

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)
Факультет психолого-социальной работы и высшего сестринского образования
кафедра клинической психологии и педагогики

Допустить к защите:
Зав. кафедрой клинической психологии
и педагогики
д.пс.н., профессор Е.С. Набойченко

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ**

Специальность:
37.05.01 – Клиническая психология
Квалификация: специалист

Исполнитель:
студент группы ОКП-601
Ушакова Екатерина
Станиславовна

Научный руководитель:
к.пс.н., доцент
Алферова И.С

Екатеринбург – 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Теоретический анализ проблемы эмоциональных нарушений в пожилом возрасте.....	7
1.1. Понятие эмоциональных нарушений.....	7
1.2. Возрастные особенности эмоциональных нарушений у лиц в период пожилого возраста.....	12
1.3. Специфика проявления эмоциональных особенностей у лиц после перенесенной коронавирусной инфекции	21
2 Эмпирическое исследование эмоциональных нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции у лиц пожилого возраста.....	35
2.1. Организация и методы исследования	35
2.2. Интерпретация и анализ результатов исследования эмоциональных нарушений лиц в пожилом и зрелом возрасте после перенесенной новой коронавирусной инфекции	38
3. Рекомендации по работе с людьми пожилого возраста после перенесённой коронавирусной инфекции.....	58
3.1. Теоретическое обоснование психологического сопровождения пожилых людей с эмоциональными нарушениями, приобретенными в последствии коронавирусной инфекции	58
3.2. Стратегия психологического сопровождения пожилых людей с эмоциональными нарушениями, приобретенными впоследствии перенесённой коронавирусной инфекции	61
Заключение.....	70
Список использованных источников	73
Приложение 1. Интегративный тест тревожности	82
Приложение 2. Шкала Цунга для самооценки депрессии	83
Приложение 3. Торонтская алекситимическая шкала	84
Приложение 4. Уровень невротизации	86

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. До современного периода сохранялась тенденция к росту продолжительности жизни пожилых людей в обществе в целом, в особенности в экономически сформированных государствах, что акцентирует внимание на значимости медико-социальных, экономических и также психологических задачах, однако, с приходом новой, пугающей части жизни людей по всему миру, порождаемой коронавирусом SARS-CoV-2 значимость интенсивной работы в перечисленных выше направлениях существования уязвимых категорий населения еще больше укрепила свои позиции. С возрастом повышается количество эмоциональных нарушений, возрастает угроза развития деменции пожилого народонаселения, проявляются нарушения в эмоционально-личностной сфере, которые оказывают воздействие на общепсихологический статус, соматические функции и качество жизни, что призывает к четкой диагностике психологических патологий в доклинических стадиях. Наиболее важным условием развития подобного рода патологии может быть картина интенсивного стресса, с которым не так просто справиться в отсутствие должной помощи.

Тем не менее, социальная ситуация меняется, по этой причине немаловажны последующие исследования, а также создание коррекционных мер психических расстройств. Особенно сейчас, когда общественность целой планеты встретилось с коронавирусной инфекцией, что на своем пути не щадит ни физическое ни эмоциональное состояние людей, столкнувшихся с этим отягощающим обстоятельством. Увеличение продолжительности трудоспособного возраста, а также сохранности здорового эмоционального переживания жизненных событий представляет собой одну из преимущественно важных вопросов для формирования благоприятного климата населения. В связи с проблемой уязвимости пожилого возраста к

новой инфекции, необходимы поиски новых действенных способов коррекции психофизиологического состояния.

Объект исследования – эмоциональные нарушения в пожилом возрасте.

Предмет исследования – эмоциональные нарушения после перенесенной коронавирусной инфекции в пожилом возрасте.

Цель – выявить особенности эмоциональных нарушений, возникающих в результате новой коронавирусной инфекции в пожилом возрасте в сравнении с группой здоровья и людьми зрелого возраста, как ближайшей возрастной группы и разработать рекомендации по психологическому сопровождению лиц пожилого возраста для психологов.

Задачи.

1) Проанализировать научные источники по проблеме эмоциональных нарушений в пожилом возрасте.

2) Изучить эмоциональные нарушения в пожилом и зрелом возрасте после перенесенной новой коронавирусной инфекции.

3) Произвести сравнительный анализ эмоциональных нарушений лиц пожилого возраста, людей зрелого возраста, перенесших коронавирусную инфекцию и условной группы здоровья.

4) Разработать рекомендации по психологическому сопровождению пожилых людей с эмоциональными нарушениями после перенесенной коронавирусной инфекции.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что степень выраженности эмоциональных нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции значительно выше у лиц пожилого возраста в сравнении с людьми зрелого возраста и условной группы здоровья.

Теоретико-методологическая база исследования.

Объяснение природы эмоциональных нарушений и эмоций в общем всегда интересовало мыслителей и ученых. В истории психологической мысли большой вклад внесли такие ученые, как А.Н. Леонтьев, П.К. Анохин,

А.Р. Лурия, С.Л. Рубинштейн, А.В. Запорожец, Я. Рейковский и др. Вопросы депрессивных и тревожных состояний рассматривали такие авторы как У. Цунг, А. Бек, Т.И. Балашова, А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман и др. Проблемы алекситимии освещались в работах Г. Тейлора, Д. Райана, Д.Б. Ересько, Г.Л. Исуриной, Е.Г. Старостиной, А.В. Батрашева и др. Тему невротизации разрабатывали В. Бойко, Л. И. Вассерман и др.

Комплекс **методов** исследования работы: в процессе исследования производился анализ научной и методической литературы по теме исследования, ее обобщение и систематизация. Комплекс психодиагностических методов – опросники, проективные методики, и методы статистической обработки данных – одновыборочный критерий Спирмена, Хи-квадрат Пирсона, критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ.

Для проведения исследования был определен следующий **психодиагностический инструментарий**:

1) «Интегративный тест тревожности» – методика, разработанная в 2005 г. ВНИПНИ им. Бехтерева к.пс.н. А. П. Бизюком, д.м.н. профессором Л. И. Вассерманом и к.м.н. Б. В. Иовлевым для диагностики тревоги и тревожности, а также ее составляющих по шкалам «эмоциональный дискомфорт», «астенический компонент тревожности», «фобический компонент», «тревожная оценка перспективы» и «социальная защита».

2) «Шкала Цунга» для самооценки депрессии – для оценки уровня депрессии пациентов и определения степени депрессивного расстройства. Тест был изобретен в Университете Дюка психиатром доктором Уильямом Цунгом.

3) «Торонтская алекситимическая шкала» – для измерения и оценки алекситимии, которая может выступать как психологическая защита от тяжести эмоционального состояния пациента. Разработана G. J. Taylor и соавторами.

4) «Уровень невротизации» – для предварительной диагностики нарушений невротического уровня, так как эта методика является отображением типологического подхода к личности и позволяет исключить или подтвердить более глубокие личностные нарушения. Опросник был создан в 1999 году в НИПНИ им. Бехтерева.

Базой исследования был выбран ГАУЗ СО «СОКПБ», ГАУЗ СО «Арамилевская городская больница», проводился свободный опрос. В исследовании приняли участие люди обоих полов от 40 до 71 лет в общем количестве 48 человек: 19 участников группы пожилых и 29 участников группы зрелых людей.

Практическая значимость данной работы состоит в том, что полученные результаты и сделанные по ним выводы, могут быть направлены в сторону профилактики эмоциональных нарушений в пожилом возрасте, возникающих в последствии новой коронавирусной инфекции. Так же, эта работа может быть полезна в рамках психотерапевтического воздействия на пожилых людей с уже имеющимися эмоциональными нарушениями – выделенные мишени работы могут значительно способствовать эффективности психотерапии в отношении данной группы людей.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

1.1. Понятие эмоциональных нарушений

В психологической научной среде наиболее распространенным определением эмоций является следующее. Под эмоциями многие психологи, например, такие как А.Ю. Захарова, Г.В. Митина и др., подразумевают определенные процессы, отражающие личную значимость и оценку внешних и внутренних ситуаций в контексте жизни личности. Иначе говоря, для эмоций характерно выражение состояний субъекта и определение отношений данного субъекта к объекту [14, 15, 31].

При этом в современной психологической науке эмоциональные состояния и эмоциональные реакции – это различающиеся понятия. Так, для эмоциональных состояний характерно возникновение в определенных ситуациях, следовательно, для них характерны интенсивность и устойчивость. В свою очередь именно с эмоциональными состояниями связывают эмоциональные нарушения. При этом, отдельно выделяются эмоциональные реакции, для которых характерно не долгосрочное повышение интенсивности психического возбуждения в результате влияния какого-либо сильного раздражителя. Важно отметить, что в случае с эмоциональными реакциями при прекращении воздействия раздражителя прекращается и эмоциональная реакция [52].

В качестве главной особенности эмоционального состояния стоит выделить его приоритетность относительно иных состояний и реакций. Проявляется это в том, что эмоциональные состояния находят свое отражение во всем организме и направляют общее состояние человека в определенное русло переживаний. Осуществляя почти моментальную интеграцию абсолютно всех функций организма, эмоции в целом способны к становлению безусловным сигналом позитивного либо неблагоприятного

воздействия на организм. Нередко этот механизм способен выражаться, в том числе и раньше, чем назначены локализации воздействия и конкретный телесный отклик. [10].

На основании этого одна из ключевых функций эмоций – оценка информации, включенной в воспринимаемую ситуацию. При этом, результат сознательной оценки фиксируется в мыслях и ожиданиях, обладающих эмоциональной окраской. Оценки негативного характера, как правило, возникают из определенного рода систематических ошибок при обработке информации, полученной о ситуации.

Нередко ошибки подобного рода сопряжены с индивидуальной организацией личности человека и возможностями удовлетворения потребностей индивида касательно этих условий [25].

В свою очередь, из числа ошибок мышления, которые имеют все шансы являться причиной устойчивых эмоциональных состояний, выделяют:

- произвольные заключения из существующей информации;
- избирательное пренебрежение либо игнорирование той или иной составляющей информации;
- чрезмерная генерализация информации, как распространение этой информации на наиболее широкую группу событий;
- переоценка либо преуменьшение значения информации;
- персонализация ответственности за успех либо провал в конкретных обстоятельствах;
- жесткая противопоставленность информации [44].

Стоит сказать и о том, что нередко наблюдается связь эмоциональных состояний с содержанием "Я-концепции", в том числе оценки своего прошлого и будущего, а также самооценки. Таким образом эмоции, активизируясь в памяти в ассоциации с определенными мыслями и образами, поддерживают сами себя, что обеспечивает устойчивость эмоциональных нарушений. Связано это с тем, что восприятие и когниции, как правило,

активно участвуют в происхождении и закреплении эмоциональных нарушений [2].

Основные первичные эмоции и их проявления во многом связаны с особенностями восприятия. Таким образом, в ранние периоды развития немаловажное место занимают процессы обусловливания разнообразных эмоциональных откликов и их укрепление [16].

Также может произойти так, что некоторые эмоциональные состояния будут развиваться как привычные, – это связано с восприятием повторяющихся ситуаций. Такие повторяющиеся ситуации ведут к тому, что когнитивное оценивание одинаковых ситуаций, а также автоматизация прямого эмоционального реагирования на интерорецепцию аналогичной ситуации со временем «выключается». К примеру, индивид, обладающий опытом провалов в период обучения в классе, начинает испытывать тревогу непосредственно после попадания в класс. В процессе этого не происходит осознание причин эмоционального состояния и отсутствует рефлексия происходящего [50].

При этом непосредственно нарушения эмоциональных проявлений, или, по-другому, нарушения эмоциональной сферы связаны с проблематичностью переживания эмоциональных состояний того или иного рода. Одной из ключевых разновидностей нарушений эмоциональной сферы выступает изменение эмоционального состояния в сторону угнетения или подъема [10].

В Российской Федерации на текущий момент используется 10-й пересмотр международной классификации болезней. В МКБ-10 выделена рубрика «Аффективные расстройства настроения» (F3) для диагностики и систематики депрессивных состояний. Более того, в международной классификации болезней десятого пересмотра важными аспектами выступают: варианты течения депрессии (F 32 – F 34), выраженность депрессии (легкая, умеренная, тяжелая) и наличие дополнительных симптомов (соматических и психотических). Более того, в каждом из

разделов F имеют место подрубрики: 1) по тяжести; 2) по наличию соматических симптомов; 3) по наличию психотических симптомов конгруэнтных или не конгруэнтных настроению. Отдельно выделены рубрики для неуточненных расстройств [33].

Эмоциональные нарушения — общее название группы психических нарушений, связанных с патологией аффекта. Ведущим признаком считается нарушение эмоционального состояния [29]. Разного рода эмоциональные нарушения могут проявляться как в качестве самостоятельных расстройств или компонентов других расстройств психики, так и как результат состояний значительной фрустрации. В то же время, определяя патологичность эмоциональных состояний, стоит исходить из их частотности, интенсивности, устойчивости и содержания [42].

Если рассматривать эмоциональные состояния, считающиеся патологическим по содержанию, стоит выделить, что патологическими они являются в случае, если никак не соответствуют условиям, при которых полагается переживать подобные состояния. В качестве примера можно рассмотреть тревожность, как обобщенное чувство напряжения и беспокойства, не имеющее предмета в сравнении со страхом, определяемым как эмоциональное состояние, проявляющиеся при наличии объективного опасного стимула, либо же при его предвосхищении.

Если же говорить о патологических эмоциональных состояниях, выделяемых по частоте возникновения, интенсивности и устойчивости, стоит отметить, что таковые определяются в случае, если данные эмоциональные состояния не укладываются в общепринятые в культурном контексте временные рамки их допустимого проявления и препятствуют реализации различных социальных функций и обязанностей [33].

Уровень осознанности, а также реалистичности эмоциональных состояний способен оказывать влияние на признание эмоций патологическими. Таким образом, тревожность способна появляться в следствии осознанного прогноза формирования ситуации либо стихийно, в

отсутствии заметных факторов. [42]. В контексте рассмотрения современного этапа развития клинической психологии, причины возникновения эмоциональных нарушений зачастую сводят к когнитивным факторам, таким как мысли, фантазии и представления [42].

Важно выделить такое понятие как невротизация, которое чаще всего употребляется либо как синоним таких явлений, как невроз и невротическое состояние, либо как некий процесс формирования невроза, его усугубления, развития, формирования [28].

Условия возникновения эмоциональных нарушений условно разделяются на две группы. В первую включены внешние ситуационные условия, а во вторую, в свою очередь, внутренние личностно-обусловленные условия [29].

Стоит также сказать и о таком понятии, как алекситимия. Алекситимия характеризуется отсутствием возможности выражения своих чувств в устной форме. Так же в контексте данного понятия можно сказать об эмоциональной некомпетентности, неспособности человека воспринимать или выражать свои чувства, а также о том, что алекситимия связана с другими психологическими компонентами структуры личности [8].

Среди эмоциональных нарушений принято выделять такие классы, как расстройства настроения и тревожные расстройства. Однако стоит отметить, что к ряду самостоятельных нарушений аффективной сферы относятся исключительно нарушения настроения. В то же время более грамотным будет определение тревожных расстройств не в сегмент аффективных нарушений, а, напротив, как принадлежность к нарушениям преимущественно когнитивного компонента эмоциональности (в международной классификации болезней они классифицируются в рамках особого типа расстройств – невротических или связанных со стрессом) [25].

При этом специальное клиническое значение имеют соматические симптомы, имеющие связь с нарушениями физиологических функций. В качестве примеров можно выделить чрезмерно раннее пробуждение по утрам

(на два часа или более, чем обычно), значительное снижение аппетита, нестандартные изменения массы тела. Также присутствуют психотические симптомы, включающие в себя такие, как депрессивный ступор, галлюцинации или бред. В свою очередь, для бредовых идей наиболее характерно преобладание фабулы греховности обнищания, возможных несчастий, ответственность за которые ложится на плечи пациенту. В тоже время могут наблюдаться слуховые галлюцинации, которые могут проявляться как голоса обвиняющего или оскорбляющего характера, или обонятельные галлюцинации, зачастую проявляющиеся за счет ощущения больным запахов загнивающей грязи или плоти. Важно отметить и то, что выраженная психомоторная заторможенность может перейти в ступор [33].

Подводя итог вышесказанному – эмоциональные нарушения широкая группа паталогических состояний, различающихся по своей структуре, симптоматике и тяжести.

1.2 Возрастные особенности эмоциональных нарушений у лиц в период пожилого возраста

В рамках возрастной периодизации, принятой Международным симпозиумом по возрастной периодизации в 1965 году, для рассмотрения был взят период пожилого возраста. Пожилой возраст: 61-74 для мужчин; 56-74 для женщин [22]. Пожилое население сталкивается с психо-социальными затруднениями, такими как социальная незащищенность – низкие доходы, ограниченный доступ к ресурсам здравоохранения и социальных служб. Жизнь вне профессии, снижение мобильности, увеличение потребности в помощи окружающих. Утраты, отчаяние и одиночество. Осознание ухудшения здоровья, обострение хронических заболеваний. Дискриминация и агрессия в адрес пожилых.

Для изменений эмоциональной сферы у лиц в период пожилого возраста характерны следующие особенности:

- 1) высокая устойчивость высших эмоций, в том числе эмоций, связанных с индивидуальным творчеством;
- 2) изменение динамичности эмоциональных состояний, выражающееся либо в инертности, либо в лабильности эмоций;
- 3) возрастание роли и места, занимаемого отрицательными эмоциями [23].

