов пожилого возраста.

Структура работы: исследование состоит из следующих частей: введения, двух глав (теоретическая и экспериментальная), заключения, списка используемой литературы и приложений.

Текст бакалаврской работы дополнен таблицами, иллюстрациями и схемами, что помогает наглядно и логично представить основные результаты исследования.

## **Глава 1 Теоретические основы тревожности у лиц пожилого возраста**

### **1.1 Психологические и социальные особенности тревожности у пожилых людей**

Тревожность у пожилых людей является многогранным феноменом, обусловленным сочетанием различных психологических, социальных и физических факторов. Пожилые люди сталкиваются с множеством изменений в своей жизни, которые в совокупности могут привести к возникновению тревожных состояний. Важным аспектом этого процесса являются психологические изменения, связанные с утратой профессиональной идентичности. Пожилые люди постоянно испытывают потребность в помощи и поддержке. Нередко в данный период у людей появляется излишняя болтливость, а речь часто характеризуется лишними уточнениями и не всегда соответствует сути, что свидетельствует о недостатке общения [6]. После выхода на пенсию многие люди теряют свою роль активных участников трудовой жизни, что вызывает чувство неопределенности и тревоги. Работа, которая на протяжении многих лет была не только источником дохода, но и смыслом жизни, помогала поддерживать социальную вовлеченность и сохранять активную позицию в обществе, исчезает. Потеря этой роли приводит к пустоте и утрате чувства значимости, что усиливает тревожные переживания. Этот процесс сопровождается внутренним кризисом, где человек начинает переживать за свою значимость и необходимость в обществе, что вызывает повышенную тревожность [8], [23].

Потеря социальной роли и снижение социальной активности, а также ограниченные взаимодействия с коллегами и обществом становятся важными источниками стресса [12]. Люди, которые привыкли к активному участию в жизни, сталкиваются с дефицитом общения, что усиливает чувство



одинокости. Особенно это заметно у тех пожилых людей, у которых нет активной социальной сети или которые ограничены в общении только с ближайшими родственниками. Социальная изоляция становится катализатором психоэмоциональных расстройств, поскольку она не только снижает качество жизни, но и ограничивает возможности для адаптации к новым условиям жизни. Отсутствие взаимодействия с внешним миром может привести к усилению чувства беспомощности и беспокойства о своем будущем, что является основным фактором роста тревожности. В таких условиях тревога может принять форму беспокойства за свою значимость и принадлежность к социуму [6], [30].

Кроме того, физические изменения, связанные со старением, играют немаловажную роль в развитии тревожности у пожилых людей. Снижение физической активности и увеличение числа хронических заболеваний приводят к увеличению уязвимости организма. Пожилые люди начинают ощущать угрозу для своего здоровья и безопасности, что вызывает беспокойство и тревогу. Проблемы со здоровьем, хронические боли и общее снижение физической энергии усиливают психологическое напряжение, делая их более восприимчивыми к стрессу и тревоге. Часто тревога связана не только с конкретными физическими недомоганиями, но и с осознанием неизбежности ухудшения здоровья, что становится причиной постоянной беспокойства о своем будущем и безопасности. В такие моменты ощущение беспомощности и страха перед потерей независимости увеличивает психоэмоциональную нагрузку и способствует росту тревожных расстройств [13].

Социально-экономические факторы также играют значительную роль в развитии тревожности у пожилых людей. Финансовая нестабильность и зависимость от пенсии становятся важными источниками стресса. Снижение доходов, ухудшение финансовой ситуации и необходимость зависеть от ограниченных средств может существенно снизить качество жизни пожилого

человека, особенно если у него нет возможности покрыть расходы на медицинские услуги или повседневные нужды. Это вызывает неуверенность в своем будущем и ощущение беспомощности, что усиливает тревогу. Пожилые люди, испытывающие трудности с финансами, становятся более уязвимыми к развитию тревожности, поскольку они беспокоятся о своей безопасности и благополучии, особенно если вынуждены просить помощи у родственников или не могут самостоятельно обеспечивать себя в случае болезни [20].

Еще одним значимым фактором является социальная изоляция, которая оказывает негативное влияние на психоэмоциональное состояние пожилых людей. Со временем многие из них оказываются вдали от активных социальных групп, что способствует возникновению чувства ненужности и одиночества. Эти чувства усиливают уровень тревожности и могут привести к депрессии. Пожилые люди, лишенные социальных связей, часто ощущают себя изолированными от общества и даже становятся обузой для своих близких. Это еще больше увеличивает их тревожность и приводит к развитию психоэмоциональных расстройств. Исследования показывают, что высокий уровень одиночества у пожилых людей напрямую связан с их повышенной тревожностью, что еще раз подчеркивает важность социальной активности и поддержания контактов с внешним миром [5].

Таким образом, тревожность в пожилом возрасте формируется на основе сложного взаимодействия различных факторов, таких как утрата социальной и профессиональной роли, физическое ухудшение здоровья, финансовая нестабильность и социальная изоляция [22]. Все эти факторы в комплексе создают условия для возникновения постоянной тревожности, которая постепенно становится частью повседневной жизни пожилого человека. Важно отметить, что своевременная психологическая поддержка, создание условий для активного социального взаимодействия и поддержания физического здоровья могут существенно снизить уровень тревожности, что

поможет улучшить качество жизни в старости и снизить влияние негативных факторов на психоэмоциональное состояние пожилых людей [11].

Данная возрастная категория характеризуется рядом важных характеристик, которые необходимо учитывать при изучении тревожности:

- данный возрастной период характеризуется переоценкой жизненных ценностей, ощущением конечности существования и необходимости подведения итогов прожитой жизни, тем самым нередко приводят к внутреннему конфликту и чувству тревоги;
- происходит ослабление когнитивных функций, что может приводить к проблемам с памятью, концентрацией и принятием решений, вызывая дополнительное беспокойство;
- утрата профессиональной идентичности и социальной роли, вызванные выходом на пенсию, провоцирует чувство бесполезности и снижает самооценку, что усиливает тревожность;
- появляются тенденции к социальной изоляции и ограничению круга общения, что оказывает отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние и способно усилить чувство одиночества и тревоги;
- ослабление семейных связей и уход из активной социальной жизни создают вакуум коммуникации, снижая защитные механизмы против тревожности;
- наличие негативных стереотипов в обществе («старый значит больной») накладывает отпечаток на самовосприятие пожилых людей, вызывая дополнительный стресс и тревожность;
- снижение физических возможностей и увеличение частоты хронических заболеваний оказывают прямое влияние на настроение и самочувствие пожилых людей, заставляя беспокоиться о своем здоровье и будущей жизни;

- изменения гормонального баланса и уменьшение чувствительности нервной системы делают пожилых людей более восприимчивыми к различным видам стресса и тревожности;
- ограниченные пенсионные выплаты и невысокий доход формируют финансовую нестабильность, что увеличивает тревожность и внутреннее напряжение;
- повышенная чувствительность к экономическим колебаниям и инфляции вынуждает пожилых людей переживать за свое будущее и возможности удовлетворения базовых нужд [1].

Таким образом, в контексте исследования пожилого возраста важно учитывать совокупность перечисленных факторов, так как они непосредственно влияют на проявление тревожности и формирование индивидуальной картины психоэмоционального состояния пожилых людей. Данные особенности позволяют глубже понять причины и механизмы развития тревожности у пожилых людей и создать более точные и действенные программы коррекции и профилактики тревожных состояний.

## **1.2 Факторы, влияющие на развитие тревожности у людей пожилого возраста**

Развитие тревожности у пожилых людей является результатом взаимодействия множества факторов, как внутреннего, так и внешнего характера. Эти факторы можно условно разделить на психологические, социальные и физические, причем каждый из них вносит свой вклад в формирование тревожного состояния у пожилых людей [3].

Психологические факторы включают изменения, происходящие в восприятии собственного возраста, утрату идентичности, а также осознание неизбежных изменений в жизни. В старости многие люди сталкиваются с кризисом идентичности, когда теряют свою профессиональную роль, что

ведет к снижению самооценки и тревоге о будущем. Это особенно актуально для тех, кто привык к активной трудовой деятельности и общественному признанию [42]. Выход на пенсию или утрата социальных ролей может привести к чувству беспомощности и социальной изоляции, что значительно повышает уровень тревожности.

Социальные факторы имеют не менее важное значение. Пожилые люди часто сталкиваются с ограничением социальных контактов, что ведет к ощущению одиночества и изоляции. Потеря близких, сокращение круга общения, а также проблемы с адаптацией к изменениям в социальной жизни усиливают чувство тревоги. Важно, что социальная изоляция у пожилых людей может стать катализатором не только тревожных расстройств, но и депрессии [9]. Примечательно, что депрессия и тревожность связаны только с субъективным одиночеством, оценкой эмоционального состояния пожилых. Этот результат может свидетельствовать о принятии социально изолированными пожилыми ограниченного числа социальных контактов и некоторой психологической адаптации к этому состоянию [14]. Ограниченные возможности для социальной вовлеченности, отсутствие активных друзей и поддерживающих отношений значительно повышают риски развития тревожности.

Физические изменения, такие как ухудшение здоровья и снижение физической активности, также играют важную роль в развитии тревожности у пожилых людей. С возрастом увеличивается вероятность возникновения хронических заболеваний, болей и общего снижения подвижности. Эти изменения могут вызвать чувство беспокойства и страха перед ухудшением состояния здоровья, что в свою очередь усиливает тревожность [15]. Проблемы со здоровьем, страх перед возможными болезнями, зависимость от ухода и медицинских услуг становятся основными источниками тревоги для пожилых людей, снижая их качество жизни и психоэмоциональное благополучие.

Одним из ведущих психологических факторов, влияющих на развитие тревожности у людей старшего возраста, является утрата профессиональной идентичности. Для большинства пожилых людей трудовая деятельность является важной составляющей их жизни, дающей не только материальное благополучие, но и социальный статус. Выход на пенсию, как правило, сопровождается утратой этой роли, что может привести к значительному снижению самооценки и возникновению чувства беспомощности. Этот процесс часто вызывает ощущение беспокойства о будущем, снижая уверенность в себе и в своих силах, что значительно усиливает тревожные переживания [8], [23].

Социальные факторы также играют важную роль в развитии тревожности у пожилых людей. Потеря социальной роли и снижение активности становятся основными источниками стресса. Важно, что в старости человек может столкнуться с ограничением общения, что усугубляется отсутствием значимых социальных связей или сокращением их круга, что усиливает чувство одиночества. Основные причины нервного напряжения и стрессовых состояний у лиц пожилого возраста заключаются в изменившемся жизненном ритме, резком сужении круга общения. Зачастую уход от активной трудовой деятельности приводит к тому, что индивид замыкается к себе и даже начинает избегать общения с близкими людьми, полагая, что те не смогут его понять [16]. Таким образом, одиночество становится сильным потрясением для многих пожилых людей. Однако наиболее важными в процессе старения оказываются психологические факторы, которые отражают осознание одиночества как непонимание и безразличие со стороны окружающих. Соответственно, у многих пожилых людей формируется острый внутриличностный конфликт и когнитивный диссонанс, при котором они перестают принимать старость как продуктивную часть жизни [6].

Не менее важным фактором, влияющим на тревожность в старости, является ухудшение физического здоровья. В пожилом возрасте организм подвергается естественным изменениям, что сопровождается увеличением числа хронических заболеваний, снижением подвижности и общего физического состояния. Эти изменения связаны с естественным процессом старения, который включает в себя ухудшение работы различных систем организма: сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной и других. В результате, пожилые люди начинают сталкиваться с новыми физическими ограничениями, которые могут значительно повлиять на их образ жизни и способность выполнять привычные действия [17].

Для многих пожилых людей проблемы со здоровьем становятся причиной постоянной тревоги, связанной с состоянием их здоровья и возможными опасностями для жизни. Многие заболевания становятся не только физическим, но и психологическим бременем, так как постоянные боли или ухудшение состояния здоровья требуют частых медицинских вмешательств и наблюдений. Пожилые люди начинают ощущать свою уязвимость перед болезнями, что порождает усиленное беспокойство о своем будущем и страх перед возможными последствиями ухудшения здоровья. Это чувство неуверенности может накапливаться и проявляться в виде постоянного стресса, что приводит к повышенному уровню тревожности [24].

Особенно остро тревога переживается при хронических заболеваниях, таких как артрит, гипертония, диабет, а также при старении опорно-двигательной системы, когда движения становятся ограниченными, а болевой синдром усиливается. Это приводит к росту страха перед потерей физической независимости. Когда пожилые люди начинают осознавать, что они уже не могут выполнять базовые повседневные задачи самостоятельно, это вызывает сильные эмоциональные переживания. Тревога становится более интенсивной, если возникают опасения по поводу того, что они будут зависеть

от помощи других людей или в случае болезни не смогут обслуживать себя без внешней помощи [41].

Кроме того, болезни и ограниченные физические возможности ведут к росту чувства одиночества, особенно если пожилой человек испытывает трудности с мобильностью и не может свободно выходить из дома или поддерживать прежние социальные связи. Ограниченность в движении и взаимодействии с окружающими усиливает чувство изоляции и беспокойства о будущем. Люди начинают переживать, что они могут стать обузой для своих близких, что усиливает их тревожность. Страх быть зависимым от окружающих, а также боязнь потери контроля над собственным телом создают дополнительное психологическое напряжение, которое становится хроническим [26].

Таким образом, физическое ухудшение здоровья является одним из главных факторов, способствующих развитию тревожности у пожилых людей. Это связано не только с изменениями в теле, но и с осознанием своих ограничений, потери независимости и возможной зависимости от окружающих. Все эти факторы усиливают тревогу и беспокойство о будущем, создавая психологическую нагрузку, которая требует своевременной психологической поддержки и комплексного подхода к решению проблем здоровья и социального взаимодействия [13]. Д.Б. Бромлей выделяет пять видов стратегий приспособительных реакций в пожилом возрасте: конструктивная стратегия, стратегия пассивной зависимости, стратегия оборонительно-приспособительная, враждебная стратегия, стратегия самобичевания [44].

Финансовые проблемы и нестабильность также становятся значимыми социально-экономическими факторами, способствующими развитию тревожности у пожилых людей. Пожилые люди, зависящие от пенсии и ограниченного дохода, часто сталкиваются с трудностями, связанными с



обеспечением своих базовых потребностей, что становится причиной значительного стресса. В условиях ограниченных финансовых ресурсов они вынуждены пересматривать свои привычки, ограничивать расходы и делать выбор в пользу самых необходимых вещей, что ухудшает их качество жизни и вызывает тревогу. Особенно сложно адаптироваться тем пожилым людям, чьи пенсии не покрывают даже минимальных потребностей, что заставляет их чувствовать себя незащищенными и беспомощными [27].

Кроме того, с возрастом увеличиваются расходы на медицинское обслуживание, что становится значительным источником стресса. Повышенные медицинские затраты, необходимость в постоянных визитах к врачам, покупка лекарств и поддерживающих средств, таких как ортопедические устройства или протезы, значительно увеличивают финансовую нагрузку на пожилых людей. Пожилые люди часто оказываются в ситуации, когда их доходы не могут покрыть эти расходы, что приводит к ощущениям финансовой нестабильности и усиливает тревогу [40], [28]. Страх не справиться с возросшими расходами и не иметь возможности оплатить необходимые медицинские услуги усиливает беспокойство и приводит к длительному переживанию [32].

Кроме того, тревога, вызванная такими факторами, может значительно повлиять на психоэмоциональное состояние пожилого человека. Постоянные переживания по поводу финансовых трудностей приводят к снижению общего уровня благополучия и ухудшению психоэмоционального состояния. Тревожность, возникающая на фоне нестабильного материального положения, может привести к развитию хронического стресса, депрессии и других психоэмоциональных расстройств [19]. Пожилые люди, переживающие за свое будущее и финансовое положение, могут испытывать чувство беспомощности и безысходности, что усиливает их тревожность и страхи [34].