По большей части, для пожилого возраста свойственно снижение уровня контроля над демонстрацией эмоций, при этом, например, эмоциональная черствость или снижение уровня способности к эмпатии встречается достаточно часто. Как правило, одним из наиболее часто встречающихся признаков эмоциональной сферы у пожилых людей выступает доминирование какой-либо модальности переживаний, будь то грусть, раздраженное недовольство или тревога. В то же время, нередко можно наблюдать своеобразные изменения в эмоциональной сфере, свойственные периоду поздней зрелости, такие как неконтролируемое усиление аффективных реакций со склонностью к беспричинной грусти, тоске, слезливости. На этом фоне важными показателями психологического самочувствия пожилого человека становятся эмоциональный настрой, наличие повышенной тревожности и субъективное ощущение одиночества. Стоит сказать и о том, что, как правило, особые черты эмоциональной сферы лиц пожилого возраста имеют связь с переменной роли в социуме, например, в результате выхода на пенсию, и необходимостью приспособления к изменившимся жизненным условиям [11].

При этом выход на пенсию или смена трудовой деятельности может сопровождаться различными эмоциональными реакциями. Так, например, одним пожилым людям будет свойственно переживание негативных эмоций, в то время как у других будут присутствовать положительные эмоциональные переживания, связанные с увеличением свободного времени и возможностью сосредоточиться на интересных им вещах. В то же время у пожилых людей, уход на пенсию для которых был нежелателен, может

возникать чувство неудовлетворения, чувство утраты и раздражение. Исходя из этого, стоит отметить, что эмоциональные переживания у пожилых людей и их особенности зачастую связаны с предпочитаемой ими стратегией адаптации к новым условиям жизни, будь то стремление к укреплению социальных связей с обществом или, напротив, замкнутость в рамках своей семьи и самого себя. Такого рода особенности могут возникать в связи с оценкой пожилым человеком своей жизни в прошлом и настоящем. Например, если у пожилого человека устойчиво ощущение того, что его жизнь состоялась, то для него будет характерен оптимистичный настрой относительно будущих событий, в то время как при обратной оценке могут проявляться отрицательные эмоциональные переживания. Тем не менее не стоит забывать и о том, что изменения эмоциональной сферы у пожилых связаны как с физическим, так и психическим состоянием человека [9].

У пожилого человека также может возникать чувство зависти и вины, сменяемое в дальнейшем безразличным отношением к социальному окружению, безразличием к своему настоящему и будущему, к понижению уровня контроля над своими эмоциональными проявлениями, обидчивости, что, вполне возможно, имеет связь с отсутствием способности данного человека что-либо сделать для других людей, в том числе и близких для него. Та самая безучастность нередко понимается в качестве своеобразного способа защиты сильных эмоциональных переживаний. Возникающая депрессия, реализующаяся в ослаблении эмоционального тонуса, замедлении эмоциональной живости, замедленности аффективных реакций, снижении яркости мимики, связана с тем, что, в отсутствии положительных перспектив, люди пожилого возраста отказываются от постановки целей и планировании своей жизни, дабы избежать рисков столкнуться с разочарованием. Например, тенденция к необоснованному оптимизму оказывает негативное влияние на продолжительность жизни в пожилом возрасте [46].

Во многих случаях наступление пожилого возраста может сопровождаться усилением и, своего рода, заострением прежних свойств

личности, так, например, мелочность, свойственная в молодости, может к наступлению пожилого возраста преобразоваться в скупость; сензитивность, нередко имеющаяся у молодых и зрелых людей – в обидчивость, к которой склонны люди этого возраста; тревожная мнительность, которая проявлялась у человека в прошлом – в подозрительность, на которой он может быть заиклен при наступлении пожилого возраста. В то же время нередко случаи возникновения форм реагирования, ранее не проявляющихся в повседневной жизни пожилого человека, могут возникать черты, сглаживающие резкие индивидуальные проявления, такие как: консерватизм, нетерпимость, переоценка прошлого, обидчивость, эгоцентризм, эмоциональное притупление или, наоборот, чрезмерная степень эмоционального реагирования, подозрительность, скупость, ипохондричность, психическая ригидность, утрата интереса к внешнему миру, сужение эмоциональных контактов и связей, общий возрастной сдвиг в сторону интроверсии [38].

Не исключается проявление полярности некоторых черт личности, например, одновременно в рамках одной личности могут сосуществовать упрямство и игнорирование аргументов в совокупности с чрезмерной внушаемостью и легковерием. Или же слезливое слабодушие и чувствительность вполне могут сочетаться со сниженной общей эмоциональной отзывчивостью. Поскольку не имеется единой «программы» старения личности в современной психологической науке принято считать, что присутствуют некоторые индивидуальные стили старения [35].

Не исключается так же возможность видоизменения особенно выделяющихся черт характера, своего рода их «сглаживание», которые характеризуется отходом от мелочей жизни и выделением главных ценностей, что приводит к общему умиротворению. Важно отметить, что возрастные изменения психической деятельности стоит рассматривать как новое структурное образование, нежели сумму дефицитарных сдвигов. Согласно имеющимся на текущий момент данным, для пожилого возраста свойственен спад психической активности, интегрирующих видов

деятельности, однако деятельность и отдельные ее аспекты, включающая взаимодействие с прошлым опытом и глубоко изученными знаниями реализуется эффективно. В свою очередь, у человека пожилого возраста могут возникать трудности с адаптацией к переменам в жизненной ситуации. Такие перемены закономерно могут вызывать беспокойство, а, значит, может возникать желание придерживаться моделей, освоенных ранее. Тем не менее процесс старения связан с определенными психологическими и личностными изменениями [55].

Одним из ключевых изменений, происходящих во время старения, является изменение мировоззрения, включающее в себя системы взглядов, оценок и представлений человека об окружающем мире и месте человека в нем. Данное изменение связано с двумя ключевыми моментами, первым из которых выступает вовлеченность в окружающую среду, а другим – возросшая заикленность на внутреннем мире и стремление к внутреннему сосредоточению. Именно эта тенденция, имеет связь как со снижением объективной потребности в преодолении сложностей внешнего мира, так и с повторным анализом и рассмотрением ценностных ориентаций и принятием всей своей жизни. Озабоченность внутренним миром такого рода нередко сопровождается расширением интересов личности. При этом данная тенденция может нести и отрицательный характер, что в итоге приводит к возникновению чувства того, что возможности упущены, чувства вины, депрессии и чрезмерному погружению в себя. Одним из часто встречающихся показателей пожилого возраста также выступает снижение самооценки. Данный показатель может иметь связь с переменами в тех ключевых аспектах, на которых личность базирует собственную самооценку. Факторами, влияющими на самооценку пожилого человека, также могут выступать такие, как состояние здоровья, наличие экзистенциальных потребностей и внешних условий жизни. При всем при этом, уровень удовлетворенности жизнью у пожилых людей вполне соответствует аналогичному показателю у взрослого населения. Как правило, снижение

уровня удовлетворенности жизнью наблюдается в возрастной группе от 61 до 70 лет, в так называемый «переходный период» старения. Тем не менее психическое здоровье и чувство благополучия в пожилом возрасте и зрелости могут зависеть от различных факторов и могут быть изменены [54].

Существует тенденция преобладания депрессивно-тревожного фона настроения в пожилом возрасте, который основывается на эмоциях, проявляющихся в случае потери близких, друзей, уходе от активной социальной жизни, падением самооценки в контексте общества, угрозой беспомощности и зависимости от окружающих. В то же время данный фактор может сопровождаться ухудшением нейрохимии и мозгового кровообращения, из чего происходит отрицательный эмоциональный сдвиг за счет соматических изменений. Отличительной особенностью пожилого возраста является то, что эмоциональные проявления во многом связаны с представлениями личности о том, как была прожита жизнь и что выступило итогами этой жизни: в случае наличия сожалений о неправильно выбранном пути и о не реализованных возможностях, то депрессивность будет возрастать. Важно помнить, что далеко не в каждом случае отрицательные эмоциональные реакции напрямую связаны с проживанием данного возрастного этапа [31].

Эмоциональные нарушения в пожилом возрасте, как правило, проявляются в резких сменах эмоционального фона, со стремительными переходами от тревожности и уныния или раздражительности к неумеренной веселости и экзальтации, при этом такие переходы не обладают должным мотивационным компонентом. Встречаются случаи возникновения неглубокой, но субъективная тягостной депрессии. В пожилом возрасте роль одного из ключевых эмоциональных аспектов берут на себя переживания негативного характера, возникающие в связи с изменением физического состояния, например, биологическим старением организма и симптомами, свойственными данному процессу, беспомощностью и ожиданием конца

жизни. Также в этот спектр переживаний часто включается чувство одиночества [39].

Ощущение безразличия или недопонимания окружающими, как субъективно проживаемое одиночество, является частым содержанием жалоб пожилых людей. Это чувство может сопровождать такое эмоциональное нарушение как депрессия [17]. Чувство одиночества сильно отличается у разных пожилых людей, так как во многом связано с личностью человека и его пережитым опытом. Для этого чувства в пожилом возрасте характерна некоторая полярность. Может преобладать ощущение изолированности, определенного рода разъединенности с другими людьми, не исключая при этом страха остаться одному, в момент того, как будут нарастать болезни, и наступит окончание жизни. Немаловажным проявлением может выступать возникновение потребности в защите «своего мира» от других людей, что может привести к изоляции и снижению социальной активности в целом. Как следствие, зачастую наиболее комфортабельным для человека вариантом проживания становится отдельное, однако территориально близкое проживание с родственниками. Объективное одиночество, которое выбирают некоторые люди пожилого возраста, кроме того, имеет взаимосвязь с происходящим в наше время периодом вытеснения предыдущих поколений следующими [30]. Чувство одиночества нередко бывает выявлено у пожилых людей, живущих в семьях.

В геронтопсихологии достаточно актуальны темы, отражающие проблемы экзистенциального одиночества, возникновения беспомощности и безнадежности при потере способностей быть юным, обесценивании общественного статуса и вещественных ценностей, достигнутых раньше, чувства ненужности и личной неадекватности [36,45]. Негативные переживания такого рода при рассмотрении пожилого возраста стоит определять в контексте депрессивности. При этом важно отметить социальную составляющую ощущения одиночества. Для обеспечения положительного эмоционального фона пожилого человека и облегчения

протекания механизмов адаптации, ему необходимо как наличие тесных эмоциональных контактов с родственниками, так и некоторая свобода его внутреннего мира.

Для личности в пожилом возрасте характерно наличие переживаний, связанных с собственной недооцененностью, вследствие чего они нередко возлагают чрезмерные надежды на родственников, нередко не оправдывающиеся [51]. Для многих пожилых людей кроме собственной семьи, то есть родственников, важно также соседство как особый социальный феномен. И часто крайнюю значимость соседство приобретает в случае озлобленности семейных связей [32]. Не стоит забывать и о том, что человеку в пожилом возрасте все еще необходимо личное пространство вне зависимости от его местонахождения, будь то геронтологический центр или семейный очаг. Как правило, для людей пожилого возраста в контексте переездов и иных перемещений свойственно следование рациональным соображениям, из чего исходит их нежелание покидать свою жилище для улучшения своих условий. Нередко такое положение дел связано с чувством защищенности, которое может дать лишь знакомое, изученное окружение, связанное с положительными эмоциями и в, какой-то степени, привычное.

«Вещный аспект» и его значение для среды, окружающей пожилого человека, так же, крайне важен. [24]. Обстановка, в которой находится пожилой человек, реализует ряд функций, среди которых стоит выделить такие, как: нравственная, эстетическая и утилитарная. В пожилом возрасте «вещное» окружение, его сохранение или увеличение, имеет высокую значимость, даже более высокую, чем на любом другом возрастном этапе. Существует мнение, что этот «мир вещей», принадлежащий человеку, тесно связан с его потребностями и желаниями, отражает его эмоциональное состояние и аспекты социального взаимодействия, особенно в контексте семьи, проживающей в одном жилом пространстве [32]. Одним из значений значимых личных вещей для человека может выступать возвращение к прошлому, эмоционально наполненному опыту, будь то определенные

достижение или просто воспоминания, таким образом связывая настоящее человека с его прошлым. Помимо этого, личные вещи относятся к Я человека: образу Я, самооценке, Я-концепции и совокупности личностных характеристик. Установлено, что привязанность такого рода происходит в совокупности с привязанностью к людям, животным и месту жительства, а не наоборот, существует изолированно. Так же она связана с персонализацией – наделением вещи свойствами субъекта. На фоне этого логичным кажется риск возникновения сильных эмоциональных реакций негативного спектра в случае утраты или вынужденного отказа от субъективно ценных для человека вещей, особенно в пожилом возрасте.

Положительными моментами, несущими серьезный вклад в психическое состояние человека, могут выступать такие, как социальные контакты с близкими людьми, проблемы которых он может соотнести с собственными, наличие личного пространства, сопровождающегося чувством защищенности, а также различные предметы, индивидуально значимые для человека. В то же время, обеспечение родственниками такой положительной психологической атмосферы происходит не в ста процентах случаев несмотря на то, что пожилым людям необходима данная атмосфера. Обеспечивают тяжелые условия жизни в семье определенные факторы, сказывающиеся на эмоциональном состоянии пожилого человека, среди них могут быть, например, отсутствие истинной привязанности семейного круга, восприятие пожилого человека, как того, кто создает для детей и внуков слишком много проблем и ограничивает их возможности, также возможен вариант, при котором жизнь семьи с пожилым человеком в тягость ее членам, что они и транслируют и на вербальном уровне, и на невербальном [9].

При рассмотрении ситуации содержания пожилого человека в стационаре в случае диагностики какого-либо нарушения следует учитывать потребность пожилого человека в личном пространстве и личных вещах. Важно помнить и о необходимости корректного поведения со стороны

персонала, в участии которого пожилой больной человек нуждается, и о предоставлении возможности полноценного общения, по крайней мере, с одним или несколькими сверстниками, проживающими в этом центре. Следовательно, на передний план выходит общая организация жизни в учреждении.

Для периода пожилого возраста в жизни человека характерны определенные особенности эмоций и эмоциональных проявлений, что в свою очередь отражается на специфике нарушений эмоциональной сферы. Зачастую, с особенностями эмоциональных нарушений в пожилом возрасте связаны такие факторы как: социальная среда, окружающая человека, прошлый жизненный опыт, особенности физического и ментального здоровья, а также ряд психологических факторов, возникающих в процессе вхождения в данный возрастной период.

1.3 Специфика проявления эмоциональных особенностей у лиц после перенесенной коронавирусной инфекции

Коронавирусная инфекция – острое инфекционное заболевание вирусной природы, для которого характерна умеренно выраженная интоксикация и преимущественное поражение верхних отделов респираторного тракта. В условиях эпидемии коронавируса встречаются все варианты нарушений тревожного спектра по мнению Е.А. Корабельниковой, однако на первое место выходят следующие.

1. Расстройства адаптации с тревожно-депрессивной реакцией.
2. Острая реакция на стресс с симптомами тревоги, в том числе ПТСР.
3. Специфическая фобия – COVID-фобия, которая характеризуется постоянным страхом инфицирования.
4. Паническое расстройство.
5. Генерализованное тревожное расстройство.
6. Обсессивно-компульсивное расстройство [19].

Ситуацию переживания коронавирусной инфекции можно рассматривать как социально-стрессовое расстройство, как показывают исследования Н.В. Соловьевой с соавторами [48]. В современной психологической науке термин «социально-стрессовое расстройство» определяет в какой степени на личность воздействуют определенные факторы, относимые к психогенным макросоциальным общегрупповым [1]. Социально-стрессовое расстройство по своему значению не имеет значимых различий с нарушениями, наблюдаемых у лиц с ПТСР, но, при этом, данной расстройством наблюдается одновременно у большого числа людей и имеет у них схожие причины. Если выделять клинические синдромы, и анализировать их частотность, то наиболее часто встречающимися будут выступать: астенический синдром, гипервентиляционный синдром, синдром «ознобления», инсомния, панические атаки и функционально-неврологические нарушения.

Картину психических проявлений «коронавирусного синдрома» можно разделить на несколько этапов [57]. Первый этап – это острая реакция на стресс. Эта реакция длится весь период существования угрозы, она наблюдается уже сейчас и будет идти на спад с улучшением эпидемиологической обстановки и снятием карантинных мер. Острая реакция проявляется спектром состояний – от паники и утрирования проблемы до ее отрицания [1].

Рассматривая ситуативное реагирование на стрессовую ситуацию, стоит сказать о том, что вариантов реагирования может быть несколько. Для одних людей характерен ступор, сужение сознания, заторможенность, негативные прогнозы, в свою очередь другие реагируют оживленностью, словоохотливостью, подают признаки гипоманиакального состояния и возбуждения [21].

На текущий момент достаточно четко можно проследить своего рода «коронавирусное» единение в социальных сетях, которое выражается, в том числе в обилии юмористического и шуточного контента, однако, сложно не

заметить крайне высокий уровень тревожности у людей, которая связана со страхом заражения и страхом смерти. С определенной периодичностью у населения можно наблюдать снижение критичности мышления, из чего следует интерпретация события с позиции мистики и теорий заговоров. Некоторые люди наблюдают у себя измененное чувство времени и нарушения сна, снижение уровня мотивации и чувство потерянности в пространстве. Для людей, имеющих заболевания из кластера психических, ранее проявляющиеся, характерно усиление симптомов данных заболеваний. Для многих данный этап проявляется в усиленной мобилизацией внутренних сил, что сопровождается определенными физиологическими перестройками непосредственно в организме, при этом клинические проявления зачастую не наблюдаются [13].