Этот тип тревожности имеет долгосрочные последствия, поскольку он может постепенно перерасти в постоянное состояние стресса, влияющее на

здоровье и качество жизни пожилого человека. Ощущение финансовой нестабильности снижает чувство безопасности и уверенности, что в свою очередь негативно влияет на общий психологический климат пожилых людей и требует более глубокого внимания и поддержки со стороны социальной и медицинской службы. Важно, чтобы поддержка в вопросах финансового благополучия была оказана своевременно, что может существенно снизить уровень тревожности у пожилых людей и улучшить их качество жизни [20].

Кроме того, еще одним значимым фактором, способствующим развитию тревожности у пожилых людей, является влияние хронического стресса, связанного с периодом старения. В старости люди часто сталкиваются с множеством потерь, которые становятся значимыми источниками стресса. Это может быть утрата близких, друзей, а также утрата социальной роли и физической активности. Потери, такие как смерть супругов, друзей или близких родственников, являются одними из самых тяжелых переживаний для пожилых людей. Они сопровождаются не только горем, но и глубокой тревогой, поскольку утрата связана с потерей поддержки, общения и социального окружения. Пожилые люди, лишившиеся значимых людей в своей жизни, могут переживать сильное одиночество, которое становится катализатором тревожных расстройств. Это одиночество часто усиливается по мере старения, когда круг общения ограничивается, а новые связи становятся труднее завести из-за возраста или физических ограничений [20], [39].

Ухудшение качества жизни – это еще один важный аспект, который приносит с собой старение. И.А. Аршавский под старением понимает физиологические процессы, которые первично не являются заболеваниями, однако приводят к ограничению функциональных возможностей организма и снижению его устойчивости к внешним воздействиям [4]. Это касается как физического состояния, так и общего восприятия жизни. Пожилые люди часто сталкиваются с ухудшением здоровья, ограничением подвижности, снижением жизненной энергии, что снижает их способность вести привычный

образ жизни. Эти изменения могут вызвать чувство беспомощности и потери контроля, что значительно увеличивает тревожность. Психологический дискомфорт, вызванный этими потерями, порой становится хроническим и затрудняет адаптацию человека к новым жизненным обстоятельствам [21]. Например, человек, который ранее мог активно участвовать в общественной жизни, теперь сталкивается с физическими или социальными ограничениями, что вызывает у него ощущение изоляции и внутреннего беспокойства [36].

Часто переживания о потере социальной роли и ухудшении качества жизни становятся настолько сильными, что они превращаются в хроническую тревогу [39]. Это состояние затрудняет адаптацию пожилого человека к изменяющимся условиям и новым жизненным обстоятельствам, что усугубляет его психологическое состояние. Устаревшие социальные нормы, на которых основывается отношение общества к пожилым людям, также могут усиливать тревожность. Например, в некоторых культурах пожилые люди могут чувствовать себя ненужными или отставшими от социальной жизни, что приводит к снижению их самооценки и увеличению страха быть изолированным или оставленным [43].

Зачастую, пожилые люди испытывают тревогу и беспокойство, фобии, на постоянной основе. К сожалению, по ряду причин пожилые люди с тревожными расстройствами часто не получают необходимой помощи. Некоторые испытывали тревогу всю жизнь и считают ее нормой. Постоянное беспокойство может привести к когнитивным нарушениям, ухудшению физического здоровья и даже инвалидности. Тревожность в пожилом и позднем возрасте человек может быть связана с тем, что пожилые люди чувствуют себя глубоко несчастными, одинокими, считают «обузой» для близких, «досадой» для молодых, а также со своим постоянным нахождением в социальных учреждениях [29]. Отсутствие поддержки в трудные моменты также становится важным фактором, усиливающим тревожность у пожилых людей. В некоторых случаях пожилые люди сталкиваются с недостаточной

поддержкой со стороны родственников, друзей или общества в целом. Это отсутствие поддержки, будь то эмоциональная или физическая помощь, еще больше усиливает чувство беспокойства, особенно в периоды переживания потерь. Когда пожилой человек чувствует себя забытым и изолированным, это существенно ухудшает его психоэмоциональное состояние, приводя к усилению тревоги и депрессии [45].

Таким образом, хронический стресс, вызванный потерями и ухудшением качества жизни, является важным фактором, способствующим развитию тревожности у пожилых людей. Эти стрессовые ситуации могут стать причиной долгосрочных психологических расстройств, и требуют своевременной и эффективной психологической помощи для снижения уровня тревожности и улучшения качества жизни пожилых людей [5].

В заключение, можно отметить, что тревожность у пожилых людей возникает на фоне взаимодействия различных факторов, которые влияют как на их физическое состояние, так и на психоэмоциональное благополучие. Психологические, социальные и физические изменения, с которыми сталкиваются пожилые люди, усиливают ощущение тревоги и беспокойства, влияя на их качество жизни. Чтобы помочь снизить уровень тревожности, необходимо создавать условия для активного социального участия, обеспечивать психологическую поддержку и следить за физическим здоровьем этой категории населения.

### **1.3 Модели диагностики тревожности у пожилых людей: подходы и методики**

Диагностика тревожности у пожилых людей представляет собой важный аспект в психологии старости, так как позволяет не только выявить уровень тревожности, но и установить причины ее возникновения, а также подобрать соответствующие методы лечения и психологической поддержки

[31]. Существует несколько подходов к диагностике тревожности у пожилых людей, каждый из которых включает в себя использование специфических методик и инструментов для оценки психоэмоционального состояния. Одним из наиболее известных методов является шкала тревожности Спилбергера, которая используется для оценки как реактивной, так и личностной тревожности [38]. Этот метод позволяет оценить, как текущие переживания, так и устойчивые черты личности, что позволяет более точно понять природу тревожных расстройств у пожилых людей. По мере становления личности человек постепенно освобождается от непосредственного подчинения влияниям окружающей среды, что позволяет ему сознательно видоизменить как эту среду, так и самого себя [7], [15]. Методика Спилбергера активно используется для оценки тревожности среди различных возрастных категорий, включая пожилых людей, и позволяет получить достоверные результаты, которые способствуют определению уровня тревожности, важного для разработки корректирующих мер.

Применение клинического интервью в сочетании с другими методами, такими как Шкала тревожности Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) и дополнительные инструменты, является эффективным подходом для комплексной диагностики тревожности у пожилых людей. Этот комбинированный метод позволяет получить более полную картину состояния пациента, учитывая субъективные переживания, поведенческие проявления и контекст жизни. Клиническое интервью служит основой диагностики, позволяя установить доверительные отношения с пациентом; собрать анамнез (жизненные события, хронические заболевания, социальная ситуация); выявить субъективные жалобы, включая соматические симптомы, которые могут быть связаны с тревогой; провести дифференциальную диагностику (отличить тревогу от депрессии, деменции или побочных эффектов лекарств) [46].

Пример вопросов в интервью:

– «Бывают ли ситуации, когда вы чувствуете сильное беспокойство или нервозность? Можете описать, что происходит в такие моменты?»;

— «Замечали ли вы физические изменения, например, учащенное сердцебиение или проблемы со сном, когда беспокоитесь?»;

– «Что в вашей жизни сейчас вызывает наибольшее напряжение?»

Данный метод имеет ряд преимуществ для пожилых: во-первых, гибкость (можно адаптировать вопросы под когнитивный уровень и физическое состояние), во-вторых, учет контекста: интервью выявляет факторы, которые опросники могут упустить (например, утрата близких, социальная изоляция).

Однако данный метод имеет ряд ограничений. К ним относятся субъективность, которая зависит от способности пациента вербализировать переживания, время – требует 20–40 минут, что может утомить пожилого человека.

Кроме того, важным методом диагностики является анкета «Прогноз-2» для оценки нервно-психической устойчивости, автор В.Ю. Рыбников [29]. Анкета оценки нервно-психической устойчивости («Прогноз-2») представляет собой методику, разработанную В.Ю. Рыбниковым для выявления степени устойчивости индивида к воздействию психоэмоциональных нагрузок и стресса. Она была изначально создана специально для военнослужащих, поскольку именно эта категория лиц чаще всего сталкивается с ситуациями повышенного риска развития нервных расстройств. Однако впоследствии было установлено, что методика обладает высокой степенью валидности и надежности, что позволило расширить область ее применения и начать использовать среди различных групп населения [47].

Методика состоит из 86 закрытых альтернативных вопросов, каждый из которых предполагает выбор одного из двух вариантов ответа. Вопросы касаются различных аспектов поведения, эмоционального состояния, реакций на стрессовые ситуации и повседневные жизненные обстоятельства. По

результатам анкетирования вычисляется суммарный балл, отражающий уровень нервно-психической устойчивости респондента [48].

Используемые методики и подходы к диагностике тревожности позволяют не только выявить тревожные расстройства у пожилых, но и дать представление о глубине проблемы, а также помогают в разработке психотерапевтических и социальных программ, направленных на снижение уровня тревожности у пожилых людей и нормализации психического состояния [13].

Сложность диагностики заключается в том, что у пожилых людей часто наблюдается совмещение тревожности с другими психоэмоциональными расстройствами, такими как депрессия или апатия, что требует применения комплексного подхода в диагностике и лечении [20].

## **Глава 2 Экспериментальное исследование тревожности у лиц пожилого возраста**

### **2.1 Оценка уровня тревожности у людей пожилого возраста с использованием диагностических методик**

Тревожность у пожилых людей, обусловленная социальной изоляцией, ухудшением здоровья и финансовыми трудностями, требует комплексного изучения [33]. Для подтверждения теоретического положения о том, что для снижения тревожности у пожилых людей можно использовать определенные рекомендации, были проведены этапы исследования с лицами пожилого возраста на базе МБОУ №58 г. о. Тольятти. Общее количество испытуемых - 30 человек, среди них 10 мужчин и 20 женщин. Для проведения исследования была сформирована группа испытуемых в составе 30 человек, в возрасте от 60 до 75 лет. Мы определили, что у нас в работе будут принимать участие две группы, одна из которых будет задействована во время всего эксперимента (экспериментальная группа), а с помощью другой мы сможем сравнить полученные результаты (контрольная группа). 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;
- пол;



– проживание (одинок (а), наличие детей, внуков, партнеров).

Список участников экспериментальной и контрольной групп представлен в Приложении А.

На констатирующем этапе сформулирована основная цель: выявить основные факторы, влияющие на развитие тревожности у пожилых людей. Диагностические задания, основные критерии и показатели на данном этапе были разработаны с опорой на исследования Ч.Б Спилбергера, В.Ю. Рыбина, Ю.Л. Ханина и представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Диагностическая карта

Показатель	Диагностическая методика
Уровень ситуативной и личностной тревожности	Диагностическая методика 1 Шкала STAI (модификация методики Ч. Спилбергера)
Уровень нервно-психической устойчивости	Анкета В.Ю. Рыбникова «Прогноз-2»
Уровень субъективных факторов тревожности, таких как одиночество или проблемы со здоровьем	Диагностическая методика 3 «Клиническое интервью» (модификация методики Ю.Л. Ханина)

Согласно критериям и показателям была составлена таблица уровней тревожности у пожилых людей. Также представлены описания заданий диагностики и результаты эксперимента на констатирующем этапе.

Диагностическая методика 1 Шкала STAI (модификация методики Ч. Спилбергера) [37], [28].

Цель – выявить уровень ситуативной и личностной тревожности.

Материалы и оборудование: бланк опросника STAI (форма с 40 утверждениями: 20 для ситуативной тревожности и 20 для личностной тревожности); инструкция для обследуемого (письменная или устная); бланк

для записи ответов (может быть объединен с тестом); ключ для обработки результатов (таблица для подсчета баллов по каждой шкале); часы или таймер (для контроля времени, если требуется); ручка или карандаш; при необходимости – компьютер или планшет (если тест проводится в цифровом формате); помещение, обеспечивающее комфортные условия для прохождения теста (тишина, отсутствие отвлекающих факторов).

Проведение исследования производится индивидуально с каждым участником (допускается групповое).

Экспериментатор раздает участникам бланки опросника и письменные принадлежности и озвучивает инструкцию (можно выдать ее в письменном виде). Необходимо убедиться, что всем понятен порядок заполнения. Если исследование проводится в индивидуальной форме, необходимо контролировать процесс, при необходимости отвечать на вопросы; в групповой форме необходимо контролировать обстановку (тишина, отсутствие помех), следить за временем. На выполнение теста обычно отводится 10–15 минут. После заполнения собрать бланки для обработки результатов. В тесте STAI Ч. Спилбергера каждый вопрос оценивается по 4-балльной шкале, в зависимости от выраженности переживаний. Для ситуативной тревожности (как вы чувствуете себя сейчас) используется следующая шкала: 1 балл – совсем нет, 2 балла – немного, 3 балла – в значительной степени, 4 балла – очень сильно.

Для личностной тревожности (как вы себя обычно чувствуете) шкала несколько иная: 1 балл – почти никогда, 2 балла – иногда, 3 балла – часто, 4 балла – почти всегда.

В тесте есть позитивные и негативные утверждения. Для негативных утверждений баллы считаются напрямую (чем выше балл – тем выше тревожность). Для позитивных утверждений (например, «Я спокоен», «Я уверен в себе») – обратный подсчет:

1 балл – 4;

2 балла – 3;

3 балла – 2;

4 балла – 1.

Итог: подсчитываются баллы за первую и вторую часть отдельно, получается общий уровень ситуативной и личностной тревожности.

Ответы анализировались в соответствии со следующими критериями:

20–30 баллов – низкий уровень тревожности (спокойное эмоциональное состояние, хорошая стрессоустойчивость, уверенность);

31–45 баллов – средний уровень тревожности (умеренное беспокойство, возможная реакция на жизненные трудности, без выраженных нарушений);

46–60 баллов – высокий уровень тревожности (выраженная тревога, напряженность, риск развития тревожных расстройств, снижение адаптации).

После проведения диагностической методики 1 были получены результаты, представленные на рисунке 1.



Рисунок 1 – Количественные результаты по диагностической методике 1

Результаты исследования в экспериментальной группе показали, что низкий уровень ситуативной тревожности выявлен у 7% испытуемых (1

человек), что свидетельствует о хорошем умении справляться с тревогой в конкретной ситуации; средний уровень ситуативной тревожности отмечен у 33% испытуемых (5 человек), что указывает на умеренное переживание тревожных состояний при возникновении стрессовых ситуаций; высокий уровень ситуативной тревожности отмечен у 60% испытуемых (9 человек), что характеризует наличие повышенного тревожного состояния.

Низкий уровень личностной тревожности в контрольной группе показали 14% испытуемых (2 человека), что свидетельствует об общей эмоциональной стабильности и низкой предрасположенности к хроническому тревожному состоянию; средний уровень личностной тревожности наблюдается у 26% испытуемых (4 человека), что говорит о наличии умеренных личностных черт тревожности; высокий уровень личностной тревожности выявлен у 60% испытуемых (9 человек), что характеризует наличие повышенного тревожного состояния.

Таким образом, большинство участников исследования характеризуются высоким уровнем как ситуативной, так и личностной тревожности. Это указывает на низкую способность контролировать свое эмоциональное состояние как в отдельных ситуациях, так и на уровне устойчивых личностных характеристик. Низкий уровень тревожности выявлен в незначительном процентном соотношении, что свидетельствует о высокой способности контролировать свое эмоциональное состояние.

Диагностическая методика 2 Уровень нервно-психической устойчивости, анкета В.Ю. Рыбникова «Прогноз-2».

Цель: определить уровень нервно-психической устойчивости (НПУ), выявление отдельных признаков личностных нарушений и оценка вероятности возникновения нервно-психических срывов.

Материалы и оборудование:

- анкета, карандаш или ручка;
- инструкция для обследуемого – краткая устная формулировка задания;

- помещение – спокойная обстановка, достаточное освещение, удобные столы и стулья;
- часы – для фиксации общего времени выполнения задания.

Содержание. Организуется спокойная рабочая обстановка: тишина, испытуемому предоставляются листы бумаги формата А 4 и простой карандаш (чаще без ластика).

Экспериментатор готовит протокол для записи своих наблюдений (реакции, поведение, комментарии).