В случае, если наблюдается продолжительная по времени ситуация стресса, на данном этапе могут возникнуть расстройства адаптации, сопровождаемые повышением уровня тревожности и нервного напряжения, астенией, беспокойным или депрессивным настроением, астенией, однако, такого рода симптоматики недостаточно для диагностики тревожного и депрессивного спектра нарушений [19].

Второй этап является переходным. Как правило, второй этап выделяется при отсутствии реальной угрозы. Данный этап связывают с изменением динамического стереотипа жизни и жизненного уклада, при этом отдельно стоит отметить связь с биологическими изменениями, которые происходили на протяжении первого этапа. Для некоторых людей характерно подострое переживание данного этапа, характеризующееся внутренним эмоциональным напряжением, изменением пищевого поведения, нарушениями сна, достаточно часто может сохраняться или возникать описанное расстройство адаптации. Другие же люди могут быть склонны к развитию нарушений депрессивного и тревожного спектра [13, 61].

Третий этап – это отсроченная реакция на стресс, которая развивается спустя месяц или полгода после окончания пандемии. Она может возникать и

у людей, которые не имели никаких психических расстройств на первых двух этапах. При этом, можно выделить следующие клинические проявления:

- 1) депрессия, апатия, снижение общего тонуса и работоспособности, маниакальные проявления;
- 2) чувство потери смысла жизни;
- 3) усиление психоэмоционального напряжения, тревожности и беспокойства;
- 4) заострение личностных особенностей;
- 5) личностная и социальная дезориентация;
- 6) раздражительность, эмоциональная лабильность;
- 7) чрезмерная бдительность ко всему, что, кажется, угрожающим по отношению к здоровью, личному пространству, финансовому благополучию [13, 61].

Для данного этапа характерно возникновение проблем с памятью, вниманием, а именно, сложности в запоминании информации и ее удержании, а также в воспроизведении данной информации. В данном случае прямая связь наблюдается не напрямую с нарушениями памяти, а в большей степени, с ориентацией фокусировки внимания личности на события прошлого, в отсутствие возможности сохранения внимания в настоящем времени. Как следствие, у человека возникают проблемы в социальных и профессиональных сферах, более того, человек может становиться более внушаемым [13, 27].

Более серьезная симптоматика характерна для врачей, профессионально взаимодействующих с людьми, которые потеряли семью или друзей, место работы или бизнес, которым владели. В этом случае появляется больше шансов воспринять ситуацию как непосредственную травму, что приводит к повышению риска формирования развернутой картины посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) с такими серьезными симптомами, как:

- 1) тяжелые сновидения, нарушения засыпания, ночные пробуждения и ранние пробуждения в состоянии тревоги;
- 2) страх повторения пережитого кошмара, фобии, панические атаки;
- 3) переживание неизбежности утраты, собственного бессилия;
- 4) навязчивые и угнетающие воспоминания о событиях, снова и снова повторяющиеся переживания ярких моментов, связанных с эпидемией, иногда «флешбэки» – внезапные, яркие, повторные переживания, которые трудно отличить от действительности, сопровождающихся помрачением сознания и агрессией;
- 5) значимое падение работоспособности и апатия, либо развитие гиперастении [63].

На данном этапе возможны личностные изменения, такие как снижение настроения, отсутствие интереса к новому, к ранее значимой активности, пессимизм, сложность увидеть перспективы развития, что вызывает раздражительность, вспышки злобы, поиск виновных на стороне или попытка определить степень своей виновности, вплоть до самобичевания, снижение активности и энергии организма [12].

В актуальных научных исследованиях выделяются целые кластеры симптомов, наименование которых обозначается как «связанные с пандемией стрессовые расстройства»:

- 1) нарушения сна,
- 2) нарушения тревожного спектра,
- 3) депрессии,
- 4) злоупотребление алкоголем,
- 5) расстройства пищевого поведения (эмоциональный голод) [56].

В период коронавирусной инфекции данное расстройство наблюдается у 25-40% людей. Для женщин более характерно наличие высокого уровня тревожности, возникающей в следствие пандемии, что, в свою очередь, сказывается на большем числе нарушений тревожного спектра. У респондентов в возрасте 30–59 лет наблюдается больший показатель

тревожности, связанной с пандемией коронавируса, что, возможно связано с возникновением большего числа семейных и рабочих проблемам [58].

Еще одной из проблем выступает тревожность, связанная с возвращением пандемии и эпидемиологической угрозы, что, в свою очередь, может вызывать бессонницу. Установлено, что тревожность, связанная с коронавирусом, коррелирует с появлением суицидальных мыслей и симптомами бессонницы [60]. В то же время степень тяжести бессонницы имеет связь с повышенной суицидальностью среди населения на момент пандемии коронавируса. Присутствие суицидальных мыслей с разработкой идей страдания в большей степени детерминирует серьезность бессонницы, чем тревожные переживания в контексте пандемии.

Проблемы с психическим здоровьем могут повышать суицидальный риск, а к проблемам такого рода, в свою очередь, могут привести наличие изоляции, восприятие ситуации как стрессовой, специфические фобии и экономическая неопределенность [19].

Высокие риски возникновения нарушений психического здоровья в период пандемии коронавируса во многом связывают с чрезмерным количеством информации негативного характера, так называемой «инфодемией», которую также подкрепляет различного рода информация о высокой заразности заболевания, неопределённости периода инкубации, наличии форм заболевания, протекающих без соответствующих симптомов, а так же те меры, которые предпринимались государственными органами для улучшения эпидемиологического положения, в частности карантин и самоизоляция [47].

Ухудшение эмоционального состояния напрямую связано с тяжестью течения коронавируса. В ходе исследования было установлено, что для пациентов, у которых течение коронавируса было средним, была характерна выраженность тревожности, переживаний, связанных со своим будущим, а также обеспокоенность состоянием своих родственников и друзей. Обеспокоенность будущим, вероятно, вызвана тем, что практически всех

пациентов коснулась потеря финансовой стабильности, на фоне имеющихся финансовых обязательств. Население не успело подготовиться к снижению уровня их достатка, депривации общения с близкими и ощущению недостаточности поддержки. Высокие показатели тревожности и страха исходят из степени тяжести соматического состояния, во время нахождения пациента в ощущении «неизвестности» сроков лечения и выздоровления, при отсутствии уверенности в полноценной функциональности организма и его стабильности в результате перенесенного заболевания [20].

Если рассматривать пациентов с легкой формой течения заболевания, стоит выделить меньшую обеспокоенность за свое будущее и здоровье близких, так же для них менее свойственны нарушения сна. Пациенты каждый день наблюдали как средства массовой информации предоставляют статистику по количеству зараженных коронавирусной инфекцией, которая с каждым днем росла и не исключала риск заражения абсолютно любого человека. Стоит помнить о том, что в ежедневной статистике, которая предоставлялась средствами массовой информации, количество зараженных коронавирусом регулярно росло, что повышало шансы на заражение каждого человека, и за чем активно наблюдали пациенты. Крайне важно сказать и о том, что в средствах массовой информации на регулярной основе освещалась статистика и по летальным исходам, следствием чего было изменение эмоционального состояния пациентов и повышение уровня их беспокойства о родственниках. Непрерывно растущие показатели состояния тревожности у обеих групп пациентов, переживания, касающиеся здоровья своих близких, будущего были следствием затяжной изоляции, рутины, фрустрации, ввиду отсутствия изменений, сложности личных взаимодействий с другими людьми, отсутствия достаточного личного пространства и личного времени, невозможностью пообщаться со своими близкими людьми лично, финансовых затруднений в связи с уходом на больничный лист [20].

В исследовании по авторской методике «Изучение устойчивости жизненного мира человека» были получены данные о специфике

психологических реакций людей с различной устойчивостью жизненного мира людей в период пандемии, связанной с COVID-19 [40].

Первый из вариантов – конструктивный характер устойчивости жизненного мира. Он отражает возможности использования своего потенциала, гармоничного самоосуществления в различных жизненных сферах. Можно полагать, что люди, характеризующиеся конструктивной устойчивостью жизненного мира, сохранили активность, они готовы к изменениям в более динамично и непредсказуемо меняющемся мире, им свойственен адекватный уровень тревожности, сензитивности, враждебности и соматизации как реакция на происходящие изменения [11, 40].

Другой вариант характера устойчивости жизненного мира – стагнационный. Данный характер устойчивости жизненного мира указывает, что человек в текущем жизненном моменте опирается на использование ранее сформированных форм взаимодействия с окружающим миром. Зачастую в изменяющихся условиях «старые» формы не работают, они часто не соответствуют условиям текущей ситуации жизни. Стагнацию можно характеризовать как замирание, переживание каких-либо неблагоприятных обстоятельств. Респонденты, характеризующиеся стагнационной устойчивостью жизненного мира, находятся в состоянии ожидания к прежнему образу жизни. Им свойственно подавленное настроение, хандра, упадок сил, заторможенность, стремление отрешиться от происходящего, о чем свидетельствуют более выраженные реакции по шкалам соматизация, сензитивность, депрессия, тревожность и фобия [40, 60].

Еще одним из характеров устойчивости жизненного мира выступает неконструктивный, и указывает на отсутствие равновесия между реальностью и желаемой гармонией. Из этого следует, что для респондентов данной группы наиболее выраженными являются следующие психологические реакции: беспокойство, раздражительность, завышенный уровень тревожности, непоследовательность и противоречивость действий,

что подтверждается результатами по шкалам соматизации, навязчивости, тревожности, враждебности [20, 40].

Люди с конструктивной устойчивостью жизненного мира в меньшей степени подвержены таким реакциям как соматизация, депрессия, тревожность, враждебность, а респонденты со стагнационной устойчивостью жизненного мира в меньшей степени подвержены таким реакциям как тревожность и враждебность на уровне тенденции. Независимо от принадлежности к группе с конструктивной, стагнационной и неконструктивной устойчивостью жизненного мира пациенты отмечают появившееся чувство личностной неадекватности и неполноценности, беспокойства и заметного дискомфорта, они склонны осуждать себя за бездеятельность в условиях пандемии. Следует заметить, что данная характеристика чувствительна к межличностному взаимодействию, которое трансформируется согласно текущей ситуации [40, 56].

Психологические реакции людей с различной устойчивостью жизненного мира в различной степени указывают на нарушенные отношения человека с миром в условиях пандемии: в меньшей степени им подвержены пациенты с конструктивной устойчивостью жизненного мира. Происходящие «сдвиги» в степени выраженности психологических реакций у людей со стагнационной и неконструктивной устойчивостью жизненного мира указывают на особые условия жизнедеятельности [40].

Разного рода изменения эмоционального здоровья происходят и в более возрастной категории во время пандемии.

Как правило, для пожилых людей характерно следование небольшому числу основным стратегий адаптации психики к происходящим событиям. Первой из стратегий выступает опора на сравнение их собственного положения с положением других, в контексте их лучшего положения в данном сравнении, например, «другим может быть еще хуже», «у некоторых никого нет», «кто-то живет в доме престарелых или вообще на улице», «тем, у кого больше детей сложнее их прокормить» и так далее. Второй стратегией

можно назвать чрезмерных контроль своей повседневной жизни, установление новых правил для новообразовавшейся рутины, таких как обработка продуктов после их покупки, соблюдение социальной дистанции и использование средств индивидуальной защиты. Следующая стратегия заключается в «сохранении спокойствия» путем отвлечения от негативных переживаний, например, просматривать развлекательные телепрограммы или звонить родственникам и друзьям. Для четвертой стратегии было характерно временное принятие происходящих событий, как вариант, опираясь на то, что при стабилизации эпидемиологической ситуации насыщенность жизни возрастет относительно ситуации до пандемии. Последней стратегией можно отметить отделение себя от так называемых «уязвимых», то есть людей, находящихся в группе риска, в том числе статистически склонных к переживанию более тяжелых форм коронавирусной инфекции. Нередко это могло выражаться в условно-протестных действиях, например, посещении магазина не в часы, предназначенные для пожилых людей, а в другое время. При этом данные респонденты нередко заявляли о наличии у них сил на то, чтобы самостоятельно заботиться о себе [21].

В исследовании на выборке из одиноко проживающих пожилых людей с когнитивными расстройствами было выявлено пять тем, которые актуализировались в связи с наступившей пандемией. Первой из них выступает страх. Исследуемые говорят о нарастании страха перед вирусом до высоких отметок. У участников исследования подозрения на коронавирус начинали проявляться при наличии каких-либо, даже незначительных, симптомов заболевания, например, боли в какой-либо области, повышенной температуры и кашля. Нередко возникает ситуация отсутствия возможности поделиться возникающими переживаниями с кем бы то ни было, следствием чего может выступать повышение тревожности. Второй темой выступает чрезмерность изоляции. Нередко у участников исследования возникало ощущение того, что их заперли в собственном доме. Многие отмечали наличие негативных эмоций ввиду нарушения привычного ритма жизни и

лишения их привычных занятий, например, встреч с родственниками и друзьям или посещения церкви. В то же время участие в исследовании приносило респондентам удовольствие, что вызывало у них чувство благодарности к исследователям, поскольку в их рутинную жизнь было привнесено разнообразие. Еще одной из тем является вера в ложную информацию, касающуюся коронавируса, Участники получали информацию о коронавирусе из нескольких источников – газет, телевидения, радио, сети интернет, от друзей, родных, помощников по хозяйству. Самым популярным средством распространения ложной информации о коронавирусе выступают популярные мессенджеры и социальные сети. Как правило, в этих источниках участники исследования находили большую часть ложной информации о чудодейственных средствах борьбы с коронавирусом, или, например, фантастических исцелениях, там же распространялась информация о преувеличенных штрафах и угрозе тюремного заключения в случае нахождения на улице в период действия ограничений и др. На фоне этого некоторые респонденты демонстрировали отсутствие владения основополагающей информацией, касающейся мер, направленных на защиту собственного здоровья и позволяющих снизить риск заболевания [21].

Последней темой выступают копинг-стратегии. Первая рассматриваемая копинг-стратегия заключалась в следовании предписаниям. Ощущение физической активности поддерживалось за счет передвижения по дому и улице, более того такого рода прогулки позволяли с большей легкостью справляться с постоянным пребыванием в помещении в остальное время. Возникающее чувство одиночества, как правило, уменьшали за счет общения с родственниками и друзьями с помощью телефона, а также за счет наличия включенного телевизора в любое время суток. Суть второй стратегии заключалась в структурировании и организации времени, например, ежедневный прием душа, занятия рукоделием, рисованием и другими хобби, уборка квартиры, что во многом позволяло облегчить времяпрепровождение в домашних условиях, а также повысить

удовлетворенность нахождением дома. Заключительной же темой выступала значимость наличия возможности получения необходимых ресурсов. Каждый из участников исследования сказал о том, что его базовые потребности удовлетворялись, пусть и не без участия специалистов, соседей и семьи. При этом наибольшую удовлетворенность демонстрировали респонденты, которым помогали именно члены семьи. Стоит отметить, что наибольшая удовлетворенность наблюдалась именно у тех пожилых людей, поддержку которым оказывала семья. Часть респондентов указывала на местные пищевые банки и доставку продуктов пожилым людям в качестве источников продовольственной помощи. При этом, социальные работники обеспечивали моральную поддержку и дружеское общение, напоминали своим подопечным носить маску и заботиться о здоровье, а не только помогали по хозяйству [21].

В процессе того, как распространялся вирус и затрагивал все большее число людей, в глобальном дискурсе укреплялись два нарратива в отношении пожилых людей – нарратив уязвимости и нарратив бремени (Поскольку тяжелая форма болезни была у многих пожилых людей, это привело к перегрузу систем здравоохранения, что вылилось в установление возрастного лимита на использование аппаратов ИВЛ). Для проведения оценки восприятия пожилыми людьми нарративов, указанных выше, в исследовании рассматривался их опыт эйджизма, страх смерти, социальные и семейные межпоколенческие контакты. Проведя анализ литературных источников, авторы выдвинули предположение о том, что:

а) для людей, которым свойственен более сильный страх смерти характерно наличие суждение об отстраненности окружающих;

б) для людей, столкнувшихся с переживанием дискриминации по возрастному признаку свойственно наличие уверенности в превалировании эйджистских настроений в социуме, при этом;

в) люди, имеющие позитивные межпоколенческие контакты не склонны к приписыванию обществу эйджистских настроений.

Во многих исследованиях пожилые люди продемонстрировали достаточно сильный страх смерти, и многие, по их словам, подвергались возрастной дискриминации. Среди участников, принадлежащих к наиболее старшим возрастным группам, наблюдается наличие суждений о том, что общество видит в пожилых бремя. При этом, для данных респондентов характерно наличие сильного страха смерти и опыта дискриминации в сфере здравоохранения, также у них наблюдается худшее здоровье; эти респонденты зачастую реже жили с детьми и мало контактировали с семьей и друзьями. Мнение об уязвимости пожилых людей к вирусу более свойственно женщинам, имеющим плохое субъективное здоровье, и обладающих сильным страхом смерти и опытом возрастной дискриминации [58].

В недавнем исследовании определялись реактивная (ситуативная) и личностная тревожность у людей с инфекцией Covid-19. Реактивная тревожность определялась как текущее состояние беспокойства в ответ на какую-либо ситуацию, личностная же определялась как устойчивая предрасположенность человека ощущать множество ситуаций уряжающими. В данном исследовании были получены результаты, касающиеся нарушений тревожного спектра, из которых следовало, что в разных возрастных категориях имеются свои характерные особенности. В полученных результатах говорилось о том, что наиболее низкий показатель ситуативной тревожности характерен для возрастной группы лиц, находящихся в трудоспособном возрасте (36-45 лет) и группы пожилых людей, возраст которых превышает 65 лет, однако, в данных группах наблюдается и самый высокий показатель ситуативной тревожности у некоторых пациентов. В то же время низкий уровень показателей личностной тревожности в этих группах не наблюдался ни у кого из респондентов. Это в достаточной мере свидетельствует о различиях психического и эмоционального статуса у данной категории респондентов [63].

Таким образом влияние коронавируса на психическое здоровье состоит в таких патологиях, как – чрезмерный подъем уровня стресса, эмоциональная нестабильность, развитие посттравматического синдрома (ПТСР). На передний план часто выступает тревожность и депрессия. Эти эмоциональные нарушения особенно тяжело переносятся возрастной группой населения, и требует обязательного психологического сопровождения.

2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

2.1 Организация и методы исследования

Выборка и база исследования. Выборку данного исследования составили разнополые люди пожилого и зрелого возраста от 40 до 71 лет в количестве – 48 человек, средний возраст составил 53,37, стандартное отклонение 13,22, из них 19 (39,6%) человек пожилого возраста в возрасте от 61 до 71 года и 29 (60,4%) человек зрелого возраста в возрасте от 40 до 56 лет.

Возраст испытуемых определен по возрастной периодизации, принятой Международным симпозиумом по возрастной периодизации (1965 г.) где поздняя зрелость — 36-60 лет для мужчин; 36-55 лет для женщин; - пожилой возраст: 61-74 для мужчин; 56-74 для женщин [22]. Количество мужчин и женщин в обеих группах – 13 представителей мужского пола и 35 женского, их преобладающее количество говорит о том, что они более охотно соглашались на проведение исследования и были более заинтересованы в результатах.

Базой исследования был выбран ГАУЗ СО «СОКПБ», ГАУЗ СО «Арамильская городская больница», проводился свободный опрос.

Перед диагностикой была проведена клиническая беседа в свободном формате – сбор основных анамнестических данных, представлений о себе, актуальных жалоб. Мы предположили, что, через 3-4 месяца могут произойти естественные улучшения психологического состояния после перенесения соматического заболевания, отсюда важным критерием отбора испытуемых стала постановка не позднее чем 4 месяца назад диагноза заболевания коронавирусной инфекцией. Еще одним акцентом в отборе был субъективно тяжелый для психологического состояния перенос заболевания,

вне зависимости от тяжести протекания соматических нарушений. Участники исследования были без отягощающей психической патологии органической и эндогенной природы – заболевание коронавирусной инфекцией определяется как ведущий фактор.

Методы исследования. При проведении исследования мы делаем акцент главным образом на эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного спектра – наличие депрессии или ее отсутствие, общей личностной тревожности и ее составляющих, алекситимии, характерной для переживания тяжелых соматических нарушений, и невротизации личности, как нарушения, вызванном действием личностных психологических механизмов (для понимания возможности более глубинной природы эмоциональных нарушений).

Для проведения исследования и подтверждения гипотезы были определены следующие методики:

1) «Интегративный тест тревожности» – уникальная клиническая тестовая методика, разработанная в 2005 г. ВНИПНИ им. Бехтерева к.пс.н. А. П. Бизюком, д.м.н. профессором Л. И. Вассерманом и к.м.н. Б. В. Иовлевым с целью единой структурной экспресс-диагностики тревоги и тревожности. Методика содержит в себе шкалы «эмоциональный дискомфорт», «астенический компонент тревожности», «фобический компонент», «тревожная оценка перспективы» и «социальная защита» имеющие мишенью детализацию представления о воздействиях разных частей самооценки испытуемого как носителя тревожности [7].

2) «Шкала Цунга для самооценки депрессии» – тест в целях самооценки депрессии был изобретен в Университете Дюка психиатром доктором Уильямом Цунгом. Тест дает возможность оценить степень депрессии больных, а также установить уровень депрессивного расстройства. В тестировании предусматривается двадцать факторов, что определяют 4 уровня депрессии. В тесте содержатся 10 положительно сформулированных также 10 отрицательно сформулированных вопросов [43].

3) «Торонтская алекситимическая шкала» –представляет собой инструмент для замера и оценки алекситимии. Методика состоит из 26 вопросов, из которых несколько интерпретируется в непосредственном значении, а несколько-в обратных, это дает возможность уменьшить установочность решений испытуемого. В оригинальном виде не обладает внутренними субшкалами, полный итог выражается одним значением. Алекситимия-психологическое свойство личности, которое заключается в понижении либо недоступности возможности к распознаванию, дифференцированию и формулировке эмоциональных переживаний и физических ощущений [4].

4) «Уровень невротизации» -клиническая скрининговая методика, проводимая с целью предварительной диагностики расстройств невротического спектра. Методика представляет собой отражение типологического подхода к личности. Не делая упор в ту либо иную концепцию личности, «уровень невротизации» точно разграничивает категории психически здоровых лиц и больных неврозами. Методика дает оценку честности испытуемого. Каждый пункт главной шкалы обладает собственным «весом» в отношении выявляемого свойства [3].

Наличие значительной степени невротизации может отслеживаться выраженная эмоциональность, содействующая появлению разных отрицательных переживаний, но кроме того легкую фрустрируемость различными «внешними» а также «внутренними» обстоятельствами. Эгоцентрическая субъективная направленность этих личностей выражается в склонности к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, в сосредоточенности на переживаниях о личных изъянах. Формируется чувство собственной неполноценности, скованность в общении, социальная робость, зависимость и, в итоге, дезадаптированность в общесоциальном плане. При невысокой невротизации отмечается эмоциональная стойкость, а также положительный климат главных переживаний. Оптимизм, предприимчивость, простота в исполнении

индивидуальных вожелений вырабатывают чувство своего достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении, значительную стрессоустойчивость [3].

2.2. Интерпретация и анализ результатов исследования эмоциональных нарушений лиц в пожилом и зрелом возрасте после перенесенной новой коронавирусной инфекции

Описательная статистика и нормальность распределения.

На первом этапе были изучены эмоциональные нарушения и рассмотрены средние значения показателей эмоциональных нарушений. Результаты описательной статистики эмоциональных нарушений в выборках представлены в таблицах 1-3.

Таблица 1 - Результаты описательной статистики эмоциональных нарушений по выборке в целом

Переменные	Среднее	Медиана	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение.	Асимметрия	Стандартная ошибка асимметрии	Экцесс	Стандартная ошибка экцесса
1.Возраст	53,375	48	41,5	67,5	13,219	0,262	0,343	-1,612	0,674
2.Давность заболевания	2,354	3	1	3	1,376	0,037	0,343	-0,145	0,674
3.Тревожность	20,563	21	16	25,5	7,920	0,397	0,343	1,130	0,674
5.Эмоциональный дискомфорт*	5,813	6	5	7	2,059	-0,851	0,343	0,466	0,674
6.Астенический компонент*	7,271	8	6	8	1,198	-0,242	0,343	-1,074	0,674
7.Фобический компонент*	5,688	6	5	7	2,175	-1,004	0,343	0,475	0,674
8.Оценка перспективы*	6,146	6	5	7,5	2,144	-0,901	0,343	0,772	0,674
9.Социальная защита*	5,479	6	4	7	2,104	-0,356	0,343	-0,535	0,674
10.Алекситимия	65,792	66,5	56	77	12,018	-0,024	0,343	-1,177	0,674
11.Депрессия	40,104	37,5	30,5	51	10,953	0,092	0,343	-1,355	0,674
12.Невротизация	19,292	20,5	-22	53	43,349	0,245	0,343	-0,990	0,674

*- станайн

Основываясь на данных полученных в описательной статистике можно сделать вывод о том, что в выборке в целом средний возраст равен 53,3 года, давность заболевания от 1 до 4 месяцев. Средние значения по тревожности 20,5, что превышает нормативное значение по методике (11,91), медиана равна 21, асимметрия значений в сторону более низких значений.

Касательно составляющих тревожности, которые измерялись в станайнах – астенический компонент превышает нормативные значения при медиане 8. Эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, оценка перспективы и социальная защита не превышают нормативных значений, имеют медиану 6, асимметрия в сторону более высоких значений. Алекситимия превышает нормативное значение по методике (62) в сторону промежуточных, при медиане 66,5, но не достигает высоких значений (от 74). Средние значения по депрессии 40,1 не превышают нормативных (до 50), при медиане 37,5.

Уровень невротизации по выборке составил 19,2 при медиане 20,5 что соответствует пониженному уровню невротизации. Далее мы разделили выборку по возрастной периодизации на пожилых и зрелых. В выборке пожилых людей средний возраст 68,4 при медиане 69. В выборке зрелых людей возраст 43,5 при медиане 43. Давность заболевания в обеих отдельно группах значительно не отличается от давности заболевания в целом. Средние значения тревожности в выборке пожилых 23,2 при медиане 22, превышает средние значения во выборке в целом и превышает средние значения в выборке зрелых –18,7 при медиане 19.

Компоненты тревожности (таблица 2) в выборке пожилых имеют более высокие средние значения чем в выборке зрелых, но с асимметрией в сторону более высоких значений. Депрессия и невротизация не подчиняется нормальному распределению. Депрессия в выборке пожилых по медиане значительно не превышает нормативное значение по методике, как и в выборке зрелых, но имеет асимметрию в сторону более высоких значений.

Таблица 2 - Результаты описательной статистики эмоциональных нарушений в выборке пожилых

Переменные	Среднее	Медиана	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение.	Асимметрия	Стандартная ошибка асимметрии	Экцесс	Стандартная ошибка эксцесса
1.Возраст	68,421	69	65	71	3,776	-0,283	0,524	-0,553	1,014
2.Давность заболевания	2,263	3	1	3	0,991	-0,211	0,524	-1,399	1,014
3.Тревожность	23,263	22	19	29	9,067	0,367	0,524	1,360	1,014
5.Эмоциональный дискомфорт*	6,157	7	5	8	2,410	-1,032	0,524	0,367	1,014
6.Астенический компонент*	7,631	8	7	8	1,165	-0,827	0,524	-0,043	1,014
7.Фобический компонент*	6,157	6	6	8	2,192	-1,355	0,524	1,678	1,014
8.Оценка перспективы*	6,315	7	5	8	1,916	-1,034	0,524	1,999	1,014
9.Социальная защита*	6,315	7	5	8	2,262	-1,083	0,524	0,356	1,014
10.Алекситимия	67,894	69	57	78	11,666	0,116	0,524	-1,336	1,014
11.Депрессия	44,473	51	34	53	12,272	-0,753	0,524	-0,666	1,014
12.Невротизация	7,526	-15	-25	53	41,998	0,848	0,524	-0,812	1,014

*- станайн

Невротизация по медиане, которая у пожилых -15 и соответствует неопределенному уровню, а у зрелых 27, что соответствует пониженному уровню. Алекситимия не значительно выше в выборке пожилых.

В выборке зрелых (таблица 3) тревожность и астенический компонент и алекситимия превышают нормативные значения. Фобический компонент у зрелых и пожилых имеют близкие значения. Значения по остальным компонентам тревожности близки к нормативным. Депрессия и невротизация так же являются не характерными для данной выборки.

Из этого следует что в обеих выборках тревожность и алекситимия статистически выше нормативных значений, что может являться последствием коронавирусной инфекции.

У пожилых людей шкалы депрессия, тревожность, алекситимия, астенический компонент тревожности, выше чем в выборке зрелых, что

может указывать на то, что возрастные особенности этой категории в совокупности с перенесённым заболеванием дают большую степень эмоциональных нарушений. Невротизация выше, чем в выборке зрелых, но не достигает значений повышенного, патологического уровня, что может быть связано с возрастом, с более ригидной личностной структурой.

Таблица 3 - Результаты описательной статистики эмоциональных нарушений в выборке зрелых

Переменные	Среднее	Медиана	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стандартное отклонение.	Асимметрия	Стандартная ошибка асимметрии	Экссесс	Стандартная ошибка экссесса
1.Возраст	43,517	43	39	46	5,468	0,880	0,434	0,506	0,845
2.Давность заболевания	2,414	3	1	3	1,593	-0,002	0,434	-0,444	0,845
3.Тревожность	18,793	19	15	22	6,651	-0,151	0,434	-0,406	0,845
5.Эмоциональный дискомфорт*	5,586	6	5	7	1,803	-0,975	0,434	1,252	0,845
6.Астенический компонент*	7,034	7	6	8	1,180	0,069	0,434	-1,104	0,845
7.Фобический компонент*	5,379	6	4	7	2,145	-0,930	0,434	0,388	0,845
8.Оценка перспективы*	6,034	6	5	7	2,307	-0,833	0,434	0,466	0,845
9.Социальная защита*	4,931	5	4	6	1,831	-0,191	0,434	0,096	0,845
10.Алекситимия	64,414	66	53	75	12,246	-0,064	0,434	-1,268	0,845
11.Депрессия	37,241	35	30	50	9,117	0,576	0,434	-1,186	0,845
12.Невротизация	27	31	-2	53	43,185	-0,087	0,434	-0,550	0,845

*- станайн

Таким образом, тревожность, депрессия и алекситимия в пожилом возрасте выше, чем у зрелых и в выборке в целом. Значение невротизации ниже чем у зрелых и выборке в целом. Стоит сказать о том, что полученные данные по невротизации не доходят до патологических значений. Находятся в рамках нормативных. Большинство компонентов в выборке пожилых выше чем в выборке зрелых и чем выборке в целом. Фобический компонент у пожилых и зрелых имеет близкие значения.

Результаты проверки нормальности распределения представлены в таблицах 4–6. Проверка на нормальность распределения была проведена по критерию Шапиро-Уилка. Было получено, что в целом по выборке

нормальному виду соответствуют две шкалы – тревожность и алекситимия, в выборке зрелых – социальная защита, алекситимия и тревожность, в выборке пожилых – тревожность, оценка перспективы и алекситимия. К этим шкалам для сравнения средних значений по выборкам с нормативным средним значением можем применить одновыборочный критерий Стьюдента. Для остальных переменных для этих целей необходимо применить критерий Хи-квадрат Пирсона.

Таблица 4 - Проверка на нормальность распределения всей выборки

Переменные	W	p
1.Возраст	0,870	0,000
2.Давность заболевания	0,911	0,002
3.Тревожность	0,965	0,165
4.Тревожность*	0,856	0,000
5.Эмоциональный дискомфорт*	0,904	0,001
6.Астенический компонент*	0,884	0,000
7.Фобический компонент*	0,861	0,000
8.Оценка перспективы*	0,893	0,000
9.Социальная защита*	0,942	0,019
10.Алекситимия	0,958	0,083
11.Депрессия	0,916	0,002
12.Невротизация	0,952	0,050

*- станайн

Таблица 5 - Проверка на нормальность распределения выборки зрелых

Переменные	W	p
1.Возраст	0,934	0,073
2.Давность заболевания	0,917	0,025
3.Тревожность	0,974	0,696
4.Тревожность*	0,873	0,002
5.Эмоциональный дискомфорт*	0,895	0,007
6.Астенический компонент*	0,893	0,006
7.Фобический компонент*	0,866	0,001
8.Оценка перспективы*	0,890	0,005
9.Социальная защита*	0,933	0,069
10.Алекситимия	0,949	0,172
11.Депрессия	0,561	0,000
12.Невротизация	0,561	0,001

*- станайн

Таблица 6 - Проверка на нормальность распределения выборки
ПОЖИЛЫХ

Показатель	W	p
1.Возраст	0,956	0,505
2.Давность заболевания	0,807	0,001
3.Тревожность	0,964	0,653
4.Тревожность*	0,793	0,000
5.Эмоциональный дискомфорт*	0,871	0,015
6.Астенический компонент*	0,854	0,008
7.Фобический компонент*	0,838	0,004
8.Оценка перспективы*	0,915	0,094
9.Социальная защита*	0,849	0,006
10.Алекситимия	0,941	0,282
11.Депрессия	0,748	0,000
12.Невротизация	0,764	0,000

*- станайн

Таким образом, к этим шкалам для сравнения средних значений по выборкам с нормативным средним значением можем применить одновыборочный критерий Стьюдента. Для остальных переменных для этих целей необходимо применить критерий Хи-квадрат Пирсона.

Корреляционный анализ. Результаты корреляционного анализа эмоциональных нарушений между собой и с возрастом испытуемых в обеих выборках предоставлены в таблицах 7–9.

Таблица 7 - Результаты корреляционного анализа возраста с остальными переменными.

Переменные	Коэффициент корреляции	p-value
Давность заболевания	-0,099	0,502
Тревожность	0,127	0,388
Тревожность*	0,207	0,156
Эмоциональный дискомфорт*	0,075	0,610
Астенический компонент*	0,142	0,332
Фобический компонент*	0,146	0,319
Оценка перспективы*	0,041	0,778
Социальная защита*	0,228	0,119
Алекситимия	0,261	0,072
Депрессия	0,350	0,014
Невротизация	-0,083	0,574

*- станайн

Независимо от деления на группы была выявлена умеренная связь депрессии с возрастом. Это указывает на то, что такое эмоциональное нарушение, как депрессия, приобретенная после перенесённой коронавирусной инфекции, с возрастом чаще встречается в связи с общей склонностью пожилых людей к подавленному настроению, апатии и общей слабости эмоционального фона. Связей между временем, прошедшим с начала заболевания коронавирусной инфекцией не выявлено.