Инструкция обследуемому: вам предлагается ответить на 86 вопросов, направленных на выявление некоторых особенностей вашей личности. Будьте откровенны, долго не раздумывайте над содержанием вопросов, давайте естественный ответ, который первым придет вам в голову и помните, что нет «хороших» или «плохих» ответов. Если вы отвечаете «Да», поставьте в соответствующей клетке регистрационного бланка знак «+» (плюс), если вы выбрали ответ «Нет», поставьте знак «-» (минус). Внимательно следите за тем, чтобы номер вопроса анкеты и номер клетки регистрационного бланка совпадали; не пропускайте высказываний. По окончании эксперимента проводится анализ с опорой на данные критерии:

Обработка результатов начинается со шкалы искренности. Для этого на заполненный регистрационный бланк накладывают «ключ» и подсчитывают количество минусов, которые видны через прорези в «ключе». Полученное число соответствует значению шкалы искренности в баллах. Если анкетированный получил 10 и более баллов, то использовать данные анкеты не рекомендуется, а причины неискренности следует выяснить в процессе беседы.

Затем подсчитывается количество совпадений с «ключом» по шкале нервно-психической устойчивости. Количество полученных баллов переводят в «стэны». «Стэны» – это нормированная и центрированная оценка, которая получается при помощи стандартизации психофизиологических

показателей. Оценивают по следующей шкале, где 1–3 стэны – низкий уровень нервно-психической устойчивости, высокая вероятность нервно-психических срывов, необходима консультация психоневролога (невропатолога, психиатра); 4–6 стэнов – средний уровень нервно-психической устойчивости, существует вероятность нервно-психических срывов в напряженных, экстремальных ситуациях; 7–10 стэнов – высокий уровень нервно-психической устойчивости, нервно-психические срывы маловероятны. Для перевода баллов анкеты В. Ю. Рыбникова «Прогноз-2» в «стэны» используется стэновая шкала оценки нервно-психической устойчивости. Первичные показатели по шкале НПУ (нервно-психическая устойчивость): 43 и более – стэн 1; 37–42 – стэн 2; 33–36 – стэн 3; 29–32 – стэн 4; 23–28 – стэн 5; 19–22 – стэн 6; 15–18 – стэн 7; 11–14 – стэн 8; 9–10 – стэн 9; 8 и менее – стэн 10.

После проведения диагностической методики 2 были получены результаты, представленные на рисунке 2.

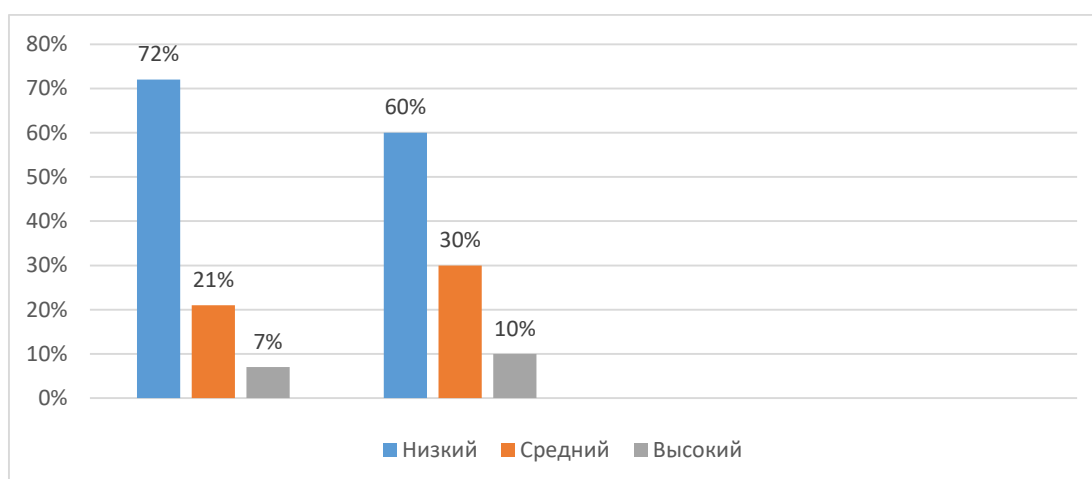


Рисунок 2 – Количественные результаты в контрольной группе по диагностической методике 2.

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. Низкий уровень НПУ выявлен у 10% участников, что составляет 1 человек от общего количества испытуемых. Уровень нервно-психической устойчивости близка к норме. Средний уровень НПУ наблюдается у 30% участников, а это 5 человек. умеренно выраженной способностью переносить эмоциональные нагрузки и реагировать на стрессовые факторы окружающей среды. Это значит, что люди с таким уровнем устойчивости обладают определенной выносливостью, но испытывают некоторые затруднения в поддержании эмоционального равновесия в условиях длительных напряжений или экстремальных ситуаций. Высокий уровень скрытой тревожности отмечен у 60% участников – это 9 человек. Эти участники обладают значительной устойчивостью к стрессовым ситуациям и эффективностью восстановления после эмоциональных перегрузок. Люди с высоким уровнем НПУ способны сохранять спокойствие, концентрацию и работоспособность даже в сложных обстоятельствах, сохраняя адекватность восприятия и действий. В экспериментальной группе мы получили следующие результаты: низкий уровень СПУ отмечены у 72% участников – 10 человек. Их уровень нервно-психической устойчивости близка к норме. Средний уровень СПУ проявили 4 человека, что отмечено люди с таким уровнем устойчивости обладают определенной выносливостью, но испытывают некоторые затруднения в поддержании эмоционального равновесия в условиях длительных напряжений или экстремальных ситуаций. Это свидетельствует о том, что люди с таким уровнем устойчивости обладают определенной выносливостью, но испытывают некоторые затруднения в поддержании эмоционального равновесия в условиях длительных напряжений или экстремальных ситуаций. Лишь 1 человек, что составило 7% наделен высоким уровнем нервно-психической устойчивости.

Диагностическая методика 3 «Клиническое интервью» (модификация методики Ю.Л. Ханина.

Цель: выявить уровень субъективных факторов тревожности, таких как одиночество или проблемы со здоровьем.

Результаты диагностической методики 3 представлены в рисунке 3.

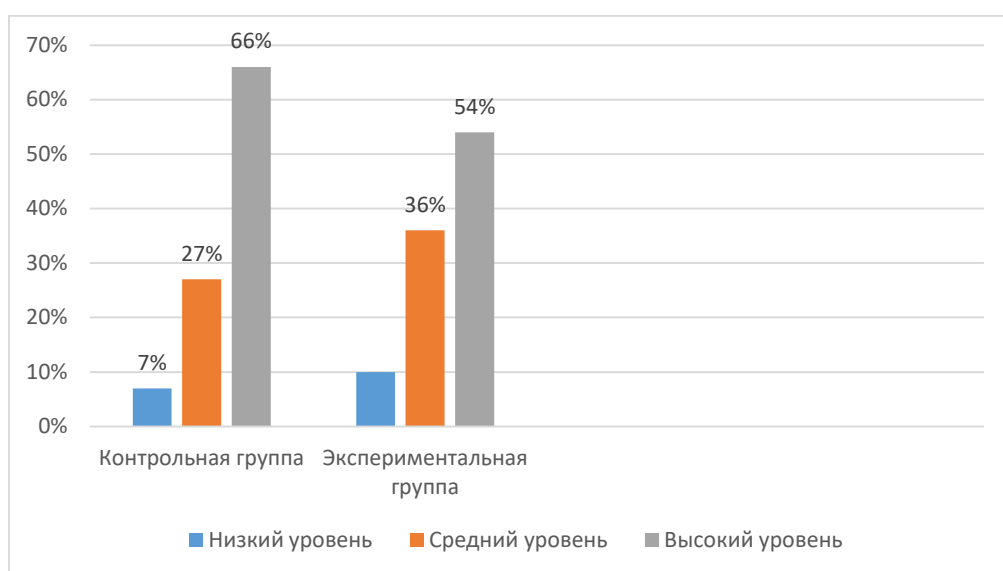


Рисунок 3 – Количественные результаты по диагностической методике 3

В контрольной группе выявлен низкий уровень субъективной тревожности у 7% участников, что составило 1 человек. Их ответы демонстрировали устойчивость к стрессовым ситуациям, низкую выраженность жалоб на одиночество, здоровье и общую эмоциональную стабильность. Средний уровень субъективной тревожности имеют 27% участников – 4 человека. Испытуемые отмечали отдельные факторы, вызывающие тревогу (например, неустойчивое настроение, временные сложности со здоровьем), но без серьезных признаков дистресса. Высокий уровень субъективной тревожности наблюдается у 66% участников, у 10 человек. У этих испытуемых выявлены выраженные эмоциональные переживания, значительное беспокойство по поводу здоровья, социальной



изоляции или других личных проблем. Большинство испытуемых контрольной группы (10 из 15 человек) характеризуются высоким уровнем субъективной тревожности. Это говорит о слабом уровне адаптации и сниженном эмоциональном состоянии. Только у одного участника наблюдается низкий уровень тревожности, не требующий индивидуального внимания.

В экспериментальной группе 2 человека проявляли эмоциональную устойчивость, отмечали лишь незначительные жизненные трудности, без серьезных признаков внутреннего напряжения. Средний уровень субъективной тревожности наблюдается у 5 человек. У данных обследуемых фиксировались отдельные жалобы на состояние здоровья, чувство одиночества, напряженность в социальных отношениях, но без явного выражения тяжелого дистресса. Высокий уровень субъективной тревожности отмечен у 8 человек. Эти участники продемонстрировали высокий уровень эмоционального напряжения, выраженные жалобы на психоземциональное состояние, трудности адаптации и высокую степень личностной уязвимости. В экспериментальной группе отмечено значительное повышение уровня субъективной тревожности по сравнению с контрольной. Почти половина испытуемых (8 из 15 человек) испытывают выраженное эмоциональное напряжение, что свидетельствует о наличии факторов риска ухудшения психологического состояния.

Проведя расчет среднего уровня тревожности с учетом следующих показателей: низкий уровень – 1 балл, средний уровень – 2 балла, высокий уровень – 3 балла, получаем в контрольной группе по Шкале STAI (ситуативная):  $(1 \times 3 + 2 \times 67 + 3 \times 27) / 100 = 2.18$ .

По Шкале STAI (личностная):  $(1 \times 13 + 2 \times 60 + 3 \times 27) / 100 = 2.14$

По анкете «Прогноз-2»:  $(1 \times 10 + 2 \times 30 + 3 \times 60) / 100 = 2.5$

Клиническое интервью:  $(1 \times 7 + 2 \times 27 + 3 \times 66) / 100 = 2.59$

Таким образом, рассчитаем средний уровень тревожности контрольной группы:  $(2.18 + 2.14 + 2.5 + 2.59) / 4 \approx 2.35$ , что соответствует показателю между средним и высоким уровнем тревожности.

Аналогичным образом проведем расчет в экспериментальной группе:  
По Шкале STAI (ситуативная):  $(1 \times 7 + 2 \times 33 + 3 \times 60) / 100 = 2.53$ ; по Шкале STAI (личностная):  $(1 \times 14 + 2 \times 26 + 3 \times 60) / 100 = 2.46$   
По анкете «Прогноз-2»:  $(1 \times 7 + 2 \times 21 + 3 \times 72) / 100 = 2.65$   
Клиническое интервью:  $(1 \times 10 + 2 \times 36 + 3 \times 54) / 100 = 2.44$

Таким образом средний уровень тревожности экспериментальной группы:  $(2.53 + 2.46 + 2.65 + 2.44) / 4 \approx 2.52$ , что соответствует умеренный среднему уровню тревожности, ближе к высокому).

В контрольной группе преобладает низкий-средний уровень тревожности (средний балл  $\approx 2.35$ ), в экспериментальной группе преобладает средний уровень тревожности, значительно выше, чем в контрольной (средний балл  $\approx 2.52$ ).

В связи с этим вопрос о применении рекомендаций, направленных на снижение тревожности, окажет положительное влияние на психоэмоциональное состояние пожилых людей явился актуальным, и проведение подобного рода работы было однозначно нужным.

## **2.2 Разработка и апробация программы снижения тревожности у пожилых людей**

Целью формирующего эксперимента явилось разработать рекомендации для снижения тревожности и улучшения психоэмоционального состояния.

Мы предположили, что тревожность снизится, если:

– будет внедрена программа психологической поддержки;

- разработаны групповые занятия, релаксационные и когнитивно-поведенческие техники, адаптированные к возрастным особенностям;

Первоначальным шагом данной работы стала разработка программы психологической поддержки лиц пожилого и возраста в соответствии программа с критериями, выделенными Л.И. Вассерман: [10].

- возрастная адекватность подразумевает учет возрастных психофизиологических особенностей, снижение когнитивных и адаптационных ресурсов, измененные эмоциональные реакции;
- индивидуализация включает учет индивидуальных различий участников: уровня тревожности, состояния здоровья, жизненного опыта, особенностей социальной адаптации;
- комплексность воздействия есть одновременная работа с когнитивной, эмоциональной, мотивационной и социальной сферами личности;
- опора на ресурсные состояния создает акцент на выявление и активизацию сохраненных возможностей, личностных ресурсов и позитивного жизненного опыта;
- поддержание самооценности личности подразумевает формирование позитивного отношения к себе, поддержание чувства собственной значимости и востребованности;
- формирование навыков саморегуляции есть обучение способам снижения тревожности, контроля над эмоциями, позитивной самоподдержки;
- создание комфортной психологической среды включает в себя обеспечение атмосферы безопасности, принятия, поддержки во время работы по программе [10].

Все эти критерии направлены на то, чтобы сделать психологическую помощь максимально эффективной, деликатной и соответствующей особенностям лиц пожилого и возраста.

Первоначально для работы по организации совместной деятельности было выделено направление работы под названием «Знакомство. Что такое тревожность?», которая в свою очередь, состоит из множества тем.

Первым этапом деятельности стала организация совместной темы по направлению «Знакомство. Что такое тревожность?» на тему «Имя и ресурс», целью которого явилось Активизация личностных ресурсов участников, повышение самоосознания и самоподдержки через осознание своих сильных сторон и ассоциацию их со своим именем. Данный вид деятельности помогает создать положительный настрой в коллективе; усилить чувство собственной ценности; укрепить внутренние опоры (уверенность, стабильность); облегчить самопрезентацию и раскрытие в психологической работе. Ведущий (психолог) объясняет содержание данной деятельности: «Сейчас мы попробуем через свое имя вспомнить или осознать, какие внутренние силы, качества и ресурсы нам помогают справляться с трудностями».

Участникам деятельности дается инструкция: каждый участник называет свое имя вслух. Ему необходимо создать ассоциацию с именем какого-либо качества или ресурса, который в нем есть или который он хотел бы в себе развивать (например: «Я – Анна, и мой ресурс – терпение», «Я – Михаил, и мой ресурс – уверенность»).

При желании может коротко пояснить, почему выбрал именно этот ресурс.

В процессе данной деятельности участники говорят по очереди (можно по кругу). Важно поддерживать каждого участника, избегать оценочных комментариев. Психолог может помочь, если кто-то затрудняется с выбором ресурса, предложив варианты (например, доброта, смелость, мудрость). После круга можно обсудить ряд вопросов:

- Какие ощущения были при выборе ресурса?
- Было ли легко найти свой ресурс?
- Какие ресурсы участников особенно откликнулись другим?

Психолог подводит итог, подчеркивая, что у каждого уже есть внутренняя сила, на которую можно опираться.

Данный вид деятельности хорошо подходит для начала тренинга, групповой работы или первой встречи, так как оно мягко активизирует самооценку и позитивное восприятие себя.

Также в этом направлении прошла мини-лекция на тему «Что такое тревожность?», целью которой является развитие умения находить различие между тревожностью, страхом и стрессом, выявление физиологических и когнитивных проявлений тревоги. В процессе лекции психолог объяснил, что тревожность – это естественная эмоциональная реакция на неопределенность или угрозу, подчеркивая тот факт, что тревожность есть у всех людей и сама по себе не является патологией. Тревожность – это состояние внутреннего беспокойства, ожидание неприятных событий без четкой внешней причины, которое может быть кратковременным (ситуативная тревожность) или устойчивым (личностная тревожность). В ходе лекции разбирались с понятием страх» – есть реакция на конкретную, реальную угрозу («Я вижу опасность – я боюсь»), имеет четкий объект. Участники лекции задали вопрос о стрессовой ситуации и ее влиянии на организм. Стресс, как комплексная реакция организма на любое значительное изменение (не обязательно угрозу) включает такие физиологические изменения, как учащенное сердцебиение, повышение давления, мышечное напряжение. Тревожность имеет и когнитивные проявления в виде навязчивых мыслей, постоянных сомнений, трудностей с концентрацией, ожидание негативных событий.