Таблица 8 - Результаты корреляционного анализа эмоциональных нарушений в выборке пожилых

Показатели	Возраст	Давность заболевания	Тревожность	Тревожность*	Эмоциональный дискомфорт*	Астенический компонент*	Фобический компонент*	Оценка перспектив*	Социальная защита*	Алекситимия	Депрессия	Невротизация
1.Возраст	1,00	-0,16	0,57	0,51	-0,42	-0,19	-0,29	-0,39	-0,53	0,23	-0,22	0,38
2. Давность заболевания	-0,16	1,00	-0,24	-0,19	-0,27	0,09	-0,39	-0,40	0,23	0,03	-0,34	0,11
3.Тревожность	0,57	-0,24	1,00	0,96	0,83	0,43	0,74	0,84	0,60	-0,09	0,50	-0,70
4.Тревожность*	0,51	-0,19	0,96	1,00	0,80	0,54	0,70	0,79	0,53	-0,00	0,50	-0,76
5.Эмоциональный дискомфорт*	-0,42	-0,27	0,83	0,80	1,00	0,21	0,66	0,86	0,25	-0,02	0,70	-0,76
6.Астенический компонент*	-0,19	0,09	0,43	0,54	0,21	1,00	0,32	0,12	0,43	0,47	0,28	-0,33
7.Фобический компонент*	-0,29	-0,39	0,74	0,70	0,66	0,32	1,00	0,70	0,23	0,06	0,38	-0,53
8.Оценка перспектив*	-0,39	-0,40	0,84	0,79	0,86	0,12	0,70	1,00	0,14	-0,09	0,48	-0,75
9.Социальная защита*	-0,53	0,23	0,60	0,53	0,25	0,43	0,23	0,14	1,00	-0,04	0,14	-0,14
10.Алекситимия	0,23	0,03	-0,09	-0,00	-0,02	0,47	0,06	-0,09	-0,04	1,00	0,23	-0,27
11.Депрессия	-0,22	-0,34	0,50	0,50	0,70	0,28	0,38	0,48	0,14	0,23	1,00	-0,46
12.Невротизация	0,38	0,11	-0,70	-0,76	-0,76	-0,33	-0,53	-0,75	-0,14	-0,27	-0,46	1,00

*- станайн

В выборке пожилых достоверно ($p < ,05000$) была выявлена умеренная связь между возрастом и уровнем тревожности (0,57) – чем выше возраст испытуемого в выборке пожилых, тем выше тревожность. Более высокие значения депрессии связаны с более высокой тревожностью (0,50). Выявлена обратная сильная связь между уровнем невротизации и уровнем тревожности (-0,70). То есть, чем выше невротизация, тем ниже тревожность. Показатели невротизации с положительным знаком свидетельствуют о низкой невротизации, а с отрицательным о наличии невротизации личности. Исходя из этого делается вывод о том, что высокая тревожность коррелирует с низкой невротизацией. Тревожность вызвана не изначальным уровнем невротизации личности, а иным фактором, который в данной ситуации мы приравниваем к заболеванию коронавирусной инфекцией. Выявлена слабая связь невротизации с возрастом.

Депрессия связана с низкими значениями невротизации (-0,46), что также указывает на соматическую природу депрессии, а не на ее возникновение на фоне невротической организации личности. Выявлена слабая обратная связь давности заболевания с депрессией (-0,34), с фобическим компонентом (-0,39) и оценкой перспективы (-0,40). Чем больше времени прошло с момента заболевания, тем ниже фобический компонент тревожности, оценка перспективы и депрессия. Далее были рассмотрены компоненты тревожности, такие как эмоциональный дискомфорт, астенический компонент тревожности, фобический компонент, тревожная оценка перспективы и социальная защита. Чем выше эмоциональный дискомфорт, тем сильнее депрессия (0,70). Это может быть связано с гомологичной природой этого компонента тревожности с депрессивными переживаниями.

Высокие значения астенического компонента имеют слабую корреляцию с высокими значениями алекситимии (0,47). Этот компонент проявляется в утомляемости, нарушениях сна, вялости и пассивности. Можно предположить, что уход в алекситимию, как в понижение возможности распознавания собственных эмоций, может являться для

данной группы испытуемых защитной реакцией от тяжелых психосоматических переживаний. Высокие значения астенического компонента слабо коррелируют с низкой невротизацией (-0,33). Низкие значения оценки перспективы слабо коррелируют возрастом (-0,39). Высокие значения этого компонента и сильно коррелируют с низкой невротизацией (-0,75) и высокими значениями депрессии. Оценка перспективы понимается в общей обеспокоенности грядущим на фоне высокой эмоциональной восприимчивости, реакцией на что может быть депрессивное состояние, сопровождающееся чувством тоски и безысходности. Высокие значения фобического компонента связаны низкой невротизацией (-0,53). Как упоминалось ранее, оценка перспективы и фобический компонент, в виде чувства непонятной угрозы, неуверенности в себе не связаны с глубинными изменениями личности.

Чем выше возраст испытуемого в выборке пожилых, тем ниже показатели социальной защиты (-0,53). Можно предположить, что с возрастом пожилой человек не проявляет значительную тревожность в области социальных контактов или не стремится расценивать общественную сферу как главный источник тревожности и неуверенности.

В выборке зрелых людей (таблица 9) достоверно ($p < ,05000$) были выявлены следующие особенности: возраст не имеет взаимосвязи ни с одним показателем. Время, прошедшее с момента болезни новой коронавирусной инфекцией слабо связана с тревожностью (0,31) и ее компонентами – эмоциональный дискомфорт (0,36), фобический компонент (0,32), оценка перспективы (0,35). Они означают усиление тревожности с течением времени. Можно предположить, что, сталкиваясь с возвращением в привычный ритм жизни, более активный, чем у пожилых людей, ощущение непонятной угрозы и проекция страхов на будущее усиливается.

Таблица 9 - Результаты корреляционного анализа эмоциональных нарушений в выборке зрелых

Показатели	Возраст	Давность заболевания	Тревожность	Тревожность*	Эмоциональный дискомфорт*	Астенический компонент*	Фобический компонент*	Оценка перспективы*	Социальная защита*	Алекситимия	Депрессия	Невротизация
1. Возраст	1,00	-0,06	-0,02	0,13	-0,10	-0,11	0,00	0,17	0,03	0,27	0,24	0,14
2. Давность заболевания	-0,06	1,00	0,31	0,34	0,36	0,20	0,32	0,35	0,17	0,21	0,29	0,01
3. Тревожность	-0,02	0,31	1,00	0,97	0,80	0,80	0,72	0,69	0,15	0,52	0,68	-0,39
4. Тревожность*	0,13	0,34	0,97	1,00	0,78	0,75	0,69	0,67	0,14	0,59	0,69	-0,33
5. Эмоциональный дискомфорт*	-0,10	0,36	0,80	0,78	1,00	0,60	0,65	0,59	0,19	0,51	0,54	-0,32
6. Астенический компонент*	-0,11	0,20	0,80	0,75	0,60	1,00	0,55	0,55	0,08	0,25	0,50	-0,25
7. Фобический компонент*	0,00	0,32	0,72	0,69	0,65	0,55	1,00	0,49	-0,07	0,56	0,61	-0,36
8. Оценка перспективы*	0,17	0,35	0,69	0,67	0,59	0,55	0,49	1,00	0,15	0,33	0,52	-0,35
9. Социальная защита*	0,03	0,17	0,15	0,14	0,19	0,08	-0,07	0,15	1,00	0,05	0,09	0,17
10. Алекситимия	0,27	0,21	0,52	0,59	0,51	0,25	0,56	0,33	0,05	1,00	0,77	-0,34
11. Депрессия	0,24	0,29	0,68	0,69	0,54	0,50	0,61	0,52	0,09	0,77	1,00	-0,28
12. Невротизация	0,14	0,01	-0,39	-0,33	-0,32	-0,25	-0,36	-0,35	0,17	-0,34	-0,28	1,00

*- станайн

Чем выше тревожность, тем выше алекситимия (0,52), депрессия (0,68) и ниже невротизация (-0,39). Это говорит нам о том, что чувство тревожности может быть непосредственно связано у данной группы с депрессивными переживаниями, негативным аффектом, чувством апатии. Алекситимия, как и у пожилых людей может выступать как защитная реакция от болезненных эмоций, и так же, как и у пожилых людей не связано с невротизацией личности. Высокие значения тревожности и ее компонентов,

таких как эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, оценка перспективы слабо коррелируют с давностью заболевания. А также, высокие значения тревожности(-0,39) и ее компонентов – эмоциональный дискомфорт (-0,32) и оценка перспективы (-0,35) слабо коррелируют с низкой невротизацией. У зрелых людей эта связь слабее чем у пожилых, но также указывает на то, что тревожность не связана с невротической организацией личности.

Высокие значения алекситимии в зрелом возрасте связаны с эмоциональным дискомфортом (0,51), фобическим компонентом тревожности (0,56), оценкой перспективы (0,33) и также сильно связаны с депрессией (0,77). Алекситимия, в этом случае, может быть расценена как способ отгородиться от негативных переживаний, вызванных депрессивным состоянием или содержанием указанных выше компонентов тревожности. Высокие значения алекситимии слабо связаны с низкими значениями невротизации, что указывает на отсутствие внутриличностной природы алекситимии (-0,34).

В зрелом возрасте депрессия связана с эмоциональным дискомфортом (0,54), астеническим компонентом (0,50), фобическим компонентом (0,61) и оценкой перспективы (0,52). Это означает что депрессивное состояние может быть следствием таких моментов в чувствовании мира и себя как, как утомляемость, вялость и пассивность или чувство непонятной угрозы, так и таких как неуверенность в себе или общая обеспокоенность грядущим, которыми характеризуются данные компоненты тревожности.

При сравнении результатов корреляционного анализа обеих выборок между собой можно сделать вывод о том, что у пожилых людей более позднего возраста тревожность выше, в отличие от зрелых людей. Но с возрастом пожилой человек не стремится расценивать общественную сферу как главный источник тревожности и неуверенности. У зрелых людей с течением времени тревожность усиливается. У пожилых людей чувство непонятной угрозы, проекция страхов на будущее и депрессия со временем

снижает свою интенсивность. В обеих выборках высокие значения депрессии связаны с высокими значениями тревожности и ее компонентов. Депрессия и тревожность довольно часто переплетаются между собой. [50] Для обеих групп эмоциональные нарушения не связаны с невротизацией личности. Алекситимия, которую мы рассматриваем как защитный механизм психики, характера для обеих выборок, но у пожилых она связана с утомляемостью, вялостью и пассивностью. Алекситимия имеет больше связей с компонентами тревожности и депрессией в выборке зрелых. Это может быть связано с более активной социальной позицией, в связи с этим потребность психики в защитной стратегии увеличивается.

Сопоставление полученных данных с нормативными показателями. Результаты сравнения предоставлены в таблицах 10-13.

Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод, что для сравнения средних значений по выборкам с нормативным средним значением можем применить одновыборочный критерий Стьюдента у пожилых для шкал тревожность, оценка перспективы и алекситимии, у зрелых для шкал тревожность, социальная защита, алекситимия. Для остальных переменных для этих целей необходимо применить критерий Хи-квадрат Пирсона. Средние значения были взяты из соответствующих показателей в методиках.

Таблица 10 - Результаты сравнения выборочного показателя с нормативным с помощью одновыборочного критерия Стьюдента в выборке пожилых

Показатель	Среднее	Стандартное отклонение.	t-value	p
Тревожность	23,263	9,066	5,458	0,000
Оценка перспективы	6,315	1,916	2,992	0,007
Алекситимия	67,894	11,666	2,202	0,040
Социальная защита	6,315	2,262	2,535	0,020

Таблица 11 - Результаты сравнения выборочного показателя с нормативным с помощью одновыборочного критерия Стьюдента в выборке зрелых

Показатель	Среднее	Стандартное отклонение.	t-value	p
Алекситимия	64,413	12,24604	1,061	0,297
Тревожность	18,793	6,651419	5,572	0,000
Социальная защита	4,931	1,830906	-0,202	0,840

Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод о том, что в показателях общей тревожности у обеих групп значимое отклонение от нормативных значений.

Показатели алекситимии у пожилых значимо выше нормативных. Точно такой же результат по компоненту социальной значимости и оценки перспективы в рамках тревожности. Обратное мы видим исходя из результатов группы зрелых – их средние значения алекситимии и социальной значимости не являются весомо выше нормативных.

В качестве ожидаемых частот при сравнении эмпирического (выборки переболевших коронавирусной инфекцией) с теоретическим распределением по критерию Хи-квадрат Пирсона были взяты частоты теоретического нормального распределения, как показатели условно здоровой выборки, где средние значения 68,26, а низкие и высокие, следовательно, по 15,78.

По показателю общей тревожности у пожилых людей высокие значения по выборке значительно чаще встречается чем в нормативной выборке, и чаще чем у зрелых, у которых этот показатель так же превышает значения частот теоретического нормального распределения, но не так значительно. У зрелых людей показателей нормы соответствуют нормативным частотам. Из чего мы можем сделать вывод о том, что общая тревожность, приобретенная в последствии заболевания новой

коронавирусной инфекции более характерна для пожилых людей, нежели зрелых.

Подобную картину мы наблюдаем по результатам анализа по компонентам тревожности – эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, тревожная оценка перспективы и социальная защита - у пожилых людей высокие значения по выборке значительно чаще встречается чем в нормативной выборке, и чаще чем у зрелых.

Таблица 12 - Результаты сравнения выборочного показателя с нормативным с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона в выборке пожилых

Показатель	Значение	Наблюдаемые частоты	Ожидаемые частоты	Хи-квадрат	р
1.Тревожность*	высокие	(9)47,36	15,87	76,00	0,000
	низкие	(1) 5,26	15,87		
	норма	(9) 47,36	68,26		
2.Эмоциональный дискомфорт*	высокие	(7) 36,84	15,87	33,092	0,000
	низкие	(2) 10,52	15,87		
	норма	(10) 52,63	68,26		
3.Фобический компонент*	высокие	(6) 31,57	15,87	18,922	0,000
	низкие	(2) 10,52	15,87		
	норма	(11) 57,89	68,26		
4.Оценка перспективы*	высокие	(5) 26,31	15,87	13,965	0,001
	низкие	(1) 5,26	15,87		
	норма	(13) 68,42	68,26		
5.Социальная защита*	высокие	(8) 42,10	15,87	51,563	0,000
	низкие	(2) 10,52	15,87		
	норма	(9)47,36	68,26		
6.Астенический компонент*	высокие	(12) 63,15	15,87	171,23	0,000
	низкие	(0) 0,00	15,87		
	норма	(7) 36,84	68,26		
7.Алекситимия	норма	(8) 42,10	68,26	39,428	0,000
	промежуток	(4) 21,05	15,87		
	алекситимия	(7) 36,84	15,87		
8.Невротизация	высокие	(2) 10,52	15,87	33,092	0,000
	низкие	(7) 36,84	15,87		
	норма	(10) 52,63	68,26		
9.Депрессия	Нет депрессии	(8) 42,10	68,26	31,573	0,000
	Есть депрессия	(11) 57,89	31,74		

* - станайн

Таблица 13 - Результаты сравнения выборочного показателя с нормативным с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона в выборке зрелых

Показатель	Значение	Наблюдаемые частоты	Ожидаемые частоты	Хи-квадрат	Р
1.Тревожность*	высокие	(6) 20,68	15,87	3,394	,0,183
	низкие	(3) 10,34	15,87		
	норма	(20) 68,96	68,26		
2.Эмоциональный дискомфорт*	высокие	(4) 13,79	15,87	7,134	,0,028
	низкие	(23) 79,31	68,26		
	норма	(2) 6,89	15,87		
3.Фобический компонент*	высокие	(3) 10,34	15,87	3,042	,0,218
	низкие	(4) 13,79	15,87		
	норма	(22) 75,86	68,26		
4.Оценка перспективы*	высокие	(7) 24,13	15,87	6,341	,0,041
	низкие	(3) 10,34	15,87		
	норма	(19) 65,51	68,26		
5.Социальная защита*	высокие	(2) 6,89	15,87	7,134	,0,028
	низкие	(4) 13,79	15,87		
	норма	(23) 79,31	68,26		
6.Астенический компонент*	высокие	(12) 41,37	15,78	58,670	,0,000
	низкие	(0) 0,00	15,78		
	норма	(17) 58,62	68,26		
7.Алекситимия	норма	(13) 44,82	68,26	26,841	,0,000
	промежуток	(7) 24,13	15,87		
	алекситимия	(9) 31,03	15,87		
8.Невротизация	высокие	(3)10,34	15,87	48,777	,0,000 0
	низкие	(12) 41,37	15,87		
	норма	(14) 48,27	68,26		
9.Депрессия	Нет депрессии	(21) 72,41	68,26	0,796	,0,372
	Есть депрессия	(8)27,58	31,74		

* - станайн

Присутствие эмоциональных нарушений, в частности, депрессии, сниженный эмоциональный фон либо неудовлетворенность актуальной ситуацией, эмоциональная напряженность непосредственно либо косвенно характерны для эмоционального дискомфорта, как компонента тревожности [7]. Чувство необъяснимой опасности, нерешительности, своей бесполезности в структуре тревожности отображает фобический компонент. Тревожность в области общественных контактов либо попытки человека расценивать общественную сферу как основу тревожных напряжений и неуверенности обозначает социальная защита. Этот момент хорошо

накладывается на высокую значимость социальной среды и ее ответственности за, например, санитарные меры во время пандемии [7].

Тем не менее тревожная оценка перспективы у зрелых в высоких значениях так же превышает значения частот теоретического нормального распределения. Этот показатель непосредственно связан с всеобщей обеспокоенностью грядущим на фоне высокой эмоциональной чувствительности и проекцией страхов на перспективу, Интересным наблюдением является результат по показателю астенический компонент тревожности, в обеих выборках не было испытуемых с низкими значениями по данной шкале, и хоть мы и видим, что у пожилых людей высокие значения по выборке значительно чаще встречается чем у зрелых, у которых так же частота встречаемости нормы выше чем у пожилых, но по сравнению с нормативной выборкой обе возрастные группы имеют довольно высокую встречаемость высоких значений. Что может говорить о преобладании в структуре тревожности усталости, нарушений сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости у обеих групп.

Уровень невротизации в обеих выборках оказался в пределах нормальных частот что говорит о том, что сильной зависимости внутриличностного конфликта, который характеризуется результатами данной методики с остальными показателями нет. Методика «уровень невротизации» является отображением типологического подхода к личности. Следовательно, можно сделать вывод о непосредственном возникновении тревожности, ее составляющих и депрессии в связи с перенесенным заболеванием, а не более долгосрочным нарушением личности испытуемых.

Алекситимия и промежуточные состояния в обеих группах встречаются чаще чем в нормативной выборке что может свидетельствовать о том, что снижение возможности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений может являться защитной реакцией на тяжёлое заболевание или неопределённую и

шаткую ситуацию, вызванную перенесенным заболеванием или пандемией в целом.

Наличие депрессии в выборке пожилых значительно чаще встречается чем в нормативной выборке, и чаще чем у зрелых, у которых этот показатель не превышает значения частот теоретического нормального распределения.

Сравнение выборок между собой по критерию Манна-Уитни. Результаты сравнения представлены в таблице 14.

Таблица 14 - Сравнение выборок между собой по критерию Манна-Уитни

Показатели	Сумма рангов в выборке зрелых	Сумма рангов в выборке пожилых	U	Z	p-value
1.Возраст	435	741	0	-5,798	0,000
2.Давность заболевания	730	446	256	0,401	0,689
3.Тревожность	624	552	189	-1,813	0,070
4.Тревожность*	620	556	185	-1,897	0,058
5.Эмоциональный дискомфорт*	646	530	211	-1,349	0,177
6.Астенический компонент*	631,5	544,5	196,5	-1,655	0,098
7.Фобический компонент*	640	536	205	-1,476	0,140
8.Оценка перспективы*	696,5	479,5	261,5	-0,285	0,776
9.Социальная защита*	596,5	579,5	161,5	-2,393	0,017
10.Алекситимия	662	514	227	-1,012	0,312
11.Депрессия	591,5	584,5	156,5	-2,498	0,012
12.Невротизация	772,5	403,5	213,5	1,297	0,195

* - станайн

Уровень значимости по показателям социальной значимости и депрессии группах весома отличается друг от друга, в сторону преобладания в группе пожилых более высоких значений. В тенденции наблюдаются отличия по шкалам астения и тревожность.

Подводя итог всему вышесказанному можно с уверенностью сказать, что особенности пожилого возраста оказывает существенное влияние на степень выраженности эмоциональных нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции в сравнении с людьми зрелого возраста и условной группой здоровья пожилого возраста.

Хоть и для пожилого возраста характерно снижение контроля за проявлением эмоций, мы узнали, что нарушения связаны скорее с заболеванием, вызванным коронавирусом SARS-CoV-2, на что указывают низкие значения по невротизации, которая понимается как невротическое состояние, либо как некий процесс формирования невроза, его усугубления, развития, формирования. Невротические состояния могут в своей картине иметь нарушения, которые мы видим и в результатах нашего исследования, но основой этих нарушений будут являться внутриличностные конфликты. В обеих группах зафиксированы промежуточные и высокие значения по алекситимии. Однако у пожилых людей показатели значимо выше нормативных. Концепция травматической соматизации рассматривает алекситимию как вторичный процесс. Алекситимичные качества зачастую встречаются у персон с посттравматическими стрессовыми расстройствами, они имеют все шансы проявляться в скрытой депрессии. Для людей с алекситимией типичен "незрелый" вид защит от сверхсильных, невыносимых для них аффектов. В следствии эмоциональной травмы образуется состояние глобального торможения аффектов, реакция «оцепенения». В этом случае данное нарушение рассматривается подобно защитному механизму. В обеих выборках Алекситимия имеет связь с тревожностью. Тревожность характерна для обеих групп возрастов, но более высокие значения преобладают в пожилом возрасте. Так же выявлена значимая связь тревожности с возрастом. Тревожность отражает достаточно стабильное личностное качество, определяющееся направленностью человека воспринимать угрозу собственной личности и готовностью откликаться на это повышением чувства беспокойства в обстоятельствах, в том числе и незначительной угрозы либо напряжения. Тревожность связана у обеих групп людей с депрессивными переживаниями[8].

Мы увидели значительное преобладание депрессии в выборке пожилых людей. Проявлением депрессии является стремительное понижение работоспособности, преобладание негативного аффекта, моторная

заторможенность, нарушения мышления. Депрессивное состояние сопровождается снижением самооценки, утратой вкуса к существованию и заинтересованности нормальной деятельностью [50]. Что в совокупности с одним из наиболее часто встречающихся признаков эмоциональной сферы у пожилых людей – доминированием негативной модальности переживаний может усугубить качество жизни человека, нарушить социальное функционирование и в крайнем случае привести еще большим психическим и соматическим нарушениям.

Тревожность и депрессия обладают похожими чертами и в этом их взаимосвязь. Но они выступают в роли несхожих друг с другом феноменов. Отличия между тревожностью и депрессией могут выражаться такой формулой: «Должно произойти что-то пугающее. Я могу быть не подготовленным к этому, однако я обязан попытаться» (человек ощущает тревожность). «Должно произойти что-то пугающее. Я никак не смогу это преодолеть, по этой причине я даже не буду пробовать действовать» (человек ощущает депрессию). Важно, то, что это происходит на уровне чувств и ощущений, а физически, как правило, обездвиживает и не приводит к продуктивным действиям [19]. То есть, в сочетании с депрессией тревожность является маяком, сигнализирующим об опасности, а депрессия, в свою очередь, это единственный способ превенции опасных последствий.

Анализируя компоненты тревожности – эмоциональный дискомфорт, фобический компонент, тревожная оценка перспективы и социальная защита, мы увидели, что, у пожилых людей высокие значения по выборке значительно чаще встречается чем в нормативной выборке, и чаще чем у зрелых. Астенический компонент характеризуется высокими значениями в обеих выборках, что может говорить о преобладании в структуре тревожности усталости, нарушений сна, вялости и пассивности, быстрой утомляемости у обеих групп. В выборке пожилых он связан с высокими значениями алекситимии, которую мы можем рассматривать как защитный механизм. В этой же роли алекситимия выступает в выборке зрелых людей в

связке с эмоциональным дискомфортом и фобическим компонентом, где эмоциональный дискомфорт связан с наличием эмоциональных нарушений или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, а фобический компонент отражает в структуре тревожности ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе. Можно предположить, что защитная роль алекситимии о для этой категории возраста относительно этих компонентов связана с более высокой социальной активностью и менее ригидным и более дифференцированным эмоциональным фоном.

В выборке пожилых людей высокие значения значительно чаще встречается чем в нормативной выборке, и чаще чем у зрелых по компоненту социальная защита, которая связана с основными проявлениями тревожности в сфере социальных контактов или с попытками испытуемого рассматривать социальную среду как основной источник тревожных напряжений. Это указывает на высокую значимость социальной среды и ее ответственности за, например, санитарные меры во время пандемии, недостаточное проявление заботы от близких или недоверие к медицинскому персоналу. Это же распространяется и на тревожную оценку перспективы в обеих группах высокие значения превышают значения частот теоретического нормального распределения. Этот показатель тесно связанная с проекцией страхов на перспективу, общую озабоченность будущим на фоне повышенной эмоциональной чувствительности. Что в зрелом возрасте может быть связано с выстраиванием планов на более поздний возраст, озабоченность стабильностью доходов в такой нестабильный период, как пандемия, состоянием здоровья себя и близких, а у пожилых людей с мыслями о смерти и возможном усложнении жизни на данном возрастном этапе, когда важен покой во многих сферах существования.

3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАБОТЕ С ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

3.1 Теоретическое обоснование психологического сопровождения пожилых людей с эмоциональными нарушениями, приобретенными в последствии коронавирусной инфекции

Пандемия COVID-19 сформировала чувство угрозы, неопределенности, утраты контроля во всем обществе, что спровоцировало существенное отрицательное воздействие на психологическое самочувствие населения мира. Тенденция к увеличению трудоспособного возраста пожилых людей, специфика эмоционального фона, физиологическая, психологическая уязвимость характерная для этой возрастной группы в совокупности с результатами, полученными в исследовании эмоциональных нарушений, приобретенных в последствии коронавирусной инфекции ставят актуальным вопрос оказания качественного психологического сопровождения.

Целью психологического сопровождения является оптимизация эмоционального состояния пожилого человека.

Большое количество исследований и несколько мета анализов показали, что **метод** когнитивно-поведенческой терапии показывает свою эффективность в терапии нарушений эмоциональной сферы, выявленных в этом исследовании [53,59].

Следует выделить основные **задачи** психологического сопровождения, исходя из данных, полученных в ходе исследования. Каждая цель подразумевает процесс воздействия на внутреннюю переработку информации пожилым человеком.

Во-первых, это работа с тревожностью и ее составляющими. В психологическом сопровождении, нацеленном на эту мишень, психолог должен взаимодействовать с такими особенностями тревожного человека как

непереносимость неопределенности, позитивные убеждения относительно тревоги, негативная ориентация на проблемы, когнитивное избегание. Ключевой аспект психологического сопровождения нарушений тревожного спектра заключается в следующем: стараться не рассматривать содержание тревожного настроения. Ориентация должна содержать в себе «взгляд сверху» на тревожность. Если пожилым человеком часто принимаются попытки углубиться в свое состояние, то внимание должно быть акцентировано на мышление, восприятие и ощущения в текущий момент[53].

Во-вторых, купирование депрессивного состояния. В депрессии пожилые люди предрасположены объяснять события собственной жизни в отрицательной и даже гиперболизированной форме, формирующей в результате пессимистичное мнение о себе и собственном будущем. Психологу необходимо реализовывать работу с характерными ошибками, допускаемыми человеком в депрессивном состоянии: игнорирование позитивного жизненного опыта и ситуаций, сосредоточенность на негативных эпизодах; ошибочные заключения о намерении общества, акцент на малоприятных результатах этого момента в собственном существовании [37].

В-третьих, работа с алекситимическими проявлениями. Во взаимодействии с этой мишенью важно акцентировать внимание на понимание и осознание даже элементарных эмоций. Возможна работа через ощущения и их объяснение. Чем хуже человек понимает свои эмоции, тем меньше она использует такие адаптивные стратегии регуляции этих эмоций – принятие, позитивную перефокусировку, фокусирование на планировании, положительную переоценку и рассмотрение в перспективе. Психолог должен помочь пожилому человеку выработать эти стратегии и провести работу с подверженностью человека с алекситимическими проявлениями руминациям, катастрофизации, обвинению себя и других людей[8].

Свою эффективность в психотерапии эмоциональных нарушений у пожилых людей так же показывает метод Арт-терапии, возможно сочетание

психологического сопровождения с техниками данного метода [18]. Арт-терапия реализует раскрытие внутреннего потенциала, создает возможность попробовать новую деятельность, которую раньше не приходилось осуществлять, расширяет кругозор, способна улучшать настроение и общее самочувствие, улучшает навыки общения в случае, если возможен групповой формат. В работе с алекситимией арт-терапия через творчество способствует формированию представлений о себе и осознанию и выражению своих чувств. И так же, что важно в пожилом возрасте, положительно влияет на работу ВПФ (развитие мелкой моторики, мышления, памяти, внимания) [34].

Пандемия поспособствовала глобальной цифровизации психологической помощи. Если пожилому человеку доступны технологии для осуществления такого формата занятий, этот вид психотерапевтического сопровождения может быть более безопасным из соображений о санитарных мерах, которые снижают риск распространения инфекции. Возможно комбинирование дистанционных или очных индивидуальных занятий с групповой арт-терапией. Группа принимает клиента, его ценности, особенности его внутреннего мира, что благополучно влияет на самораскрытие и продуктивность деятельности. Группа, по средствам обратной связи может помочь клиенту проанализировать свое неадаптивное поведение и в нужный момент оказать эмоциональную поддержку.

В нынешних, нестабильных условиях пандемии важно своевременно обращать внимание на подобного рода нарушения у пожилых людей, перенёвших инфекцию, что поможет не допустить укрепления этих тяжелых психологических симптомов в структуре личности и невротизации ее в целом. Так же, важна предварительная диагностика степени выраженности эмоциональных нарушений, что бы в более тяжелых случаях была возможность подключить к работе врача-психиатра и медикаментозную коррекцию.

3.2 Стратегия психологического сопровождения пожилых людей с эмоциональными нарушениями, приобретенными впоследствии перенесённой коронавирусной инфекции

В этом параграфе мы рассмотрим стратегию работы с нарушениями эмоциональной сферы у пожилых людей, приобретенными в последствии коронавирусной инфекции.

На начальном этапе психологического сопровождения психолог должен выявить негативную я-концепцию через диалог с пожилым человеком, его рассказ о себе, своих переживаниях, отношениях в социуме и семье. На этом этапе помощью могут оказаться собранные данные, полученные в процессе диагностики, например, по тем методикам, которые мы использовали в этом исследовании. По результатам проделанного – выявить цель психологического сопровождения и сформулировать запрос, с которым будет проводиться дальнейшая работа.

На этом этапе происходит специфическое сотрудничество с клиентом. Психолог устанавливает психотерапевтические взаимоотношения. Итогом этого считается выявление неспецифических отрицательных «депрессивных» или «тревожных» автоматических мыслей, выявление депрессивной руминации, пассивной, цикличной формы отрицательного мышления, которая крутится возле общей проблемы и воспринимается как неуправляемая, тягучая и соответствующая настроению в конкретный момент и ее смысл. Установление степени актуальной активности, копинг-стратегий клиента: каким способом он справляется с трудностями (прибегает ли к депрессивным действиям), как контактирует с товарищами, социумом, выясняются аспекты общения с родственниками. Немаловажно разобраться во взгляде пожилого человека на то что с ним происходит в данный момент и степени осмысления этого.

На втором этапе психолог должен поспособствовать овладению клиентом контроля и планирования деятельности, что формирует возможность перспективного проектирования изменений, в том числе и в эмоциональной сфере. Психолог обучает клиента планированию действий по формированию навыков и получению удовольствия в целях увеличения персональной эффективности. Доказательство успешности перемен проявляется в ощущениях, чувствах, продуктивности и приобретенном от этого удовольствии. Совершается тренинг поведения, моделирование, формирование самооценности. Могут быть использованы ролевые игры, с целью становления навыков перед основными попытками более результативного реагирования как в прежних трудных ситуациях, также и в ранее не известных. В ходе психологического сопровождения используются поведенческие методы обучения релаксации и отвлечения внимания. Эти методы применяются при опасности появления тревоги в процессе перемен. Важный пункт психологического сопровождения – поэтапное выстраивание вопросов и задач для того, чтобы пожилой человек имел возможность переживать перемены, как шаг за шагом прогрессирующий процесс, на протяжении которого сложность этих задач можно отрегулировать, а умение это делать приобретается со временем.

На этом этапе терапии так же может использоваться классическая схема работы в КПТ где ключевым аспектом является выявление автоматических мыслей. В работе с ними можно использовать такую технику как «Заполнение пустоты» - при поддержке психолога клиент наполняет «пустоту» между случившимся событием и неадекватной на него реакцией, которую никак не способен непосредственно для себя растолковать. В коррекции автоматических мыслей могут использоваться такие техники как: «Декатастрофизация» – техника демонстрации клиенту, что его закономерные выводы неверны и не катастрофичны; «Переформулирование» – техника применяется если клиент убежден, что проблема не поддается его контролю. Психологу необходимо сделать суждение более точным. Это

способно повлечь за собой мысли о дальнейших шагах способных разрешить проблему; «Децентрализация» – эта техника, помогающая избавить клиента от убежденности, что он представляет собой средоточие событий, протекающих вокруг; «Реатрибуция» – техника используется в случае если клиент убежден, что источник его бед - это какая-то единственная причина; Рольевые игры. Может использоваться «когнитивная переоценка» — техника, ориентированная на пересмотр эмоциогенной ситуации, на трансформацию взгляда на нее, на попытку взглянуть с всевозможных сторон, возможно, выяснить для себя некие положительные нюансы в отрицательной ситуации. Техника вырабатывает способность пожилого человека взглянуть на ситуацию со стороны и о ней рассуждать [5, 6].

В терапию может быть включена техника «принятия ответственности» - ее суть в том, чтобы клиент принял свою негативную мысль и не дистанцировался от нее. Происходит это путем построения конструкции «У меня есть мысль что...» куда нужно добавить изначальную мысль, благодаря этому влияние изначальной негативной мысли снижается. Целью здесь является не избавление от этой мысли или ее изменение. Меняется отношение клиента к этой мысли – она становится просто рациональной конструкцией, с которой можно работать в дальнейшем. Техника поведенческой активации заключается в изменении распорядка дня, составлении графика активности, поощрении пожилого человека, ведение списка достижений. На этом этапе возможно ведение дневника с целью фиксации эмоционально состояния или автоматических мыслей. Психолог обучает клиента поиску альтернативных мыслей. В этом случае могут быть заданы вопросы по такому алгоритму.

- 1) Что произошло? Опишите ситуацию.
- 2) Какие мысли были в этот момент?
- 3) Какие есть доказательства того, что ваши мысли верны?
- 4) Какие есть доказательства обратного?
- 5) Что самое страшное произойдет, если это окажется правдой?

6) Сможете ли вы с этим справиться? Пережить это? Какие действия могут вам в этом помочь?