В завершении мини-лекции участники обобщили различия между тревожностью, страхом и стрессом. Подчеркнули важность своевременного осознания своих переживаний для сохранения психологического здоровья, тем самым осуществляя переход к обсуждению, упражнениям или вопросам участников.

В данном направлении также была организован диагностический экспресс-тест «Самооценка тревожности», где участникам было предоставлено 10 вопросов с последующим обсуждением результатов без оценивания. Данное тестирование проходило для самоанализа.

Использование техники «Квадратное дыхание» способствует снижению физиологического напряжения «Квадратное дыхание» основано на равномерных интервалах вдоха, паузы, выдоха и повторной паузы. Каждый этап занимает одинаковое количество времени – 4 секунды. Психолог проводит пошаговую инструкцию: Вдох – медленно вдыхайте через нос в течение 4 секунд (считайте про себя: раз-два-три-четыре).

Задержка дыхания – после вдоха задержите дыхание на 4 секунды (раз-два-три-четыре).

Выдох – медленно выдыхайте через рот в течение 4 секунд (раз-два-три-четыре).

Задержка дыхания после выдоха – снова удерживайте дыхание на 4 секунды (раз-два-три-четыре). Повтор – продолжайте цикл от 5 до 10 раз. При выполнении данного упражнения целесообразно использовать следующие рекомендации: дышать лучше сидя, с прямой спиной; сконцентрируйтесь на дыхании и счете, стараясь не отвлекаться; если тяжело удерживать паузы в 4 секунды, можно начинать с 2–3 секунд и постепенно увеличивать.

Данная техника помогает быстро расслабиться, снизить уровень возбуждения нервной системы, улучшить внимание и эмоциональный контроль.

По окончании первого этапа участникам предлагается вести «дневник тревоги», записывая в него моменты тревожности, чем она была вызвана и свою реакцию.

Направление «Мысли, которые вызывают тревогу» преследовало следующую цель: осознать влияние мышления на тревожность; научиться распознавать иррациональные установки. Упражнение «Ловим тревожную

мысль» направлено на развитие навыка осознавать и идентифицировать тревожные мысли, обучению их «отлавливанию» в момент возникновения, на формирование умения разделять реальные факты и негативные предположения, на снижение влияния автоматических тревожных установок на эмоциональное состояние.

Это упражнение помогает участникам заметить, как возникают тревожные мысли, и начать контролировать их, а не автоматически поддаваться тревоге.

Участники данного исследования были задействованы в мини-лекции «Когнитивные искажения», целью которой являлось ознакомление участников с понятием когнитивных искажений; научить распознавать основные типы искажений мышления: катастрофизацию, обобщение и «чтение мыслей»; способствовать развитию критического мышления и снижению влияния искажений на эмоциональное состояние.

В процессе лекции психолог поясняет, что когнитивные искажения – это систематические ошибки в мышлении, которые могут усиливать тревогу, стресс и негативные эмоции [25]. Искажения возникают автоматически и часто незаметны для самого человека. Затем участники лекции разбирают смысл понятия «катастрофизация» – это склонность ожидать наихудший сценарий развития событий, преувеличение вероятности бедствия. Психолог приводит свой пример: «Если я ошибусь на выступлении, все будут смеяться надо мной, и я потеряю работу.» Затем участники лекции приводят свои примеры, основываясь на жизненном опыте. Понятие «обобщение» определяется как ситуация, когда на основе одного случая человек делает широкие негативные выводы. Психолог приводит пример: «Меня однажды отвергли – значит, меня никто никогда не полюбит.», затем предлагает участникам привести свои примеры. Следующий термин, подлежащий анализу – «Чтение мыслей» – это уверенность, что вы знаете, что думают другие люди, чаще всего в негативном ключе. Пример тому: «Он не

поздоровался – значит, он меня ненавидит.» Далее участники приводят примеры, исходя из своего личного опыта. В заключении встречи психолог подчеркивает, что когнитивные искажения усиливают тревожность и негативные эмоции и предлагает Памятку.

Первый шаг к преодолению искажений – заметить их.

Осознанное мышление помогает смягчить эмоциональные реакции.

Для закрепления материала предлагается небольшое упражнение: разобрать примеры фраз и определить тип искажения.

Следующим этапом в работе с участниками эксперимента является тема «Социальная поддержка и взаимоотношения», целью которого является повышение осознанности в отношении социальной активности; исследование чувства одиночества. Данный этап включает в себя Упражнение: «Карта поддержки». Цель этого упражнения осознание участниками своего социального окружения; выявление источников поддержки и факторов, забирающих эмоциональные ресурсы; развитие навыка осознанного обращения за поддержкой и укрепления ресурсных связей. Психолог говорит: «Перед вами лист бумаги. Нарисуйте в центре круга себя – напишите «Я». Вокруг себя нарисуйте несколько кругов, от ближнего к дальнему. В каждый круг вписывайте людей или группы людей по степени близости:

- ближайший круг – самые близкие (семья, лучшие друзья);
- следующий – знакомые, коллеги;
- далее – соседи, участники клубов, церковных, спортивных или других групп».

Участники самостоятельно заполняют карту и обсуждают ее. Психолог задает вопросы:

Кто из окружающих дает вам поддержку, наполняет силами, помогает?

А кто, наоборот, отнимает силы, вызывает тревогу или истощение?

Кого бы вы хотели видеть ближе к центру вашей карты?

Какие отношения можно укрепить, а от каких – дистанцироваться?



Психолог подчеркивает, что осознание своих ресурсных связей помогает лучше справляться с тревогой, стрессом и чувствовать себя более уверенно. После выполнения карты можно предложить участникам выбрать одного человека или одну группу, на которых они могут опереться в трудный момент. Важно создать доверительную атмосферу, чтобы участники чувствовали себя в безопасности при обсуждении.

В процессе мини-лекции «Социальная изоляция и тревожность» психолог излагает, как отсутствие общения влияет на психику. Цель лекции Показать взаимосвязь между недостатком общения и развитием тревожных состояний; объяснить, как социальная изоляция влияет на психику человека; стимулировать участников к поддержанию и развитию социальных связей. Психолог характеризует взаимосвязь между социальной изоляцией и тревожностью.

Человек – социальное существо: общение, поддержка и участие в жизни других – базовые потребности. Когда человек оказывается в социальной изоляции (редкое или формальное общение, отсутствие тесных связей), нарушается естественный баланс психологических процессов. Так что же такое социальная изоляция? Это ситуация, когда человек объективно или субъективно испытывает дефицит общения, поддержки и участия в социальной жизни. Изоляция влияет на психику таким образом, что происходит усиление чувства одиночества и заброшенности; появление негативных автоматических мыслей («Я никому не нужен», «Меня забыли»). Также нельзя исключать утверждения исследователей Абульханова – Славской К.А. и Леонтьева А.Н. подчеркивающих, что общение есть не просто действие и передача информации, а именно взаимодействие: оно осуществляется между участниками, из которых каждый равно является носителем активности и предполагает ее в своих партнерах [2], [18].

Повышение уровня тревожности – ожидание худших событий, боязнь остаться без помощи. Развитие когнитивных искажений – человек начинает

воспринимать мир как более опасный и враждебный. Какие же могут быть физиологические последствия социальной изоляции? Во-первых, повышение уровня гормонов стресса (кортизола, во-вторых, снижение иммунной защиты, в-третьих, нарушение сна и ухудшение общего самочувствия.

Бесспорно, находясь в изоляции тревожность усиливается, потому что без поддержки со стороны других людей тревожные мысли не корректируются («разгоняются» внутри сознания), происходит заикливание на страхах и негативных ожиданиях, нарушается ощущение контроля над собственной жизнью [4].

В заключении психолог объясняет, что поддержание социальных контактов – это не роскошь, а необходимое условие психического здоровья. Даже небольшие акты общения (разговоры с соседями, участие в кружках, телефонные звонки) помогают снизить уровень тревожности и вернуть ощущение включенности в жизнь. Важно осознанно заботиться о своем социальном окружении, особенно в периоды эмоциональных трудностей.

По окончании встречи психолог задает вопрос участникам: «Какие формы общения помогают вам чувствовать себя лучше в трудные моменты?», позволяя высказаться всем желающим.

В процессе совместной деятельности участникам была предложена техника «Зеркало общения». Цель: осознание влияния разных стилей общения на эмоциональное состояние, развитие навыков поддерживающего взаимодействия, повышение чувствительности к позитивным и негативным формам обратной связи.

Психолог кратко объясняет инструкцию к выполнению данного упражнения: «Мы часто сталкиваемся с разными реакциями в ответ на наши переживания: поддержка помогает нам справиться, а обесценивание усиливает тревогу и подавленность. Сегодня мы попробуем посмотреть на это со стороны.» Участники делятся на пары. Каждая пара получает задание

разыграть два коротких мини-диалога на заданную ситуацию (например, «Я рассказываю соседу, что сильно переживаю перед посещением врача»).

Первый диалог:

- Один участник делится своей тревогой;
- Второй отвечает фразами, которые поддерживают: («Я понимаю, что тебе тяжело», «Ты справишься», «Это нормально волноваться»).

Второй диалог:

- Повтор той же ситуации, но второй участник отвечает с позиции обесценивания: («Да чего ты волнуешься?», «Ерунда какая, нечего переживать», «Все нормально, не накручивай себя»).

После каждого диалога участники обмениваются впечатлениями:

- Какие эмоции возникли после поддержки?
- Что почувствовали после обесценивания?

Далее психолог предлагает провести обсуждение в общем круге:

- Как различаются ощущения после двух типов ответов?
- Что помогает человеку чувствовать себя лучше?
- Какой стиль общения участники хотели бы видеть в своем окружении?

По окончании психолог дает рекомендации. Важно создать атмосферу безопасности, предупредить, что даже «негативные» ответы – это часть задания, а не личная позиция. Упражнение помогает участникам прочувствовать влияние слов буквально на себе, что усиливает осознанность в реальном общении. По окончании встречи психолог предлагает участникам позвонить или встретиться с кем-то из круга поддержки, понаблюдать за своими ощущениями.

На следующем этапе под названием «Эмоции, саморегуляция и релаксация» участники обучаются эмоциональной саморегуляции и снижению телесного напряжения. В рамках данной темы была предложена мини лекция «Как эмоции живут в теле?» Цель данной лекции показать связь между эмоциональными переживаниями и телесными симптомами, а также

помочь участникам лучше осознавать сигналы своего тела и вовремя распознавать скрытые эмоции.

Психолог: «Эмоции – это не только чувства в голове, но и реальные телесные реакции. Наше тело реагирует на каждую эмоцию, даже если мы ее не осознаем или подавляем. Так как же эмоции проявляются в теле? Эмоция – это сигнал: «Обрати внимание, что-то происходит».

Психолог приводит примеры связи эмоций и телесных ощущений: страх – напряжение мышц, холод в конечностях, учащенное сердцебиение; тревога – тяжесть в груди, «ком» в горле, спазмы в животе; гнев – прилив крови к лицу, напряжение рук, сжатые кулаки, головная боль; печаль – ощущение слабости, тяжесть в теле, опущенные плечи; радость – легкость в теле, расслабленность, приятное тепло. Так почему важно замечать телесные проявления? Тело часто сигнализирует о переживаниях раньше, чем разум это осознает. Игнорирование телесных сигналов может привести к хроническому стрессу, психосоматическим расстройствам (например, головным болям, проблемам с ЖКТ).

В заключении психолог говорит о том, что учиться распознавать эмоции через тело – это способ лучше понимать себя и управлять своим состоянием. После мини-лекции психолог предлагает небольшую практику: упражнение на сканирование тела: «Просканируйте свое тело от макушки до пят – где вы чувствуете напряжение? Что я сейчас чувствую в теле?», «Где у меня напряжение?», «Что это может означать?» Регулярная телесная осознанность способствует снижению тревожности, улучшению настроения и укреплению психического здоровья.

Далее экспериментатор предлагает использование техники «Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону», целью которой является поочередное напряжение и расслабление мышц с дыханием [31].

Психолог: займите удобное положение (сидя или лежа).

Закройте глаза для лучшей концентрации. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов, настроившись на работу с телом. Медленно и сильно напрягите определенную группу мышц (например, сожмите кулак) на 5–7 секунд, задерживая дыхание. Затем резко отпустите напряжение, расслабляя мышцы полностью, одновременно делая медленный выдох. После расслабления наблюдайте за ощущением тепла, тяжести и покоя в расслабленной области в течение 10–15 секунд. Работу проводим постепенно – снизу вверх или сверху вниз: стопы (сжать пальцы ног – расслабить, икры, бедра, живот, спина, грудная клетка, плечи, руки (пальцы, предплечья, плечи), шея, лицо (напрячь лоб, губы, глаза – расслабить).

После прохождения всех групп мышц сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов, почувствуйте общее расслабление тела.

Практиковать технику желательно ежедневно для достижения наилучшего эффекта. Прогрессивная релаксация помогает заметно снизить уровень телесного и психологического напряжения, улучшить эмоциональное состояние и увеличить осознанность своего тела.

Следующим арт-терапевтическим упражнением по снятию тревожности является «Рисунок тревоги» Испытуемым предлагается нарисовать, как выглядит тревожность, а затем нарисовать рисунок «Место спокойствия». Можно использовать любые цвета, формы, линии. Рисунок не должен быть красивым или понятным другим – важно передать свои ощущения.

В процессе рисования психолог задает вопросы: «Какой цвет у моей тревоги?», «Какая она – острая, тяжелая, размазанная, угловатая?» Экспериментатор предлагает небольшое обсуждение (по желанию участников):

- Как ощущения во время рисования?
- Как тревога выглядела на бумаге?
- Вторая часть задания – «Рисунок Места спокойствия».

Затем участникам предлагается взять новый лист и нарисовать свое место спокойствия.

Это может быть реальное место (дом, лес, пляж) или воображаемое пространство, где человек чувствует себя безопасно и хорошо. Важно сосредоточиться на приятных ощущениях: безопасности, тепле, расслабленности. Участники исследования по завершении творческих работ обсуждают.

- Какие чувства возникли при создании второго рисунка?
- Что изменилось в состоянии?
- Какой образ можно использовать в жизни, чтобы поддерживать спокойствие в тревожных ситуациях?

Психолог подчеркивает, что художественные способности не имеют значения – важен процесс выражения. Важно создать безопасную атмосферу без оценивания работ.

В процессе можно включить фоновую расслабляющую музыку. Это упражнение помогает вывести внутренние переживания наружу, снизить их интенсивность и закрепить образы, связанные со спокойствием и внутренней опорой.

Следующим этапом является тема «Силы и опоры в жизни». Его цель: повышение самооценки; – осознание личных ресурсов и смыслов. Экспериментатор предлагает выполнить упражнение «Колесо жизни». Его цель: помочь участникам визуально оценить свою удовлетворенность разными сферами жизни, выявить области дисбаланса, построить направление для личностного роста и ресурсного восстановления.

Экспериментатор объясняет: «Чтобы жить гармонично, важно уделять внимание разным сферам своей жизни. Сегодня мы создадим «Колесо жизни», чтобы увидеть, какие области требуют больше заботы и развития.» Участникам раздается лист бумаги. На листе рисуется большой круг – символ целостной жизни. Круг делится на 5 секторов (можно больше, если требуется):

Здоровье, Отношения, Творчество, Развитие (личностный рост), Финансы. В каждом секторе участник оценивает свою удовлетворенность по шкале от 1 до 10:1 – крайне неудовлетворен, 10 – полностью доволен.

Оценка ставится в виде засечки или закрашивается соответствующая часть сектора (например, на 7/10 закрашено 70% сектора от центра к краю). В результате получается диаграмма, где видно, насколько «ровное» или «перекошенное» колесо.