7) А какие положительные моменты дает мысль, которая пришла вам в голову в той ситуации?

8) Чего вы лишаетесь, когда следуете этой мысли?

9) Как вы бы могли переформулировать эту мысль, что бы в ней стало больше положительных моментов и исчезли отрицательные?

После того как выявляются негативные автоматические мысли, начинается усиленная проверка на их адекватность и реальность. После такой проверки многие из них открывают свою суть как «утрированные» и «нелепые» [6, 49].

На этом этапе так же применяется техника принятия решений: предлагается определить тревожные или депрессивные мысли о разрешимых проблемах и активно работать над их решением. Начинать стоит с установления природы проблемы, а затем изобрести любое количество решений проблемы. Далее выбирается решение, которое клиент считает максимально целесообразным. Клиент пытается его применить и дает оценку, действительно ли оно разрешило проблему. Если нет, возвращается и рассматривает иное решение, без критики и оценки себя [26].

Если пациент не может справиться с растущим напряжением из-за внешних событий или из-за изменений в процессе терапии используются техники релаксации. Для релаксации можно использовать техники музыкотерапии [34].

Мы предлагаем к использованию комбинирование психологического сопровождения с арт-терапией с целью побуждения пожилого человека к самораскрытию, исследованию собственного эмоционального состояния, развитию творческого воображения. Тут может использоваться изо-терапия и ее техники: «Рисование пальцами», «Рисование имени», «Натюрморт» [34]. Если клиента терзают травматичные ситуации из прошлого можно использовать технику экспрессивного письма, чтобы столкнуться с этими

проблемами, и поставить точку, после чего это рукописное переживание можно уничтожить, разорвать, прочувствовав все эмоции, которые были недоступны или разрушительны.

Ближе к завершению этого этапа можно использовать технику «диспетчер полетов». Эта техника заключается в том, чтобы «диспетчер» – клиент, на некоторое время попытался сначала быть «на связи» со своими негативными мыслями, реагируя на каждую из них, а потом отключиться от «связи» и не обращать внимание какое-то время. Далее нужно сравнить ощущения и эмоции, полученные от этих разных состояний и как они повлияли на самочувствие [26]. Так же, следует побуждать клиента искать радость в повседневности, говорить о положительных вещах, произошедших за день или неделю. Можно давать это в качестве домашнего задания – написать 10 хороших вещей, произошедших с вами за неделю. На этом этапе психолог мотивирует пожилого человека к полезным привычкам – физической активности, хобби, готовке и т.д.

Для удобства осуществления психологических интервенций мы предлагаем таблицу (Таблица 15), в которой указаны эмоциональные нарушения – тревожность, депрессия, работа с которыми является задачами психологического сопровождения. Учитываются иные негативные переживания, компоненты тревожности и алекситимия, соприкосновение с которыми так же может произойти в рамках терапевтического процесса [27].

Таблица 15 указывает на техники в рамках когнитивно-поведенческого подхода, которые можно использовать в конкретной ситуации. Эти техники можно найти в специализированной литературе.

Таблица 15 - Техники когнитивно-поведенческой психотерапии, возможные к применению в работе с пациентами пожилого возраста с тревожно-депрессивными нарушениями после перенесённой новой коронавирусной инфекции

	Эмоциональные нарушения	Компоненты эмоциональных нарушений	Техники
Психологическое сопровождение	Тревожность	Тревожность, вызванная вирусом	(«Назвать 5 вещей, что будут еще» основываясь на ценностных ориентациях), декатастрофизация
		Болезнь-ориентированное поведение, социальная защита	Техника контроля стимулов
		Фобический компонент, катастрофизация	Техники декатастрофизации, когнитивной переоценки
		Тревожная оценка перспективы	Техника принятия и ответственности, усиление терпимости к неопределенности, навыки пошагового решения проблемных вопросов
	Депрессия, Эмоциональный дискомфорт	Безнадежность и беспомощность	Контроль стимулов, когнитивная переоценка, активация поведения
		Ощущение потери, не связанного с тяжелой утратой	Принятие ответственности, повышение социальной поддержки, техника экспрессивного (эмоционального) письма
		Чувство одиночества	Расширение самооценки, когнитивная переоценка, усиление навыков решения проблем
		Потеря безопасной привязанности и смысла жизни, социальная защита	Планирование деятельности (удовольствие, мастерство), усиление социальной активности и ценностных ориентаций.
	Иные негативные психологические переживания	Чувство вины и стыда	Определение оправдания, усиление прощения, техника «возмещение ущерба», когнитивный рефрейминг
		Чувство разочарования и нереалистичные ожидания	Когнитивная переоценка, управление ожиданиями, постановка целей
		Алекситимия	Объяснение ощущений, принятие, позитивная перефокусировка, положительная переоценка и рассмотрение в перспективе, усиление осознанных привычек.
		Раздражительность и конфликтность	Релаксация, управление гневом с гибким выражением эмоций, «когнитивный стоп»
	Астенический компонент тревожности	Сидячий, малоподвижный образ жизни	Планирование деятельности
		Изменения в привычках питания	Когнитивная переоценка, управление малоадаптивным поведением, контроль стимулов
		Синдром сенсорного истощения	Управление поведением, техника «гибкий выбор»

При организации психологического сопровождения в дистанционном формате психолог должен учесть несколько моментов. Нужно договориться с пациентом о программе, в которой будет осуществляться видеосвязь. Стоит сделать акцент на высоком качестве передачи сигнала и безопасности личных данных. Современные реалии предлагают очень широкий выбор площадок, например, таких, как Skype, WhatsApp, Google Meet, FaceTime, Zoom [26]. На некоторых платформах возможен доступ к белому экрану, на котором можно строить схемы, осуществлять во время сеанса наглядную подачу материала, что для многих клиентов пожилого возраста может облегчить восприятие информации, упростить изучение автоматических мыслей. Психолог должен объяснить пациенту важность тихого места и спокойной обстановки для проведения сеанса, установить продолжительность, например, от 45 минут до часа. Обсудит момент того, каким образом возобновить сеанс, если начнутся неполадки с Интернет-соединением. Важно найти компромисс в посадке клиента перед камерой, чтобы, с одной стороны, психолог мог видеть невербальный компонент состояния клиента, а с другой клиент сидел в удобной для него позе, не доставляющей лишнего напряжения. Может быть ситуация, когда нет возможности организовать передачу видео, в таком случае – аудио-связь тоже является приемлемым решением, хоть и менее эффективным, и наглядным. Нужно организовать канал передачи диагностических материалов или домашних заданий – это может быть электронная почта или мессенджер.

Так же, в работе с пожилыми людьми можно опереться на доверенное лицо, которое должен выбрать клиент, этот человек может оказать помощь в напоминании клиенту о времени начала сессии или напоминании осуществить домашнее задание, заполнить дневник. С этим доверенным лицом так же можно поделиться своими эмоциями и мыслями после сеанса, если появляется такая потребность.

После того как клиент стал более эффективен в самом процессе терапии и техники стали для него более понятны, как упоминалось ранее, можно вводить дневник фиксации автоматических мыслей или эмоциональных состояний. Дневник дает возможность сделать процесс терапии непрерывным и более осознанным. Клиенту в дневнике предлагается разложить на составляющие ту или иную негативную мысль. Это такие составляющие как – автоматическая мысль, эмоции в момент этой мысли, выгоды от этой мысли, ее негативные последствия и, наконец, альтернативная мысль, которая не приносила бы такого вреда. Структура может быть упрощена или усложнена в зависимости от навыка клиента пожилого возраста в конкретный момент терапии. На начальных этапах может быть фиксировано лишь эмоциональное состояние и/или мысль, а остальное уже разобрано в процессе сеанса с психологом [9]. Дневник является частью домашнего задания, обязательного для выполнения клиентом. Так же в качестве домашнего задания могут быть даны другие техники упомянутые выше, но видоизмененные под письменную работу. Это может быть перечисление 10 хороших событий, произошедших за неделю. Самостоятельное использование техники «диспетчер полетов», «ратрибуция», «декастрофизация», «переформулирование» и так далее. Может быть дано творческое задание и осуществлено последующее рассуждение о нем на терапии. Такого рода задания могут помочь передать эмоциональные состояния непонятные пожилому человеку. Психологу важно замечать, насколько клиент эффективен в выполнении заданий. Невыполнение или формальное осуществление домашнего задания может являться темой, через которую можно судить о том, насколько пожилой человек нацелен на стабилизацию своего состояния, насколько правильно выстроена коммуникация психолог-клиент с учетом особенностей психологического состояния пожилого человека.

Завершать процесс психологического сопровождения или снижать его интенсивность возможно, когда психолог наблюдает, что клиент поменял

подход к себе. Ощутил снижение влияния на него тревожности и депрессии, стал способен осознавать и вербализировать собственные эмоциональные состояния. Когда клиент прекратил полагать, что он «никчемный» и «беспомощный», начал относиться к себе как к человеку, готовому совершать ошибки (точно так же, как любой другой человек) и корректировать их, он научился регулировать собственные отрицательные автоматические мысли, без помощи психолога устанавливать взаимосвязь между когнициями и последующими собственными действиями. Когда пожилой человек обучился в ходе терапии собственноручно принимать решение о замене негативных автоматических мыслей на реалистические и жизнеутверждающие. Когда он обрел уверенность в себе, стал более адаптивным во социуме и научился распознавать свои эмоциональные состояния и их объяснять.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перед началом исследования данной темы была поставлена цель выявить особенности эмоциональных нарушений, возникающих в результате новой коронавирусной инфекции в пожилом возрасте в сравнении с группой здоровья и людьми зрелого возраста, как ближайшей возрастной группы и разработать рекомендации по сопровождению для психологов.

Для достижения цели было произведен анализ теоретических представлений об эмоциональных нарушениях в возрасте и эмоциональных нарушениях после заболевания коронавирусной инфекцией, с учетом возрастных особенностей изменения данных нарушений со стороны отечественных и зарубежных исследователей. Была сформулирована гипотеза, которая состоит в предположении, что особенности пожилого возраста оказывает существенное влияние на степень выраженности эмоциональных нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции в сравнении с людьми зрелого возраста и условной группой здоровья пожилого возраста.

Для её подтверждения или опровержения было проведено эмпирическое исследование эмоциональных нарушений в двух выборках пожилого и зрелого возраста, в ходе которого гипотеза исследования подтвердилась, так как были выявлены различия в интенсивности и частоте встречаемости эмоциональных нарушений между пожилыми людьми, группой зрелых людей и группой условной нормы:

1) Более высокие значения по *тревожности* преобладают у пожилых людей, перенесших заболевание в сравнении с людьми зрелого возраста и условной нормой. Так же выявлена значимая связь тревожности с возрастом.

2) Зафиксировано значительное преобладание *депрессии* у пожилых людей, перенесших заболевание в сравнении с людьми зрелого возраста и условной нормой.

3) У пожилых людей показатели *алекситимии* значимо выше нормативных.

4) Результат дал анализ компонентов тревожности, таких как *эмоциональный дискомфорт*, что непосредственно либо косвенно связан с наличием эмоциональных нарушений, в частности, депрессии, пониженным эмоциональным фоном либо неудовлетворенностью актуальной ситуацией жизни, эмоциональным напряжением; *фобический компонент*, что отображает в структуре тревожности ощущение непонятной угрозы, нерешительности или неуверенности, собственной бесполезности; *тревожная оценка перспективы*, связанная с проекцией опасений на перспективу, обеспокоенность будущим в связи со значительной эмоциональной чувствительностью; *социальная защита*, что связана с ключевыми проявлениями тревожности в общественных контактах либо с попытками индивида понимать общественную сферу как основу тревожности. Выявлено, что у пожилых людей, по этим компонентам, высокие значения значительно чаще встречается чем в нормативной выборке, и чаще чем у зрелых. *Астенический компонент* в выборке пожилых связан с высокими значениями алекситимии, которую мы можем рассматривать как защитный механизм.

Так же, мы выявили, что нарушения вероятнее всего связаны с заболеванием, вызванным коронавирусом SARS-CoV-2, на что указывают низкие значения по *невротизации*, которая понимается как невротическое состояние, либо как некий процесс формирования невроза, его усугубления, развития, формирования, основой которого являются внутриличностные конфликты.

На основе данных эмпирического исследования были сформулированы рекомендации по профилактике и психокоррекции пожилых людей с эмоциональными нарушениями после перенесённой новой коронавирусной инфекции и предложена стратегия работы в когнитивно-поведенческом направлении с добавлением арт-терапевтических методов.

По итогам проведенной работы, можно сказать, что все поставленные задачи и цель были достигнуты в ходе исследования в полном объеме.

Для подтверждения результатов работы необходимо повторное проведение эмпирического исследования на больших выборках испытуемых, что позволит распространить данные результаты на генеральную совокупность.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства. Русский медицинский журнал 1996; 3: 11: 117—126.
2. Алексеева, П.С. Особенности стратегий регуляции эмоций у старшеклассников с различным профилем латеральной организации мозга / П.С. Алексеева, С.М. Афанасьева // Педагогика. Психология. Философия. - 2020. - №4 (20). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-strategiy-regulyatsii-emotsiy-u-starsheklassnikov-s-razlichnym-profilem-lateralnoy-organizatsii-mozga>
3. Барканова, О.В. Методики диагностики эмоциональной сферы: психологический практикум / О.В. Барканова [серия: Библиотека актуальной психологии]. – Вып.2. – Красноярск: Литера-принт, 2009. – 237 с.
4. Батаршев, А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности / А.В. Батаршев. - М.: ИИП, 2004. – 244 с.
5. Бек, А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен – Питер, 2019. – 234 с.
6. Бек, Д. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям. / Д. Бек – СПб.: Питер, 2018. – 313 с.
7. Бизюк, А.П. Применение интегративного теста тревожности / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. - СПб.: НИПНИ, 2005. – 186 с.
8. Брель, Е.Ю. Факторная структура алекситимии подростков в норме и при задержке психического развития неорганического генеза / Е.Ю. Брель // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. - 2018. - №1 (43). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/faktornaya-struktura-aleksitimii-podrostkov-v-norme-i-pri-zaderzhke-psihicheskogo-razvitiy>
9. Геронтопсихология: учеб. пособие / О. И. Дорогина, Ю. В. Лебедева, Л. В. Токарская, Е. В. Хлыстова ; под общ. ред. Ю. В. Лебедевой; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации,

Уральский федеральный университет. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2020. – 131 с.

10. Горнушенков, И.Д. Применение теста Роршаха для изучения нарушений эмоциональной сферы при нейродегенеративных заболеваниях пожилого возраста: пилотное исследование / И.Д. Горнушенков, И.В. Плужников // Теоретическая и экспериментальная психология. - 2018. - №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-testa-rorshaha-dlya-izucheniya-narusheniy-emotsionalnoy-sfery-pri-neyrodegenerativnyh-zabolevaniyah-pozhilogo-vozrasta>

11. Григорьева, А.И. Рекреационная деятельность, адаптация пожилых людей, субъективное ощущение одиночества, соматизированные психические нарушения / А.И. Григорьева // Кронос: психология и педагогика. - 2020. - №1 (21). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rekreatsionnaya-deyatelnost-adaptatsiya-pozhilyh-lyudey-subektivnoe-oschuschenie-odinochestva-somatizirovannye-psiicheskie>

12. Дашкин, Э.Р. Психические нарушения ассоциированные с COVID-19 / Э.Р. Дашкин, Н.А. Малышева, А.А. Цицельский // Медицина. Социология. Философия. Прикладные исследования. - 2021. - №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psiicheskie-narusheniya-assotsirovannye-s-covid-19>

13. Дианова, Н.Ф. COVID-19: реакции психики и организма / Н.Ф. Дианова, А.Н. Баранов // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. - 2021. - №6-2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/covid-19-reaktsii-psiiki-i-organizma>

14. Есетова, А.Е. Особенности эмоционально-направленных копинг-стратегий / А.Е. Есетова, М.В. Мун // Научный журнал. - 2020. - №5 (50). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-emotsionalno-napravlennyh-koping-strategiy>

15. Захарова, А.Ю. Временная перспектива личности при аффективных расстройствах: обзор научных исследований / А.Ю. Захарова, А.В. Трусова //

Вестник РУДН. Серия: Психология и педагогика. - 2019. - №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vremennaya-perspektiva-lichnosti-pri-affektivnyh-rasstroystvah-obzor-nauchnyh-issledovaniy>

16. Кабановская, Е.Ю. Некоторые аспекты изучения базовых эмоций в психологии / Е.Ю. Кабановская // Символ науки. - 2020. - №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-aspekty-izucheniya-bazovyh-emotsiy-v-psihologii>

17. Калиш, Р. Пожилые люди и горе. Психология пожилым возрасте и старения: Хрестоматия / Р. Калиш, О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. // М.: Издат. центр «Академия», 2003. - С. 322–327.

18. Клиническая и социальная арт-терапия. Под общей редакцией А.И. Копытина. – М.: ИД «Городец», 2020. – 400 с.

19. Корабельникова, Е.А. Тревожные расстройства в условиях пандемии COVID-19 / Е.А. Корабельникова // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2021. - №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/trevozhnye-rasstroystva-v-usloviyah-pandemii-covid-19>

20. Котова, Е.В. COVID-19: профилактика поведенческих и эмоциональных нарушений / Е.В. Котова // Мир науки. Педагогика и психология. - 2020. - №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/covid-19-profilaktika-povedencheskih-i-emotsionalnyh-narusheniy>

21. Краля, О.В. Дистанционное оказание психотерапевтической помощи пациентам в условиях пандемии COVID-19 / О.В. Краля // ActaMedicaEurasica. - 2020. - №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/distantsionnoe-okazanie-psihoterapevticheskoy-pomoschi-patsientam-v-usloviyah-pandemii-covid-19>

22. Крылов А.А. Психология: учебник (2-е издание): // - Проспект, 2005 – 474 с.