Экспериментатор задает участникам вопросы для анализа: «В каких сферах удовлетворенность наивысшая? Где – самая низкая? Какие сферы особенно провисают, требуют внимания? Какой дисбаланс виден на «колесе»? Какие небольшие шаги можно предпринять, чтобы повысить удовлетворенность в слабых сферах? Как улучшение одной сферы может повлиять на другие?»

Психолог: поймите, ваша задача – не обвинять себя, а осознать свои потребности и найти способы гармонизации жизни.

Каждый участник может выбрать одну сферу, на которой он хотел бы сосредоточиться в ближайшее время.

Рекомендации для проведения:

- создать спокойную, поддерживающую атмосферу;
- не сравнивать «колеса» участников между собой – важен индивидуальный процесс.;
- в процессе обсуждения – больше внимания на личные открытия, а не на оценки;
- эффект упражнения: повышение уровня самопонимания; выявление скрытых источников неудовлетворенности; формирование мотивации к осознанным изменениям; снижение тревожности через построение конкретных планов;
- использование техники «Я – ресурсный» Цель: осознание собственных сильных сторон и ресурсов, повышение самооценки и уверенности в

себе, развитие умения открыто говорить о своих положительных качествах.

Экспериментатор объясняет: «У каждого из нас есть сильные стороны, которые помогают справляться с трудностями и двигаться вперед. Сегодня мы попробуем их осознанно назвать».

Инструкция для участников: каждый участник получает лист бумаги и ручку. На листе нужно написать 5 своих сильных сторон или качеств, которые помогают преодолевать жизненные трудности (например: доброта, настойчивость, чувство юмора, ответственность, способность к обучению).

Если кто-то затрудняется, экспериментатор помогает вопросами:

- «Какие качества помогали вам в сложных ситуациях?»;
- «Что в себе вы цените?»;
- «Что отмечали в вас другие люди?».

Экспериментатор: «Предлагаю вам разбиться на пары и обменяться своими списками. Расскажите друг другу о своих сильных сторонах. Можете дополнительно прокомментировать, в каких ситуациях эти качества особенно проявлялись. Партнер внимательно слушает и может добавить что-то хорошее о собеседнике, если хочет.

Далее экспериментатор предлагает обсудить в общем круге (по желанию): какие чувства вызвало упражнение? Было ли легко называть свои сильные стороны? Что нового удалось о себе узнать? Какое качество особенно важно в данный момент?

Рекомендации для проведения. Подчеркнуть, что это безопасное пространство, и все качества, которые участники называют, принимаются без осуждения. Эффект от упражнения: повышение уверенности в себе; переключение внимания с недостатков на личные ресурсы; создание позитивной атмосферы в группе; укрепление внутренней опоры в периоды тревоги и стресса.



Итоговым этапом данной программы является встреча на тему «Поддержка и перспектива» [30]. Цель: закрепление навыков, подведение итогов, оценка изменений. В рамках данной темы экспериментатор предлагает выполнение теста «Ситуационная тревожность», цель которого оценить уровень тревоги, которую человек испытывает в данный момент, под воздействием конкретной жизненной ситуации. Методика представлена в Приложении Б.

Заключительным этапом данной программы является Упражнение «Письмо себе». Цель: формирование навыка самоподдержки и внутренней опоры; повышение уверенности в себе через позитивное самопослание; осознание своих целей, ресурсов и способов справляться с трудностями.

Экспериментатор предоставляет инструкцию для участников: «Сейчас вы напишете письмо себе в будущее – тому человеку, которым вы будете через месяц. Подумайте о том, чтобы вы хотели себе напомнить, как поддержать себя в возможных трудных ситуациях. Пишите с добротой и заботой. Используйте позитивный тон, верьте в свои силы и ресурсы». Структура письма может включать: теплое обращение к себе («Дорогая(ой) я, хочу тебе сказать...»). Напоминание о своих сильных сторонах («Ты умеешь справляться, даже когда трудно.»). Поддержку и слова ободрения («Помни, что ты уже многое смог(ла), и справишься с новым»).

Напоминание о целях или мечтах («Не забывай, к чему ты стремишься. Маленькие шаги – это путь к большим переменам»). Возможный совет, как действовать в моменты тревоги или усталости («Остановись, сделай паузу, вспомни, что ты не один/одна.»). Продолжительность выполнения: на написание письма дается 10–15 минут. Экспериментатор предлагает обсуждение после выполнения (по желанию): Какие чувства вызвало написание письма? Было ли легко или трудно говорить с собой в поддерживающем тоне? Какие мысли или образы особенно запомнились?

Экспериментатор предлагает участникам сохранить письмо и перечитать его через месяц. Письмо можно запечатать в конверт или сохранить в дневнике как личный ресурс.

Эффект упражнения: укрепление внутреннего чувства безопасности. Осознание своих ресурсов и поддержки, которая уже есть внутри. Снижение уровня тревожности за счет позитивной саморефлексии.

### 2.3 Оценка эффективности предложенных методов в снижении тревожности у пожилых людей

Повторная диагностика проводилась по тем же диагностическим методикам с целью определения наличия или отсутствия динамики уровня тревожности у лиц пожилого и возраста. Протоколы обследования представлены в Приложении 4.

Диагностическая методика 1 Шкала STAI (модификация методики Ч. Спилбергера).

Цель – выявить уровень ситуативной и личностной тревожности.

Результаты проведенной диагностики в экспериментальной группе представлены на рисунке 4.

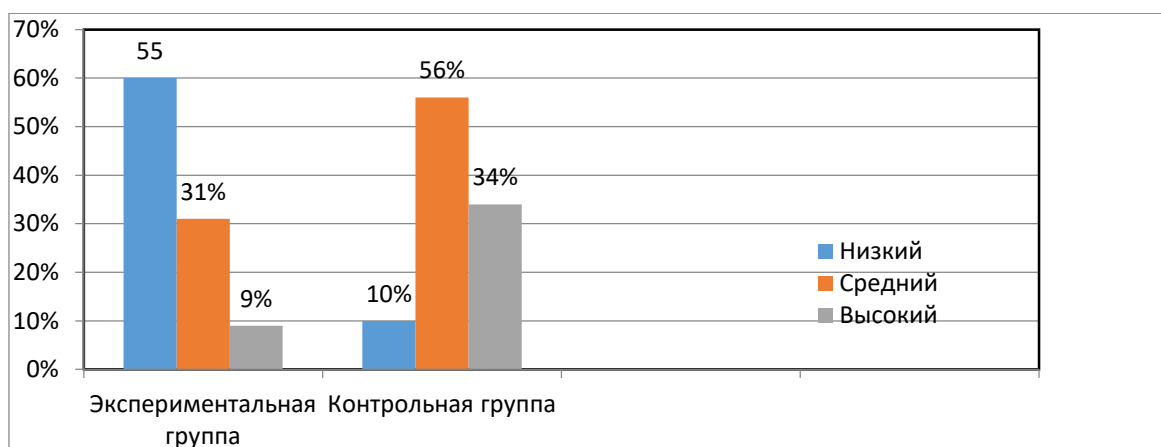


Рисунок 4 – Количественные результаты в экспериментальной группе по диагностической методике 1

В экспериментальной группе результаты диагностики демонстрируют значительное преобладание высокого уровня как ситуативной, так и личностной тревожности. По шкале ситуативной тревожности 55% участников показали низкий уровень, 33% – средний, и 9% – высокий уровень тревожности. Это указывает на то, что большинство участников в данной группе не испытывали значительного дискомфорта в момент тестирования, что может быть связано с благоприятными условиями проведения диагностики или особенностями экспериментального воздействия, направленного на снижение ситуативного напряжения. Однако 9% участников с высоким уровнем ситуативной тревожности могут указывать на наличие стрессовых факторов, которые требуют дополнительного внимания при интерпретации результатов.

По шкале личностной тревожности в экспериментальной группе наблюдается более выраженная тенденция к высокому уровню: 61% участников показали низкий уровень, 29% – средний, и 10% – высокий уровень тревожности. Это говорит о том, что личностная тревожность, как устойчивая характеристика, в меньшей степени выражена у большинства участников, но у 10% она остается значительной. Высокий уровень личностной тревожности может быть связан с индивидуальными особенностями участников, такими как склонность к повышенной эмоциональной реактивности или наличие хронического стресса, что требует дальнейшего изучения.

В экспериментальной группе преобладает низкий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности (55% и 61% соответственно), что может свидетельствовать об эффективности примененного вмешательства, направленного на снижение тревожности. Например, использование релаксационных техник, психологической поддержки или создание комфортной обстановки могло способствовать снижению ситуативного напряжения и смягчению проявлений личностной тревожности.

В контрольной группе, напротив, наблюдается значительное преобладание высокого уровня тревожности: 60% участников с высоким уровнем ситуативной тревожности и 53% с высоким уровнем личностной тревожности. Это указывает на отсутствие факторов, снижающих стресс, и, возможно, на более выраженное влияние внешних условий или внутренних предрасположенностей участников. Разница в распределении уровней тревожности между группами подчеркивает, что экспериментальное воздействие оказало положительный эффект на эмоциональное состояние участников экспериментальной группы, тогда как контрольная группа осталась более уязвимой к тревожным состояниям.

Таким образом, диагностика по шкале STAI выявила значительные различия в уровнях ситуативной и личностной тревожности между экспериментальной и контрольной группами, подчеркнув эффективность экспериментального воздействия и необходимость продолжить дальнейшую работу с участниками по данному направлению.

Диагностическая методика 2 Уровень нервно-психической устойчивости, анкета В.Ю. Рыбникова «Прогноз-2».

Цель: определить уровень нервно-психической устойчивости (НПУ), выявление отдельных признаков личностных нарушений и оценка вероятности возникновения нервно-психических срывов.

Результаты проведенной диагностики в экспериментальной группе представлены на рисунке 5.

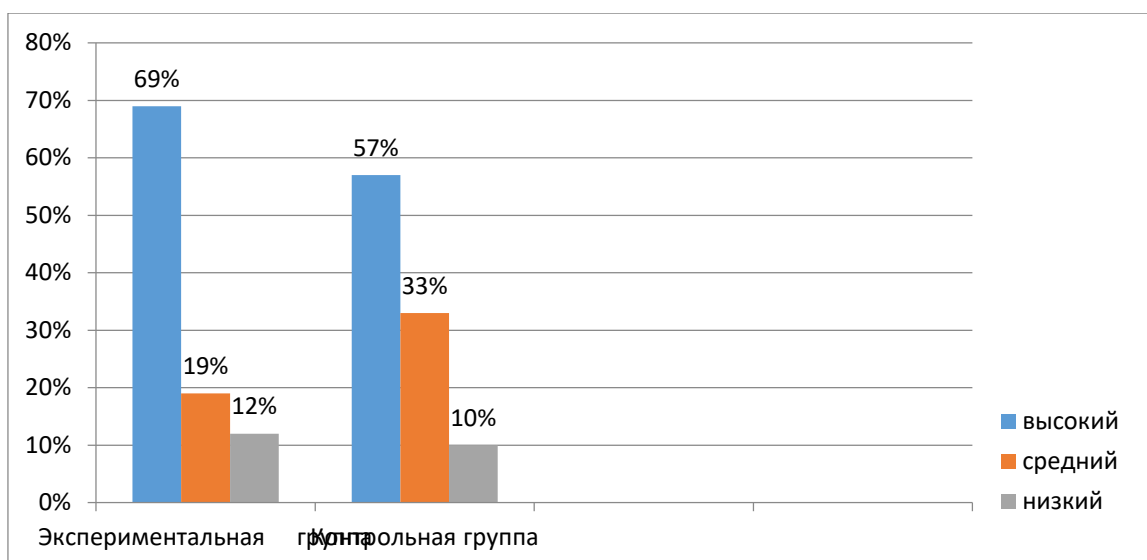


Рисунок 5 – Количественные результаты по диагностической методике 2

Экспериментальная группа показала следующие результаты: высокий уровень НПУ теперь наблюдается у 69% участников, что составляет 10 человек (по сравнению с 1 человеком на констатирующем этапе). Их состояние демонстрирует заметное улучшение: ответы стали более уверенными, спокойными, без признаков тревожности. Это указывает на то, что экспериментальные методы помогли участникам достичь состояния внутреннего спокойствия и уверенности, что отразилось в их деятельности [29].

Средний уровень НПУ зафиксирован у 19% участников, что составляет 4 человека (по сравнению с 5 на начальном этапе). В ответах этих участников количество тревожных признаков существенно сократилось. Если ранее были отражены ответы с признаками тревожности и беспокойства, то теперь такие элементы стали менее выраженными. Это свидетельствует о частичном снижении тревожности и улучшении способности участников справляться с внутренним напряжением [27].

Низкий уровень НПУ после данного этапа исследования отмечен лишь у 12% участников, что составляет 1 человек (по сравнению с 9 на

констатирующем этапе). В их ответах, хотя и сохраняются некоторые тревожные признаки, такие как напряженность, ее интенсивность заметно снизилась. Эти участники, вероятно, требуют более длительного или индивидуализированного воздействия, чтобы полностью преодолеть низкий уровень НПУ.

Высокий уровень является наиболее благоприятным и свидетельствует о высоком уровне нервно-психической устойчивости. На данном этапе в контрольной группе низкий уровень НПУ выявлен у 10% участников, что составляет 1 человек от общего количества испытуемых. Уровень нервно-психической устойчивости близок к норме. Средний уровень НПУ наблюдается у 30% участников, а это 5 человек. умеренно выраженной способностью переносить эмоциональные нагрузки и реагировать на стрессовые факторы окружающей среды. Это значит, что люди с таким уровнем устойчивости обладают определенной выносливостью, но испытывают некоторые затруднения в поддержании эмоционального равновесия в условиях длительных напряжений или экстремальных ситуаций. Высокий уровень скрытой тревожности отмечен у 60% участников – это 9 человек. Эти участники обладают значительной устойчивостью к стрессовым ситуациям и эффективностью восстановления после эмоциональных перегрузок. Люди с высоким уровнем НПУ способны сохранять спокойствие, концентрацию и работоспособность даже в сложных обстоятельствах, сохраняя адекватность восприятия и действий. Таким образом, экспериментальная деятельность в контрольной группе не привела к значительным изменениям уровня тревожности, что может быть связано с отсутствием интенсивного вмешательства или устойчивостью тревожных состояний участников. Для достижения более заметных результатов рекомендуется усилить коррекционные меры или увеличить длительность экспериментального воздействия.

Диагностическая методика 3 «Клиническое интервью» (модификация методики Ю.Л. Ханина).

Цель: выявить уровень субъективных факторов тревожности, таких, как одиночество или проблемы со здоровьем.

Результаты проведенной диагностики в экспериментальной группе представлены на рисунке 6.

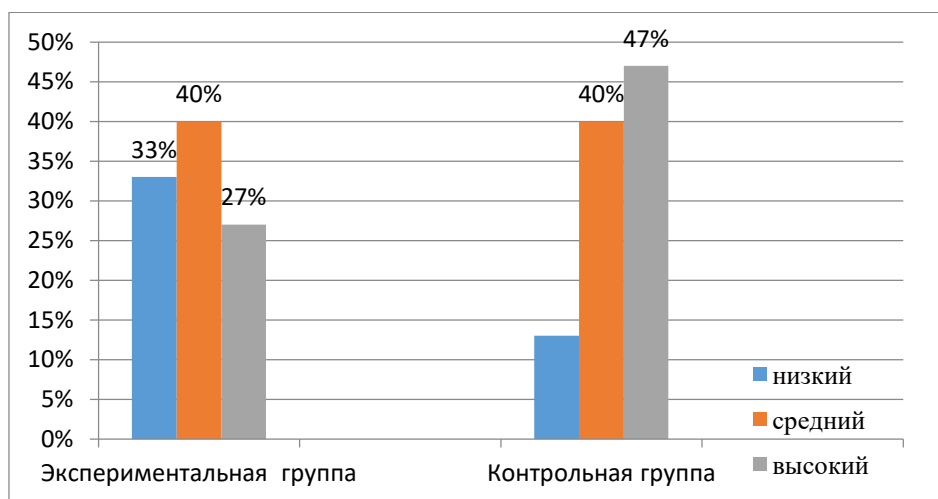


Рисунок 6 – Количественные результаты по диагностической методике 3

Очевидно, что результаты в контрольной группе улучшились: низкий уровень тревожности вырос до 33% (5 человек), средний остался на уровне 40% (6 человек), а высокий снизился до 27% (4 человека). Это демонстрирует значительное снижение тревожности, особенно высокого уровня, что подтверждает эффективность примененных методов (например, психологической поддержки или релаксационных техник) в улучшении адаптации и эмоционального состояния участников.

В контрольной группе результаты изменились: низкий уровень тревожности увеличился до 13% (2 человека), средний вырос до 40% (6 человек), а высокий снизился до 47% (7 человек). Это свидетельствует о некотором улучшении эмоционального состояния участников, хотя высокий

уровень тревожности остается значительным, что может быть связано с недостаточной интенсивностью вмешательства.

Экспериментальная группа показала более выраженное снижение высокого уровня тревожности (с 53% до 27%) по сравнению с контрольной (с 66% до 47%), что указывает на большую эффективность экспериментального воздействия. Увеличение доли участников с низким уровнем тревожности в экспериментальной группе (с 13% до 33%) также подчеркивает положительный эффект вмешательства. Однако в обеих группах сохраняется необходимость дальнейшей работы с участниками, демонстрирующими высокий уровень тревожности, для предотвращения рисков ухудшения психологического состояния.

Результат по всем диагностическим методикам представлен на рисунке 7.

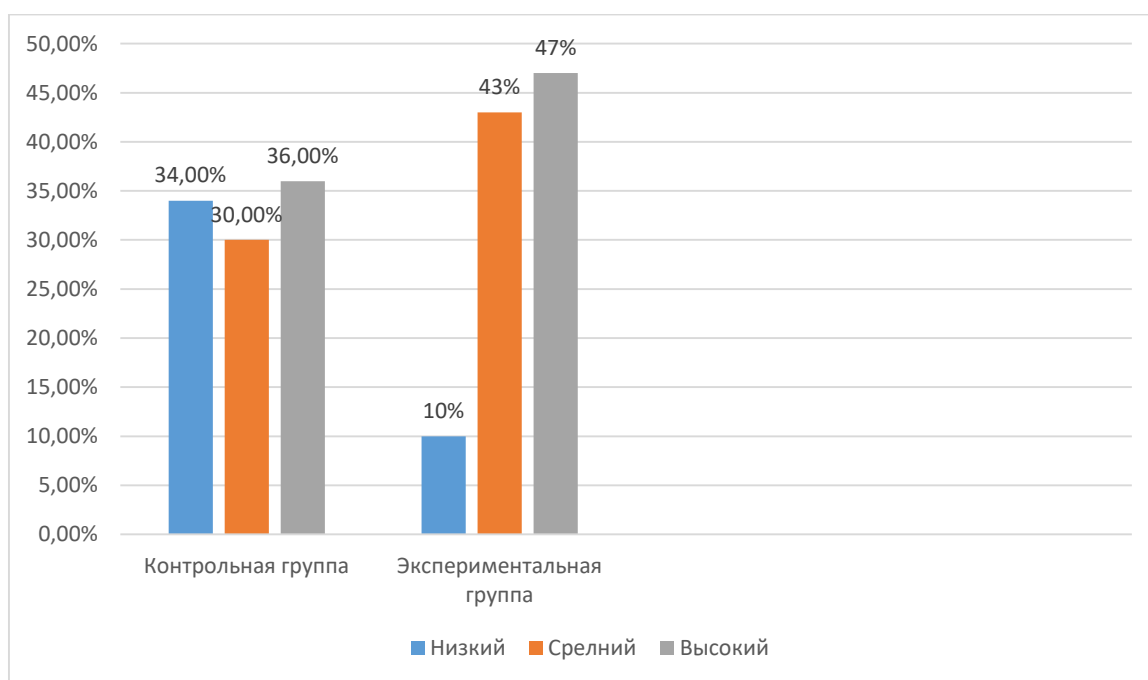


Рисунок 7 – Результат исследования уровня тревожности у лиц пожилого возраста по всем диагностическим методикам



Сравнение результатов до и после экспериментальной деятельности демонстрирует значительное снижение уровня скрытой тревожности в экспериментальной группе. Доля участников с высоким уровнем тревожности сократилась с 60% до 15%, что является показателем эффективности примененных методов. Увеличение числа участников с низким уровнем тревожности с 10% до 40% свидетельствует о том, что экспериментальные техники, такие как арт-терапия и релаксационные упражнения, способствовали формированию более устойчивого эмоционального состояния у большинства участников. Увеличение числа участников со средним уровнем тревожности с 30% до 45% отражает переход части участников из категории высокого уровня тревожности в более умеренную, что также подтверждает положительную динамику.

Изменения в рисунках участников являются важным индикатором снижения тревожности. Гармонизация форм, уменьшение напряженных линий и штриховки, а также появление более сбалансированных композиций указывают на улучшение эмоционального состояния и снижение внутреннего напряжения. Эти данные подтверждают, что творческая деятельность, подкрепленная релаксационными методами, позволяет участникам выразить и переработать свои эмоции, что способствует снижению тревожности.

Экспериментальная деятельность оказала положительное воздействие на уровень скрытой тревожности в экспериментальной группе, что подтверждается значительным снижением доли участников с высоким уровнем тревожности и увеличением числа участников с низким уровнем. Примененные методы, включая арт-терапию и релаксационные техники, доказали свою эффективность в работе с эмоциональным состоянием участников, что отразилось как в количественных показателях, так и в качественных характеристиках их рисунков.

Для участников, у которых сохраняется высокий уровень тревожности (15%), рекомендуется продолжение работы с использованием

индивидуального подхода, например, через персональные консультации или более интенсивные терапевтические методы [24]. Также было бы полезно провести дополнительное исследование, чтобы выявить факторы, которые препятствуют снижению тревожности у этой подгруппы, такие как индивидуальные особенности, хронический стресс или социальные условия.

Полученные результаты могут быть использованы для разработки программ психологической поддержки, направленных на снижение тревожности в различных группах населения. Экспериментальная деятельность показала, что сочетание творческих и релаксационных методов является эффективным инструментом для улучшения эмоционального состояния, что открывает перспективы для их внедрения в образовательные, социальные и терапевтические практики.

## Заключение

Настоящая выпускная квалификационная работа представляет собой комплексное исследование психоэмоционального состояния у лиц пожилого возраста (60-75 лет) и его взаимосвязи с различными факторами. Актуальность темы подтвердилась высоким уровнем тревожности среди пожилых людей, что, в свою очередь, негативно сказывается на их качестве жизни. Исследование выявило существенное противоречие между необходимостью повышения средней продолжительности жизни и сохранением психоэмоционального здоровья пожилых людей. В процессе работы были успешно достигнуты поставленные цели, и выполнены запланированные задачи, что дало возможность обобщить как теоретические, так и практические результаты.

Теоретическая часть работы, изложенная в первой главе, предоставила глубокий анализ существующих подходов к снижению уровня тревожности у пожилых людей, что является многофакторным явлением, которое в значительной степени обусловлено психологическими, социальными и физиологическими аспектами. Особое внимание уделено работам отечественных и зарубежных ученых, таких, как Ч.Д. Спилбергер, А.М. Прихожан, К. Хорни, Л. Анн, Н.Д. Левитов, В.М. Астапов, К. Изард, З. Фрейд, которые подчеркивали, что такие факторы, как утрата социальной роли, хронические заболевания и снижение когнитивных функций, оказывают значительное влияние на развитие тревожности в старшем возрасте. Эти подходы были интегрированы в основу этапов исследования, также обнаружено, что постпандемийные условия и требования цифровизации усугубляют данную проблему, что подтверждается анализом существующих исследований и статистическими данными.

Вторая глава работы описывает результаты этапов исследования уровня тревожности, проведенного в МБОУ СОШ №58 города Тольятти Самарской области. На данных этапах приняли исследование среди 30 участников пожилого возраста (20 женщин и 10 мужчин), разделенных на экспериментальную и контрольную группу в свободном порядке по 15 человек. Исследование включало три этапа: констатирующий этап (ноябрь 2024 г.), формирующий этап (ноябрь-декабрь 2024г.) и контрольный (февраль 2025 г.). На констатирующем этапе с использованием диагностических методик, таких, как Шкала STAI (модификация методики Ч. Спилбергера), анкета В.Ю. Рыбникова «Прогноз-2» и «Клиническое интервью» (модификация методики Ю.Л. Ханина), был выявлен исходный уровень тревожности у лиц пожилого возраста. Результаты показали преобладание высокого уровня (до 60% в экспериментальной группе) и среднего (до 45% в контрольной группе) уровней, что указывало на необходимость целенаправленной работы по снижению тревожности у лиц пожилого возраста.

Формирующий этап включал разработку и апробацию программы психологической коррекции. Программа включала различные виды психологической помощи, направленные на снижение уровня тревожности и повышение психоэмоционального благополучия участников. Вот основные методы и техники, примененные в ходе работы: групповая работа и знакомство, где участники активизировали свои личные ресурсы через ассоциации с именем. Это помогло создать позитивное восприятие себя и укрепить чувство собственной ценности. Мини-лекция «Что такое тревожность?» помогла участникам осознать различия между тревожностью, страхом и стрессом, а также развить умение находить и описывать физиологические и когнитивные проявления тревожности. Экспресс-тест «Самооценка тревожности» дал возможность участникам самооценить уровень тревожности и инициировать процесс самоанализа Техника

«Квадратное дыхание» использовалась для снижения физиологического напряжения и улучшения эмоционального контроля. Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону помогла участникам снять телесное и психологическое напряжение. Упражнение «Письмо себе» способствовало формированию навыков самоподдержки и внутренней опоры, позволяя участникам установить диалог с собой на позитивной ноте. Эти методы и техники интегрировались в рамках программы, что обеспечило комплексный подход к снижению тревожности и поддержанию психоэмоционального здоровья у участников.

Контрольный этап подтвердил значительную положительную динамику в экспериментальной группе. Доля лиц с высоким уровнем тревожности снизилась с 60% до 15%, с низким уровнем возросла с 10% до 40% свидетельствует об эффективности применяемых методов. Сравнение с контрольной группой, где значительных изменений не наблюдалось, подчеркивает успешность предложенной программы. Например, в методике «Шкала STAI» (модификация методики Ч. Спилбергера) участники начали отмечать такие высказывания, как «Я спокоен(на)», «Я испытываю чувство комфорта», что ранее было редкостью.

Полученные результаты полностью подтверждают выдвинутую гипотезу: разработанный и реализованный нами комплекс психотерапевтической коррекции будет эффективен в снижении уровня тревожности у лиц пожилого и возраста, если: включить когнитивно-поведенческую терапию для устранения иррациональных убеждений и формирования позитивного образа будущего; реализовать арт-терапию для выражения эмоций и снижения внутренней напряженности; обеспечить взаимодействие с семьей и социальной средой для поддержания положительного настроения и уменьшения социальной изоляции.

Практическая значимость работы заключается в предоставлении конкретных рекомендаций для психологов образовательных учреждений.

Предлагается интегрировать методы когнитивно-поведенческой терапии, арт-терапии и социальных активностей, адаптированных к возрастным особенностям. Повторные диагностики по итогам этапов исследования выявили значительное снижение уровня тревожности, особенно на этапах ситуативной и скрытой тревожности, что подтверждает нашу гипотезу о том, что целенаправленная психологическая поддержка существенно улучшает психоэмоциональное состояние пожилых людей.

Новизна исследования состоит интеграции когнитивно-поведенческой терапии и арт-терапии, с учетом возрастных особенностей. Теоретическая значимость работы заключается в углубленном анализе психологических основ формирования и развития тревожности у лиц пожилого возраста, а также в обосновании роли факторов, влияющих на уровень тревожности, таких как социальная изоляция, хронические заболевания и когнитивные искажения.

Перспективы для будущих исследований могут включать изучение долгосрочных эффектов программ коррекции, адаптацию методов для работы с лицами с ограниченной мобильностью и разработку новых проактивных решений для поддержки психоэмоционального здоровья пожилых людей. Это направление требует междисциплинарного подхода, объединяющего усилия психологов, социальных работников и медицинских специалистов для комплексного решения проблем тревожности у пожилых.

Таким образом, настоящая работа достигла поставленной цели, предоставив ценный материал для психологической практики и дальнейших научных изысканий в области снижения тревожности у лиц пожилого возраста. Результаты исследования могут служить основой для разработки инновационных психологических программ, направленных на повышение качества жизни данной возрастной группы, что является важной задачей для нашего общества в условиях демографических изменений.

## Список используемой литературы

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299 с.
2. Айвазова Г.А., Живаева Ю.В. Теоретические аспекты исследования тревожности лиц пожилого возраста // Форум молодых ученых. 2021. №1 (53). С. 18 – 23
3. Александрова М.Д. Отечественные исследования социальных аспектов старения // Психология старости и старения: Хрестоматия. М.: Академия, 2003. 346 с.
4. Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. М.: Политиздат, 1967. 118 с.
5. Астапов В.М. Тревога и тревожность хрестоматия. М.: Пер Сэ, 2008. 239с.
6. Боженкова К.А. Психологические особенности людей пожилого возраста // Приволжский научный вестник. 2016. N 55. С. 130-132.
7. Божович Л.И. Проблемы формирования личности: под. ред. Д. И. Фельдштейна // Вступительная статья Д. И. Фельдштейна. 2-е изд. Воронеж: НПО «МОДЭК». 1997.
8. Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 4-е изд., расширенное. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2009.
9. Вассерман Л.И., Бондаренко В.М. Методы психодиагностики состояния здоровья. СПб.: Речь, 2001. 384 с.
10. Вербицкий Е. Г. Нейро -физиологические механизмы тревожности в цикле бодрствование - сон: дис. д-ра биол. наук / Е. Г. Вербицкий // Ин-т эволюционной физиологии и биологии им. Н. М. Сеченова, РАН. Спб., 2006. 187 с

11. Глущенко О.П., Петрова Н.В. Средства массовой информации как детерминанта психологической тревожности людей пожилого возраста // Общество и право. 2017. №4 (62). 258-262
12. Дерманова И.Б. Диагностика эмоционально-нравственного развития. СПб.: Речь, 2002.
13. Ермолаева М.В. Практическая психология старости / М.В. Ермолаева. – М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 2002. 320 с.
14. Забабурина О.С, Степина Н.В., Щурова Ю.Е. Ситуативная и личностная тревожность у пожилых людей с хроническими соматическими заболеваниями // Проблемы современного педагогического образования. 2019. N 4. С. 30 – 308.
15. Зеер Э.Ф. Профориентология: учеб. пособие / Э.Ф. Зеер, Э.Э. Сыманюк. – Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та, 2005. 186 с.
16. Иванюшкин А.Я. «Здоровье» и «болезнь» в системе ценностных ориентаций человека /А.Я. Иванюшкин // Вестник АМН СССР, 1982. Т. 45. № 1. – С. 49–58. № 4. С. 29–33.
17. Кон И.С. Социологическая психология /И.С. Кон. – М.: Моск. псих. -соц. ин-т.; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1999. 317 с.
18. Лазебник Л.Б. Старение: профессиональный врачебный подход. М.: Эксмо, 2014.
19. Леонтьев, А.Н. Потребности мотивы и эмоции / А.Н. Леонтьев. М.: Восток, 1971. 84 с.
20. Лучшева Людмила Михайловна Психологические особенности пожилого возраста // Проблемы современного педагогического образования. 2020. №66-2. 323-326
21. Маклаков А.Г. Общая психология: учебник для вузов. СПб.: Питер, 2014.



22. Максимова А. А., Маховицкая К. Д., Ничиженкова О. В., Соболева Е. В. Проблема одиночества в пожилом возрасте // Вестник СМУС74. 2016. №1 (12). 38-40.
23. Максимова С.Г. Социально-психологические особенности личности позднего возраста. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 1998. 99 с.
24. Маслач К. Профессиональное выгорание: как люди справляются / К. Маслач. – По материалам сайта <http://hr-land.com>
25. Матюхина Е.С., Баляев С.И. Психологические особенности ценностно-смысловой сферы в зрелом возрасте // Наука в жизни человека. 2023. №3. С.116 – 122.
26. Немов Р.С. Основы психологического консультирования: учеб. для студентов педвузов / Р.С. Немов. М.: Гуманитар. издат. центр «ВЛАДОС», 1999. 394 с.
27. Немчин Т.А. Специфика социальнопсихологических факторов генезиса эмоций и их проявление в пожилом возрасте // Вестн. Ленингр. ун-та. Сер. 6. «История КПСС. Научный коммунизм. Философия. Право». 1987. Вып. 4. С. 14.
28. Овчинникова Л. В. Психофизиологическое состояние пожилого человека в период его выхода на пенсию // Человек. Спорт. Медицина. 2012. №8 (267). 22 – 27
29. Одинцова М. А. Психология стресса: учебник и практикум для академического бакалавриата. М.: Юрайт, 2016. 299 с.
30. Очирова Л. И. Исследование тревожности лиц пожилого возраста // КПЖ. 2017. №3 (122). 156 – 159
31. Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. Воронеж: НПО «МОДЭК», 2000.
32. Руководство по геронтологии / под ред. Д.Ф. Чеботарева, В.В. Фролькиса. М.: Медицина, 1978. 503 с.

33. Рямова К.А. Физическая культура и проблемы здоровьесбережения людей пожилого возраста // Образование в Уральском регионе: науч. основы развития: тез. докл. III науч. практ. конф., Екатеринбург, 11–15 апр. 2005 г. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.-пед. ун-та. 2005. С. 133–134.
34. Семке В.Я. Модификация оценочной шкалы жизненных событий для применения в геронтопсихиатрической практике // Современные проблемы пограничных и аддиктивных состояний: материалы конф. Томск, 1996. С. 44–45.
35. Сутурина Ю. В. Эмпатия как профессионально значимое свойство личности педагога высшей школы // Вестник БГУ. Образование. Личность. Общество. 2008. №5. 108 – 113
36. Усынина Т. П., Каскинова Р. С. Взаимосвязь тревожности и социально-психологической адаптации в пожилом возрасте // Экономика и социум. 2017. №1-2 (32). 1334 – 1337
37. Фрейд З. Введение в психоанализ: пер. с нем. М.: АСТ, 2016.
38. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера. М.: ФиС, 1976. 28 с.
39. Шаповаленко И.В. Психология развития и возрастная психология: учебник и практикум для академического бакалавриата. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Изд-во Юрайт, 2019.
40. Шаповаленко И.В. Социальная ситуация развития в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. 1999. № 2. С. 27–40.
41. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н.Ф. Шахматов. М.: Медицина, 1996. 303 с.
42. Шаяхметова Э. Ш., Алгушев Ф. Н., Огуречников Д. Г. Специфика взаимосвязи самоотношения и ценностных ориентаций у пожилых людей // Проблемы современного педагогического образования. 2019. №65-4. 326 – 331

43. Blackhart G.C., Minnix J.A., Kline J.P. Can EEG Asymmetry Patterns Predict Future Development of Anxiety and Depression? A Preliminary Study // Biological Psychology. 2006. Vol. 72, № 1. P. 46–50.
44. Bromley D.B. The Psychology of Human Ageing / D.B.Bromley.London, 1996.201 p.
45. Deakin J.F., Exley K.A. Personality and Male-female Influences on the EEG Alpha Rhythm // Biol. Psychol.1979. Vol. 8. № 4. P. 285–290.
46. Koles Z.J., Lind J.C., Flor-Henry P. Spatial Patterns in the Background EEG Underlying Mental Disease in Man // Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 1994. Vol. 91, № 5. P. 319–328.
47. O’Gorman J.G., Lloyd J.E.M. Extraversion, Impulsiveness and EEG Alpha Activity // Pers. Individ. Diff. 1987. Vol. 8, № 2. P. 169–174
48. Smit D.J.A., Posthuma D., Boomsma D.I., De Geus E.J.C. The Relation Between Frontal EEG Asymmetry and the Risk for Anxiety and Depression // Biological Psychology. 2007. Vol. 74. P. 26–33.

## Приложение А

### Список участников экспериментальной и контрольной групп

Таблица А.1 – Список пожилых людей, участвующих в эксперименте (экспериментальная группа)

Фамилия, имя, отчество участника	Возраст
1. А.Л.Д.	74 года
2. Т.В.А.	73 года
3. Я.В.П.	71 год
4. К.М.Н.	70 лет
5. М.Н.Ф.	69 лет
6. Б.М.Д.	68 лет
7. И.Р.С.	64 года
8. С.Е.Н.	64 года
9. К.И.Г.	65 лет
10. В.М.Т.	62 года
11. К.З.П.	63 года
12. Л.С.Н.	64 года
13. А.Л.Ф.	63 года
14. С.И.К.	62 года
15. Б.Т.Н.	61 год

Таблица А.2 – Список пожилых людей, участвующих в эксперименте (контрольная группа)

Имя, фамилия ребенка	Возраст
1. З.Т.В.	66 лет
2. П.А.Е.	67 лет
3. Х.Г.В.	73 года
4. Л.В.М.	63 года
5. Ф.И.В.	72 года
6. К.Н.В.	70 лет
7. Д.А.И.	74 лет
8. Щ.В.Ф.	69 лет
9. М.Л.С.	68 лет
10. Д.Г.Н.	67 лет
11. Г.В.В.	61 год
12. Ю.Т.Б.	64 лет
13. К.Н.С.	60 лет
14. О.Л.П.	65 лет
15. Е.Л.П.	69 лет

## Приложение Б

### Описание диагностических методик и программ снижения тревожности

#### План группового занятия

Цель: Обучение техникам снижения тревожности для домашнего использования.

#### Упражнение 1: Дыхательная релаксация

Сядьте удобно, положите руки на колени.

Сделайте медленный вдох через нос, считая до 4.

Задержите дыхание на 2 секунды.

Медленно выдохните через рот, считая до 6.

Повторите 5–7 раз, представляя спокойное место (например, лес или море).

#### Упражнение 2: Прогрессивная релаксация по Джекобсону

Сядьте или лягте в удобное положение.

Напрягите мышцы рук (сожмите кулаки) на 5 секунд, затем расслабьте.

Повторите с мышцами плеч, шеи, ног (по очереди).

Сосредоточьтесь на ощущении расслабления в течение 1 минуты.

Рекомендации: Выполняйте упражнения 1–2 раза в день по 5–10 минут. Если чувствуете дискомфорт, сократите время или проконсультируйтесь с психологом.

## Продолжение Приложения Б

Тема занятия: «Управление тревогой через общение и релаксацию».

Продолжительность: 60 минут.

Структура занятия:

Введение (5 минут): Приветствие, обсуждение настроения участников.

Групповое обсуждение (20 минут): Тема «Что приносит радость в повседневной жизни?». Участники делятся опытом, модератор задает вопросы: «Что помогает вам чувствовать себя лучше?».

Релаксационное упражнение (15 минут): Дыхательная релаксация с визуализацией.

Когнитивная работа (15 минут): Разбор тревожной мысли (например, «Я никому не нужен») с использованием техники «Три колонки».

Заключение (5 минут): Обратная связь, домашнее задание (ведение дневника мыслей).

Материалы: Листы бумаги, ручки, памятки по релаксации.

## Продолжение Приложения Б

### Анкета «Прогноз 2»

#### Анкета «Прогноз-2».

Анкета предназначена для определения уровня нервно-психической устойчивости (НПУ) и позволяет выявить отдельные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность возникновения нервно-психических срывов. Качественный анализ ответов позволяет уточнить отдельные биографические сведения, особенности поведения и состояния психической деятельности человека в различных ситуациях.

Методика содержит 86 вопросов, на каждый из которых обследуемый должен дать ответ "да" или "нет". Результаты обследования выражаются количественным показателем (в баллах), на основании которого выносится заключение об уровне нервно-психической устойчивости и вероятности нервно-психических срывов.

Для проведения обследования необходимо иметь текст опросника и регистрационные бланки. Обследование длится около 20 минут.

**Инструкция обследуемым:** вам предлагается ответить на 86 вопросов, направленных на выявление некоторых особенностей вашей личности. Будьте откровенны, долго не раздумывайте над содержанием вопросов, давайте естественный ответ, который первым придет вам в голову. Помните, что нет "хороших" или "плохих" ответов. Если вы отвечаете "Да", поставьте в соответствующей клетке регистрационного бланка знак "+" (плюс), если вы выбрали ответ "Нет", поставьте знак "-" (минус). Внимательно следите за тем, чтобы номер вопроса анкеты и номер клетки регистрационного бланка совпадали. Не пропускайте высказываний.

#### Регистрационный бланк к анкете "Прогноз-2 "

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86				

## Продолжение Приложения Б

### Текст анкеты «Прогноз-2»

1. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что не справлюсь с ним.
2. Меня легко переспорить.
3. Я избегаю поправлять людей, которые высказывают необоснованные утверждения.
4. Люди проявляют ко мне столько сочувствия и симпатии, сколько я заслуживаю.
5. Иногда я бываю уверен, что другие люди знают о чем я думаю.
6. Бывали случаи, что я не сдерживал своих обещаний.
7. Временами я бываю совершенно уверен в своей никчемности.
8. У меня никогда не было столкновений с законом.
9. Я часто запоминаю числа, не имеющие для меня никакого значения (например, номера автомашин и т.п.).
10. Иногда я говорю неправду.
11. Я впечатлительнее большинства других людей.
12. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.
13. Определенно судьба не благосклонна ко мне.
14. Мне часто говорят, что я вспыльчив.
15. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
16. Я легко теряю терпение с людьми.
17. У меня отсутствуют враги, которые по-настоящему хотели бы причинить мне зло.
18. Иногда мой слух настолько обостряется, что это мне даже мешает.
19. Бывает, что я откладываю на завтра то, что можно сделать сегодня.



## Продолжение Приложения Б

20. Если бы люди не были настроены против меня, я достиг бы в жизни гораздо большего.
21. В игре я предпочитаю выигрывать.
22. Часто я перехожу на другую сторону улицы, чтобы избежать встречи с человеком, которого я не желаю видеть.
23. Большую часть времени у меня такое чувство, будто я сделал что-то не то или даже плохое.
24. Если кто-нибудь говорит глупость или как-нибудь иначе проявляет свое невежество, я стараюсь разъяснить ему его ошибку.
25. Иногда у меня бывает чувство, что передо мной нагромодилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.
26. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.
27. В моей семье есть очень нервные люди.
28. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным.
29. Должен признать, что временами я волнуюсь из-за пустяков.
30. Когда мне предлагают начать дискуссию или высказать мнение о вопросе, в котором я хорошо разбираюсь, я делаю это без робости.
31. Я часто подшучиваю над друзьями.
32. В течение жизни у меня несколько раз менялось отношение к моей профессии.
33. Бывало, что при обсуждении некоторых вопросов я, особенно не задумываясь, соглашался с мнением других.
34. Я часто работал под руководством людей, которые умели повернуть дело так, что все достижения в работе приписывались им, а виноватыми в ошибках оказывались другие.
35. Я безо всякого страха вхожу в комнату, где другие уже собрались и разговаривают.

## Продолжение Приложения Б

36. Мне кажется, что по отношению именно ко мне особенно часто поступают несправедливо.
37. Когда я нахожусь на высоком месте, у меня появляется желание прыгнуть вниз.
38. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.
39. Мои планы часто казались мне настолько трудно выполнимыми, что я должен был отказаться от них.
40. Я часто бываю рассеянным и забывчивым.
41. Приступы плохого настроения у меня бывают редко.
42. Я бы предпочел работать с женщинами.
43. Счастливей всего я бываю, когда я один.
44. Иногда, когда я неважно себя чувствую, я бываю раздражительным.
45. Часто я вижу сны, о которых лучше никому не рассказывать.
46. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
47. Я человек нервный и легко возбудимый.
48. Меня очень раздражает, когда я забываю, куда кладу вещи.
49. Бывает, что я сержусь.
50. Работа, требующая пристального внимания мне нравится.
51. Иногда я бываю так взволнован, что не могу усидеть на месте.
52. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка вызывает у меня смех.
53. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
54. Иногда я принимаю валерьяну, элениум или другие успокаивающие средства.
55. Человек я подвижный.
56. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.

## Продолжение Приложения Б

57. Иногда я чувствую, что близок к нервному срыву.
58. Бывало, что я отвечал на письма не сразу после прочтения.
59. Раз в неделю или чаще я бываю возбужденным и взволнованным.
60. Мне очень трудно приспособиться к новым условиям жизни, работы или учебы. Переход к новым условиям жизни, работы или учебы кажется мне невыносимо трудным.
61. Иногда случалось так, что я опаздывал на работу или свидание.
62. Голова у меня болит часто.
63. Я вел неправильный образ жизни.
64. Алкогольные напитки я употребляю в умеренных количествах (или не употребляю вовсе).
65. Я часто предаюсь грустным размышлениям.
66. По сравнению с другими семьями в моей очень мало любви и тепла.
67. У меня часто бывают подъемы и спады настроения.
68. Когда я нахожусь среди людей, я слышу очень странные вещи.
69. Я считаю, что меня очень часто наказывали незаслуженно.
70. Мне страшно смотреть вниз с большой высоты.
71. Бывало, что я целыми днями или даже неделями ничего не мог делать, потому что никак не мог заставить себя взяться за работу.
72. Я ежедневно выпиваю необычно много воды.
73. У меня бывали периоды, когда я что-то делал, а потом не знал, что именно я делал.
74. Когда я пытаюсь что-то сделать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.
75. Думаю, что я человек обреченный.
76. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.
77. Временами мне кажется, что моя голова работает медленнее.

## Продолжение Приложения Б

78. Мне кажется, что я все чувствую более остро, чем другие.
79. Иногда совершенно безо всякой причины у меня вдруг наступает период необычайной веселости.
80. Некоторые вещи настолько меня волнуют, что мне даже говорить о них трудно.
81. Иногда меня подводят нервы.
82. Часто у меня бывает такое ощущение, будто все вокруг нереально.
83. Когда я слышу об успехах близкого знакомого, я начинаю чувствовать, что я неудачник.
84. Бывает, что мне в голову приходят плохие, часто даже ужасные слова, и я никак не могу от них отвязаться.
85. Иногда я стараюсь держаться подальше от того или иного человека, чтобы не сделать или не сказать чего-нибудь такого, о чем потом сожалею.
86. Часто, даже когда все складывается для меня хорошо, я чувствую, что мне все безразлично.

## Тест «Ситуационная тревожность»

Цель теста: оценить уровень тревоги, которую человек испытывает в данный момент, под воздействием конкретной жизненной ситуации.

Методика:

Обычно используется шкала ситуативной тревожности из опросника STAI (Spielberger, адаптация Ч. Спилбергера и Ю.Л. Ханина).

Структура теста: тест состоит из 20 утверждений. Участник оценивает, насколько каждое утверждение отражает его текущее состояние. Оценка проводится по 4-балльной шкале:

1 – Совсем нет

## Продолжение Приложения Б

2 – Немного

3 – В значительной степени

4 – Очень сильно

Примеры утверждений:

Я чувствую себя напряженным(ой).

Я спокоен(на).

Я чувствую внутреннюю дрожь.

Я испытываю чувство комфорта.

(Важно: положительные утверждения пересчитываются обратным образом при подсчете баллов.)

Оценка результатов:

Подсчитывается сумма баллов за все 20 утверждений.

Интерпретация уровня тревожности:

20–30 баллов – Низкий уровень ситуативной тревожности.

31–45 баллов – Средний уровень ситуативной тревожности.

46–60 баллов – Высокий уровень ситуативной тревожности.

Особенности теста:

Тест фиксирует именно текущее эмоциональное состояние, а не личностную склонность к тревоге.

Он чувствителен к внешним обстоятельствам: стрессу, новостям, событиям в жизни.

Практическое значение: используется для быстрой диагностики эмоционального состояния в клинике, школах, исследовательских проектах.

Может применяться до и после тренингов по стресс-менеджменту для оценки динамики состояния.

## Приложение В

### Протоколы обследования всех участников исследования на контрольном этапе

Таблица В.1 – Методика 1 Шкала STAI

п\н участника	Возраст	Показатели	Количество баллов	Описание
		Ситуативная тревожность (в баллах)	Личностная тревожность (в баллах)	
Экспериментальная группа				
1	74 года	48	46	Выраженное напряжение, склонность к тревоге
2	73 года	47	48	Высокое напряжение, тревожные реакции
3	71 год	50	47	Сильное напряжение, выраженная тревожность.
4	70 лет	46	50	Высокая тревожность, напряжение во время теста
5	69 лет	49	46	Высокое напряжение, тревожные черты
6	68 лет	35	38	Умеренное напряжение, нормальная реакция на стресс3
7	64 года	36	37	Умеренная тревога, адаптивная реакция.
8	64 года	34	39	Умеренное напряжение, нормальная тревожность.
9	65 лет	37	36	Умеренная тревога, нормальная реакция
10	62 года	46	48	Высокая тревожность, напряжение во время теста
11	63 года	28	30	Низкая тревожность, спокойное состояние
12	64 года	29	28	Низкая тревожность, эмоциональная стабильность
13	63 года	48	47	Высокое напряжение, тревожные черты
14	62 года	47	49	Высокая тревожность, напряжение во время теста
15	61 год	35	36	Умеренная тревога, нормальная реакция
Контрольная группа				
1	66 лет	50	48	Выраженное напряжение, тревожные черты

## Продолжение Приложения В

п\н участника	Возраст	Показатели	Количество баллов	Описание
		Ситуативная тревожность (в баллах)	Личностная тревожность (в баллах)	
2	60 лет	48	46	Высокое напряжение, тревожные реакции
3	73 года	47	50	Сильное напряжение, выраженная тревожность
4	63 года	49	47	Высокая тревожность, напряжение во время теста
5	72 года	46	45	Высокое ситуативное напряжение, умеренная личностная тревога.
6	70 лет	35	38	Умеренное напряжение, нормальная реакция на стресс
7	74 лет	36	37	Умеренная тревога, адаптивная реакция
8	69 лет	34	39	Умеренное напряжение, нормальная тревожность
9	68 лет	37	36	Умеренная тревога, нормальная реакция
10	67 лет	28	30	Низкая тревожность, спокойное состояние
11	61 год	35	29	Умеренная ситуативная тревога, стабильная личность
12	64 лет	36	37	Умеренная тревога, нормальная реакция
13	60 лет	47	48	Высокая тревожность, напряжение во время теста
14	65 лет	46	47	Высокое напряжение, тревожные черты <sup>47</sup>
15	69 лет	49	46	Высокая тревожность, напряжение во время теста

## Продолжения Приложения В

Таблица В.2 – Анкетирование «Прогноз-2»

п/н участника	Возраст	Шкала	Сырой балл	Стен
Экспериментальная группа				
1	74 года	Высокий	80	9
2	73 года	Средний	60	6
3	71 год	Низкий	40	3
4	70 лет	Высокий	80	9
5	69 лет	Средний	60	6
6	68 лет	Низкий	40	3
7	64 года	Высокий	80	9
8	64 года	Средний	60	6
9	65 лет	Низкий	40	3
10	62 года	Высокий	80	9
11	63 года	Средний	60	6
12	64 года	Низкий	40	3
13	63 года	Высокий	80	9
14	62 года	Средний	60	6
15	61 год	Низкий	40	3
Контрольная группа				
1	66 лет	Высокий	80	9
2	67 лет	Средний	60	6
3	73 года	Низкий	40	3
4	63 года	Высокий	80	9
5	72 года	Средний	60	6
6	70 лет	Низкий	40	3
7	74 лет	Высокий	80	9
8	69 лет	Средний	60	6
9	68 лет	Низкий	40	3
10	67 лет	Высокий	80	9
11	61 год	Средний	60	6
12	64 лет	Низкий	40	3
13	60 лет	Высокий	80	9
14	65 лет	Средний	60	6
15	69 лет	Низкий	40	3



## Продолжения Приложения В

Таблица В.3 – Методика «Клиническое интервью»

п/н участника	Возраст	Уровень	Жалобы	Описание
Экспериментальная группа				
1	70 лет	высокий	Хронические боли, слабые социальные связи, сильное одиночество	Здоровье и изоляция усиливают тревогу <sup>4</sup>
2	68 лет	высокий	Сердечные проблемы, ограниченные связи, одиночество выражено	Жалобы и изоляция вызывают тревогу
3	72 года		Хроническая усталость, слабые связи, одиночество	Здоровье и изоляция усиливают тревогу. <sup>46</sup>
4	75 лет	высокий	Проблемы с подвижностью, ограниченные связи, одиночество	Жалобы усиливают тревогу <sup>4</sup>
5	69 лет	высокий	Диабет, слабые связи, сильное одиночество	Здоровье и изоляция вызывают тревогу
6	73 года	средний	Умеренные (усталость), частичные связи, слабое одиночество	
7	71 год	средний	Умеренные (гипертония), частичные связи, одиночество умеренное	Социальная поддержка снижает тревогу <sup>3</sup>
8	74 года	средний	Умеренные (бессонница), частичные связи, слабое одиночество	Социальная поддержка снижает тревогу
9	67 лет	средний	Умеренные (усталость), частичные связи, слабое одиночество	Жалобы вызывают умеренную тревогу
10	76 лет	высокий	Хронические боли, слабые связи, одиночество выражено	Здоровье и изоляция усиливают тревогу
11	69 лет	низкий	Минимальные (редкие головные боли), активные связи, одиночество отсутствует	Социальная активность снижает тревогу
12	78 лет	низкий	Минимальные (легкая усталость), активные связи, одиночество отсутствует	Социальная поддержка обеспечивает благополучие
13	71 год	высокий	Сердечные проблемы, слабые связи, одиночество выражено	Здоровье и изоляция вызывают тревогу
14	80 лет	высокий	Проблемы с подвижностью, слабые связи, одиночество выражено	Жалобы усиливают тревогу
15	66 лет	высокий	Хронические боли, ограниченные связи, одиночество выражено	Жалобы и изоляция вызывают тревогу <sup>5</sup>

## Продолжения Приложения В

п/н участника	Возраст	Уровень	Жалобы	Описание
Контрольная группа				
1	72 года	высокий	Хронические боли, слабые связи, сильное одиночество	Здоровье и изоляция усиливают тревогу
2	68 лет	высокий	Гипертония, ограниченные связи, одиночество выражено	Жалобы и изоляция вызывают тревогу
3	75 лет	высокий	Проблемы с сердцем, слабые связи, одиночество	Здоровье и изоляция усиливают тревогу
4	70 лет	высокий	Боли в суставах, ограниченные связи, одиночество	Жалобы усиливают тревогу
5	73 года	высокий	Бессонница, слабые связи, одиночество выражено	Жалобы усиливают тревогу
6	67 лет		Умеренные (усталость), частичные связи, слабое одиночество	Жалобы вызывают умеренную тревогу
7	71 год	средний	Умеренные (гипертония), частичные связи, одиночество умеренное	Социальная поддержка снижает тревогу
8	74 года	средний	Умеренные (боли в спине), частичные связи, одиночество умеренное	Жалобы вызывают умеренную тревогу
9	68 лет	средний	Умеренные (бессонница), частичные связи, слабое одиночество	Социальная поддержка снижает тревогу
10	76 лет	низкий	Минимальные (редкие головные боли), активные связи, одиночество отсутствует	Социальная активность снижает тревогу
11	65 лет	средний	Умеренные (усталость), частичные связи, слабое одиночество	Жалобы вызывают умеренную тревогу
12	78 лет	высокий	Проблемы с подвижностью, слабые связи, одиночество выражено	Здоровье и изоляция вызывают тревогу
13	71 год	высокий	Сердечные проблемы, слабые связи, одиночество	Жалобы усиливают тревогу
14	80 лет	средний	Умеренные (боли в суставах), частичные связи, одиночество умеренное	Жалобы вызывают умеренную тревогу
15	66 лет	низкий	Минимальные (легкая бессонница), активные связи, одиночество отсутствует	Социальная поддержка снижает тревогу

## Приложение Г

### Протоколы обследования всех участников исследования на констатирующем этапе

Таблица Г.1– Методика 1 Шкала STAI

п\н участника	Возраст	Показатели	Количество баллов	Описание
		Ситуативная тревожность (в баллах)	Личностная тревожность (в баллах)	
Экспериментальная группа				
1	70 лет	28	30	Спокойное состояние, уверенные ответы, отсутствие напряжения
2	68 лет	26	28	Эмоциональная стабильность, отсутствие стресса во время теста
3	72 года	29	31	Спокойствие в текущей ситуации, умеренная склонность к тревоге
4	75 лет	27	29	Уверенные ответы, низкий уровень стресса
5	69 лет	30	27	Спокойное поведение, низкая тревожность
6	73 года	35	38	Умеренное беспокойство, реакция на жизненные трудности
7	71 год	36	29	Умеренная ситуативная тревога, стабильность в личности
8	74 года	38	35	Умеренное напряжение, некоторая склонность к тревоге
9	67лет	34	28	Умеренная ситуативная тревога, стабильная личность
10	76 лет	29	27	Низкая тревожность, спокойное состояние
11	69 лет	29	30	Эмоциональная стабильность, низкий стресс
12	78 лет	37	40	Умеренное беспокойство, реакция на стресс
13	71 год	48	46	Высокое напряжение, склонность к тревоге
14	80 лет	29	28	Низкая тревожность, спокойное состояние
15	66 лет	46	47	Высокое напряжение, выраженная тревожность
Контрольная группа				
1	72 года	50	48	Выраженное напряжение, склонность к тревоге

### Продолжение Приложения Г

п\н участника	Возраст	Показатели	Количество баллов	Описание
		Ситуативная тревожность (в баллах)	Личностная тревожность (в баллах)	
2	60 лет	48	46	Высокое напряжение, устойчивые тревожные черты
3	75 лет	47	50	Сильное напряжение, выраженная тревожность
4	70 лет	49	47	Высокая тревожность, напряжение во время теста
5	73 года	46	45	Высокое ситуативное напряжение, умеренная личностная тревога
6	67 лет	35	38	Умеренное напряжение, нормальная реакция на стресс
7	71 год	36	37	Умеренная тревога, адаптивная реакция
8	74 года	34	39	Умеренное напряжение, нормальная тревожность
9	68 лет	37	36	Умеренная тревога, нормальная реакция на стресс
10	76 лет	28	30	Низкая тревожность, спокойное состояние
11	65 лет	35	29	Умеренная ситуативная тревога, стабильная личность
12	78лет	48	46	Высокое напряжение, выраженная тревожность
13	71 год	47	48	Высокая тревожность, напряжение во время теста
14	80 лет	46	47	Высокое напряжение, выраженная тревожность
15	66 лет	49	46	Высокая тревожность, напряжение во время теста

## Продолжение Приложения Г

Таблица Г.2 – Анкетирование «Прогноз-2»

п/н участника	Возраст	Шкала	Сырой балл	Стен
Экспериментальная группа				
1				
2	66 лет	Средний	57	6
3	67 лет	Низкий	40	3
4	68 лет	Высокий	69	9
5	69 лет	Средний	57	6
6	68 лет	Низкий	40	3
7	69 лет	Высокий	69	9
8	66 лет	Средний	57	6
9	67 лет	Низкий	40	3
10	68 лет	Высокий	69	9
11	69 лет	Средний	57	6
12	68 лет	Низкий	40	3
13	69 лет	Высокий	69	9
14	66 лет	Средний	57	6
15	67 лет	Низкий	40	3
Контрольная группа				
п/н участника	Возраст	Шкала	Сырой балл	Стен
1	66 лет	Высокий	80	9
2	67 лет	Средний	60	6
3	73 года	Низкий	40	3
4	63 года	Высокий	80	9
5	72 года	Средний	60	6
6	70 лет	Низкий	40	3
7	74 лет	Высокий	80	9
8	69 лет	Средний	60	6
9	68 лет	Низкий	40	3
10	67 лет	Высокий	80	9
11	61 год	Средний	60	6
12	64 лет	Низкий	40	3
13	60 лет	Высокий	80	9
14	65 лет	Средний	60	6
15	69 лет	Низкий	40	3

## Продолжение Приложения Г

Таблица Г.3– Методика 3: Клиническое интервью

п/н участника	Возраст	Уровень	Жалобы	Описание
Экспериментальная группа				
1	70 лет	низкий	Минимальные (редкие головные боли), активные социальные связи, одиночество не выражено	Чувствует поддержку семьи, комфорт в социальной жизни.
2	68 лет	низкий	Незначительные проблемы со здоровьем, хорошие социальные связи, нет одиночества	Удовлетворен социальной активностью, жалобы не вызывают тревоги
3	72 года	низкий	Минимальные (легкая усталость), регулярное общение с друзьями, одиночество отсутствует	Социальная поддержка снижает тревогу
4	75 лет	низкий	Незначительные (периодические боли в суставах), активные связи, нет одиночества	Чувствует себя включенным в социальную жизнь
5	69 лет	низкий	Минимальные (легкая бессонница), хорошие связи, одиночество не выражено	Социальная активность способствует благополучию
6	73 года	средний	Умеренные (хроническая усталость), ограниченные связи, легкое одиночество	Умеренные жалобы, социальная поддержка частично помогает
7	71 год	средний	Умеренные (проблемы с давлением), частичные связи, умеренное одиночество	Жалобы вызывают беспокойство, но поддержка снижает тревогу
8	74 года	средний	Умеренные (боли в спине), ограниченные связи, умеренное одиночество	Жалобы усиливают тревогу, требуется больше поддержки.
9	67 лет	средний	Умеренные (легкая гипертония), частичные связи, слабое одиночество	Умеренные жалобы, социальная активность помогает
10	76 лет	средний	Умеренные (проблемы со сном), ограниченные связи, слабое одиночество	Жалобы вызывают легкую тревогу, поддержка помогает
11	69 лет	средний	Умеренные (усталость), частичные связи, легкое одиночество	Социальная поддержка снижает тревогу
12	78 лет	высокий	Выраженные (хронические боли), ограниченные связи, сильное одиночество	Здоровье и изоляция усиливают тревогу

## Продолжение Приложения Г

п/н участника	Возраст	Уровень	Жалобы	Описание
13	71 год	высокий	Выраженные (сердечные проблемы), слабые связи, сильное одиночество	Здоровье и изоляция вызывают сильную тревогу
14	80 лет	высокий	Выраженные (проблемы с подвижностью), слабые связи, одиночество выражено	Здоровье и изоляция усиливают тревогу
15	66 лет	высокий	Выраженные (диабет), ограниченные связи, сильное одиночество	Здоровье и изоляция вызывают тревогу
Контрольная группа				
1	72 года	высокий	Выраженные (хронические боли), слабые связи, сильное одиночество	Здоровье и изоляция усиливают тревогу
2	68 лет		Выраженные (гипертония), ограниченные связи, одиночество выражено.	Здоровье и изоляция вызывают сильную тревогу
3	75 лет	высокий	Выраженные (проблемы с сердцем), слабые связи, одиночество.	Здоровье и изоляция усиливают тревогу.
4	70 лет	высокий	Выраженные (боли в суставах), ограниченные связи, одиночество	Здоровье и изоляция вызывают тревогу
5	73 года	высокий	Выраженные (бессонница), слабые связи, одиночество выражено	Жалобы усиливают тревогу
6	67 лет	средний	Умеренные (усталость), частичные связи, слабое одиночество	Жалобы вызывают умеренную тревогу
7	71 год	средний	Умеренные (проблемы с давлением), частичные связи, одиночество умеренное	Социальная поддержка частично снижает тревогу
8	74 года		Умеренные (боли в спине), частичные связи, одиночество умеренное	Жалобы вызывают умеренную тревогу
9	68 лет	средний	Умеренные (гипертония), частичные связи, слабое одиночество	Социальная поддержка снижает тревогу
10	76 лет	низкий	Минимальные (редкие головные боли), активные связи, одиночество отсутствует.	Социальная активность обеспечивает благополучие
11	65 лет	средний	Умеренные (усталость), частичные связи, слабое одиночество.	Жалобы вызывают умеренную тревогу
12	78 лет	высокий	Выраженные (проблемы с подвижностью), слабые связи, одиночество выражено.	Здоровье и изоляция усиливают тревогу