23. Лазарева, А.В. Сопоставительный анализ взглядов на эмоциональное старение человека / А.В. Лазарева // Акмеология. - 2016. - №1

(57). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sopostavitelnyy-analiz-vzglyadov-na-emotsionalnoe-starenie-cheloveka>

24. Логинова, Н.А. Развитие личности и ее жизненный путь / Н.А. Логинова // Психология личности в трудах отечественных и зарубежных психологов / Под ред. Л.В. Куликова. - СПб.: Питер, 2009. - С. 151–156.

25. Максудова, Е.А. Современные психологические подходы к работе с эмоционально-личностными нарушениями / Е.А. Максудова, М.Ю. Максудов // АНИ: педагогика и психология. - 2018. - №3 (24). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-psihologicheskie-podhody-k-rabote-s-emotsionalno-lichnostnymi-narusheniyami>

26. Мелёхин А.И. Дистанционная когнитивно-поведенческая психотерапия стрессового расстройства, связанного с пандемией COVID // Журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2020. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dstantsionnaya-kognitivno-povedencheskaya-psihoterapiya-stressovogo-rasstroystva-svyazannogo-s-pandemiej-covid>

27. Мелёхин, А.И. Нарушения сна в период пандемии covid-19: специфика, психологическое обследование и психотерапия / А.И. Мелёхин // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». - 2021. - №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-sna-v-period-pandemii-sovid-19-spetsifika-psihologicheskoe-obsledovanie-i-psihoterapiya>

28. Мельникова, М.Л. Копинг-стратегии и защитные механизмы личности студентов-педагогов / М.Л. Мельникова, И.В. Чебыкина // Педагогическое образование в России. - 2020. - №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/koping-strategii-i-zaschitnye-mehanizmy-lichnosti-studentov-pedagogov>

29. Мельникова, Н.В. Генезис отражения человеком эмоций: психолого-физиологический аспект исследований / Н.В. Мельникова, О.А. Самылова // Проблемы современного педагогического образования. - 2018. -

№58-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/genezis-otrazheniya-chelovekom-emotsiy-psihologo-fiziologicheskiiy-aspekt-issledovaniy>

30. Минигалиева, М.Р. Личностные типы и социальные контакты людей позднего возраста / М.Р. Минигалиева // Психология пожилым возрасте: Хрестоматия / Под ред. Д.Я. Райгородского. - Самара: БАХРАХ-М, 2004. - С. 350–364.

31. Митина, Г.В. Психоземotionalный статус пожилых людей, живущих в семьях и домах престарелых / Г.В. Митина, И.А. Салимов, А.Р. Абдулов // Проблемы современного педагогического образования. - 2019. - №62-1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihoemotsionalnyy-status-pozhilyh-lyudey-zhivuschih-v-semyah-i-domah-prestarelyh>

32. Нартова-Бочавер, С.К. Жизненное пространство семьи: объединение и разделение. / С.К. Нартова-Бочавер, К.А. Бочавер, С.Ю. Бочавер // М.: Генезис, 2011. - 320 с.

33. Незнанов, Н.Г. Психиатрия / Под ред. Н. Г. Незнанова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с. : электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412978.html>

34. Нурметова К.А., Фотиева Т.В. Применение арт терапии при лечении пациентов пожилого возраста в медико реабилитационном отделении ГОБУЗ "Новгородский клинический специализированный центр психиатрии" // FORCIPE. 2019. № Приложение. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-art-terapii-pri-lechenii-patsientov-pozhilogo-vozrasta-v-mediko-reabilitatsionnom-otdelenii-gobuz-novgorodskiy-klinicheskiiy>

35. Николаева, Э.Ф. Качество жизни как фактор стрессовых состояний у лиц пожилого возраста / Николаева Э.Ф. Николаева // Балканско научно обозрение. - 2020. - №3 (9). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-kak-faktor-stressovyh-sostoyaniy-u-lits-pozhilogo-vozrasta>

36. Обухова, Л.Ф. Проблема старения с биологической и психологической точек зрения / Л.Ф. Обухова, О.Б. Обухова, И.В.

Шаповаленко // Психологическая наука и образование. - 2003. - № 3. - С. 25–33.

37. Долматова Е.С., Митченко Н.В., Назаркина А.С., Усова Е.Н. Особенности консультирования и психокоррекции депрессии у лиц пожилого возраста // Бюллетень медицинских Интернет-конференций, Vol. 5, Issue 12, 2016, pp. 1704-1705

38. Очирова, Л.И. Исследование тревожности лиц пожилого возраста / Л.И. Очирова // КПЖ. - 2017. - №3 (122). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-trevozhnosti-lits-pozhilogo-vozrasta>

39. Прокопец, И.О. Исследование проблем эмоционального состояния лиц пенсионного возраста, связанных с разными вариантами дальнейшего жизнеустройства / И.О. Прокопец // Гуманизация образования. - 2016.- №5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-problem-emotsionalnogo-sostoyaniya-lits-pensionnogo-vozrasta-svyazannyh-s-raznymi-variantami-dalneyshego>

40. Психологические реакции людей с различной устойчивостью жизненного мира в период пандемии COVID-19 / И. О. Логинова, Н. Н. Вишнякова, А.Н. Наркевич Красноярский и др. // Красноярский Государственный Медицинский Университет. – Красноярск, 2020. – 142 с.

41. Психология эмоций и мотивации [Текст]: учеб.-метод. пособие, дополненное / сост. Митина Г.В., Нугаева А.Н., Шурухина Г.А. – Уфа: Изд-во БГПУ, 2020. – 110 с.

42. Пырьев, Е.А. Эмоциональное поведение человека / Е.А. Пырьев // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. - 2017. - №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/emotsionalnoe-povedenie-cheloveka>

43. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский М.: Бахрах-М, 2011. – 224 с.

44. Репина, Н.В. Основы клинической психологии. / Н.В. Репина, Д.В. Воронцов, И.И. Юматова. -- Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 480 с.

45. Сапогова, Е.Е. Экзистенциально-психологический анализ пожилым возрасте / Е.Е. Сапогова // Культурно-историческая психология. - 2011. - №3. - С. 75–81.

46. Сергиенко, Е.А. Психологические факторы благополучного старения / Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенкова // Вестник СПбГУ. Серия 16: Психология. Педагогика. - 2018. - №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-factory-blagopoluchnogo-stareniya>

47. Скорова, Д.П. Исследование физического, психического и эмоционального состояния юношей и девушек в период эпидемии COVID-19 / Д.П. Скорова, А.А. Александрова // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». - 2021. - №XII - Турция. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-fizicheskogo-psihicheskogo-i-emotsionalnogo-sostoyaniya-yunoshey-i-devushek-v-period-epidemii-covid-19>

48. Соловьева, Н.В. «Коронавирусный синдром»: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19. / Н.В. Соловьева, Е.В. Макарова, И. В. Кичук // РМЖ. – 2020. - №9. – С.18-22.

49. Солсо, Р. Когнитивная психология / Р. Солсо. – СПб.: Питер, 2011. – 468 с.

50. Степанов, И.Л. Возможные подходы к анализу взаимоотношения личностных особенностей и депрессии больных аффективными расстройствами / И.Л. Степанов, Б.Е. Козлов // Социальная и клиническая психиатрия. - 2019. - №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnye-podhody-k-analizu-vzaimootnosheniya-lichnostnyh-osobennostey-i-depressii-bolnyh-affektivnymi-rasstroystvami>

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

52. Тарабакина, Л.В. Детерминанты эмоций (комплексный и историкогенетический подходы) / Л.В. Тарабакина // Проблемы современного образования. - 2021. - №2. URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/determinanty-emotsiy-kompleksnyy-i-istorikogeneticheskiy-podhody>

53. Холмогорова, А.Б. Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства / А. Б. Холмогорова // Современная терапия психических расстройств. – 2014.– № 1. – С. 19–24.

54. Шаяхметова Э.Ш. Особенности психических состояний у лиц пожилого возраста, живущих в семьях и домах престарелых / Э.Ш. Шаяхметова, Г.В. Митина, О.М. Макушкина // Образовательный вестник «Сознание». - 2018. - №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihicheskikh-sostoyaniy-u-lits-pozhilogo-vozrasta-zhivuschih-v-semyah-i-domah-prestarelyh>

55. Шаяхметова Э.Ш. Роль психологического статуса личности пожилого человека в формировании депрессивных состояний / Э.Ш. Шаяхметова, Т.С. Аслаев, А.Н. Петров // МНИЖ. - 2021. - №2-3 (104). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihologicheskogo-statusa-lichnosti-pozhilogo-cheloveka-v-formirovanii-depressivnyh-sostoyaniy>

56. Abdelhady A. COVID-19-associated sleep disorders: A case report / A. Abdelhady // Neurobiol Sleep Circadian Rhythms. - 2020. - Vol. 9, no. 2. P. 3-5.

57. Bentall R. Spike in anxiety and depression following UK lockdown announcement, study reveals. / R. Bentall // Available at: <https://www.pressandjournal.co.uk/fp/news/politics/uk-pol-itics/2114074/spike-in-anxiety-and-depression-following-uk-lockdown-announcement-study-reveals>. 2020.

58. Chi Xinli Psychometric Evaluation of The Fear of COVID-19 Scale / Chi Xinli, C. Yuying // Among Chinese Population. - 2020. - Vol 6, no. 4. P. 384-393.

59. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry. - 2016 Oct;15(3):245-258.

60. Killgore W. Suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: The role of insomnia / W. Killgore, S.A. Cloonan, E.C. Taylor // *Psychiatry research*. - 2020. - Vol. 29, no. 2. P. 11-16.

61. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. / S. Liu, L. Yang, C. Zhang // *Lancet Psychiatry*. – 2020. - 7(4). – C.17-18. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30077-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30077-8)

62. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;4:e21.

63. Yao H. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. / H. Yao, N. Zhao // *Psychiatry Res*. 2020;12:112954.

Интегративный тест тревожности

Ниже Вам предложены несколько утверждений, касающихся Вашего эмоционального состояния.

В отношении каждого из них нужно решить – КАК ЧАСТО на протяжении последнего времени Вы испытывали это, и в зависимости от этого поставьте “+” в одну из четырех граф.

Утверждение	Никогда	Редко	Часто	Почти всё время
1. Я нахожусь в напряжении				
2. Я расстроен				
3. Я тревожусь о будущем				
4. Я нервничаю				
5. Я озабочен				
6. Я возбужден				
7. Я ощущаю непонятную угрозу				
8. Я быстро устаю				
9. Я не уверен в себе				
10. Я избегаю любых конфликтов				
11. Я легко прихожу в замешательство				
12. Я ощущаю свою бесполезность				
13. Я плохо сплю				
14. Я ощущаю себя утомленным				
15. Я эмоционально чувствителен				

Шкала Цунга для самооценки депрессии

ИНСТРУКЦИЯ: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в последнее время»

Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

№	УТВЕРЖДЕНИЕ	1.	2.	3.	4.
		Никогда или изредка	Иногда	Часто	Почти всегда или постоянно
		1	2	3	4
1	Я чувствую подавленность, тоску	1	2	3	4
2	Утром я чувствую себя лучше всего.	1	2	3	4
3	У меня бывают периоды плача или близости к слезам	1	2	3	4
4	У меня плохой ночной сон.	1	2	3	4
5	Аппетит у меня не хуже обычного	1	2	3	4
6	Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом	1	2	3	4
7	Я замечаю, что теряю вес.	1	2	3	4
8	Меня беспокоят запоры	1	2	3	4
9	Сердце бьется быстрее, чем обычно.	1	2	3	4
10	Я устаю без всяких причин	1	2	3	4
11	Я мыслю так же ясно, как всегда.	1	2	3	4
12	Мне легко делать то, что я умею	1	2	3	4
13	Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте.	1	2	3	4
14	У меня есть, надежды на будущее	1	2	3	4
15	Я более раздражителен, чем обычно	1	2	3	4
16	Мне легко принимать решения	1	2	3	4
17	Я чувствую, что полезен и необходим.	1	2	3	4
18	Я живу достаточно полной жизнью	1	2	3	4
19	Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру	1	2	3	4
20	Меня до сих пор радует то, что радовало всегда	1	2	3	4

Торонтская алекситимическая шкала

Инструкция: Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение:

Совершенно не согласен(1), Скорее не согласен (2), Ни то, ни другое (3), Скорее согласен (4), Совершенно согласен (5)

	Совершенно не согласен	Скорее не согласен	Ни то, ни другое	Скорее согласен	Совершенно согласен
1. Когда я плачу, я всегда знаю, почему	5	4	3	2	1
2. Мечты – это потеря времени	1	2	3	4	5
3. Я хотел бы быть не таким застенчивым	1	2	3	4	5
4. Я часто затрудняюсь определить, какие чувства испытываю	1	2	3	4	5
5. Я часто мечтаю о будущем	5	4	3	2	1
6. Мне кажется, что я так же легко способен заводить друзей, как и другие	5	4	3	2	1
7. Знать, как решать проблемы более важно, чем понимать причины этих решений	1	2	3	4	5
8. Мне трудно находить правильные слова для своих чувств	1	2	3	4	5
9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам	1	2	3	4	5
10. У меня бывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам	1	2	3	4	5
11. Мне недостаточно знать, что привело к такому результату, мне необходимо знать, почему и как это происходит	5	4	3	2	1
12. Я способен с лёгкостью описать свои чувства	5	4	3	2	1
13. Я предпочитаю анализировать проблемы, а не просто их описывать	5	4	3	2	1
14. Когда я расстроен, я не знаю, испуган ли я, печален или зол	1	2	3	4	5

15. Я часто даю волю воображению	5	4	3	2	1
16. Я провожу много времени в мечтах, когда не занят ничем другим	5	4	3	2	1
17. Меня часто озадачивают ощущения, появляющиеся в моём теле	1	2	3	4	5
18. Я редко мечтаю	1	2	3	4	5
19. Я предпочитаю, чтобы всё шло само собой, чем понимать, почему всё произошло именно так	1	2	3	4	5
20. У меня бывают чувства, которым я не могу дать вполне чёткое определение	1	2	3	4	5
21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях	5	4	3	2	1
22. Мне трудно описывать свои чувства по отношению к людям	1	2	3	4	5
23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства	1	2	3	4	5
24. Следует искать более глубокое объяснение происходящему	5	4	3	2	1
25. Я не знаю, что происходит у меня внутри	1	2	3	4	5
26. Я часто не знаю, почему сержусь	1	2	3	4	5

Уровень невротизации

Инструкция: В опроснике содержится несколько десятков утверждений, касающихся состояния Вашего здоровья и Вашего характера. Прочтите каждое утверждение и решите, верно оно по отношению к Вам или неверно. Поставьте плюс (+) в соответствующей колонке справа от утверждений.

Если утверждение по отношению к Вам бывает верно и неверно, выбирайте решение в соответствии с тем, что бывает чаще. Если утверждение по отношению к Вам бывает верно и неверно в разные периоды Вашей жизни, выбирайте решение так, как это правильно в настоящее время. Всякое утверждение, которое Вы не можете расценить по отношению к себе как верное, следует считать неверным.

Учтите, что при расшифровке результатов исследования содержание утверждений не учитывается. Вся дальнейшая обработка проводится по номеру, который имеет каждое утверждение, поэтому Вы можете быть совершенно откровенны.

	Верно	Неверно
1. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных людей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.		
2. Я мало устаю.		
3. Должен признаться, что временами я неразумно волнуюсь из-за вещей, которые в действительности не имели значения.		
4. В различных частях своего тела я часто чувствую жжение, покалывание, «ползание мурашек» или онемение.		
5. Временами мне так и хочется выругаться.		
6. Иногда у меня было чувство, что передо мной нагромоздилось столько трудностей, что одолеть их просто невозможно.		
7. Мой желудок сильно беспокоит меня.		
8. Несколько раз в неделю у меня бывает такое чувство, что должно случиться что-то страшное.		
9. Я люблю ходить на танцы.		
10. Если мне не грозит штраф, и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.		
11. Несколько раз в неделю меня беспокоят неприятные ощущения в верхней части живота (под ложечкой).		
12. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.		
13. Я замечаю, что мне трудно сосредоточиться на какой-либо задаче или работе.		
14. У меня гораздо меньше всяких опасений и страхов, чем у моих знакомых.		
15. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.		
16. Жизнь для меня почти всегда связана с напряжением.		
17. В наше время только наивные люди могут верить в загробную жизнь.		
18. У меня бывали периоды, когда из-за волнений я терял сон.		
19. Раз в неделю или чаще меня безо всякой видимой причины внезапно будто обдаёт жаром.		
20. В игре я предпочитаю выигрывать.		

21. Большую часть времени я вполне доволен жизнью.		
22. Работа стоит мне большого возбуждения.		
23. У меня бывают периоды такого сильного беспокойства, что я даже не могу усидеть на месте.		
24. Часто у меня бывают сильные головные боли.		
25. Иногда я бываю сердитым и злым.		
26. В гостях я чаще сижу где-нибудь в сторонке или разговариваю с кем-нибудь одним, чем принимаю участие в общих развлечениях.		
27. Приступы сильного возбуждения и взволнованности у меня бывают раз в неделю или даже чаще.		
28. Боли в сердце или груди у меня бывают редко (или не бывают совсем).		
29. По возможности я стараюсь избегать большого скопления людей.		
30. Верно, что мои манеры за столом у себя дома не так хороши, как в гостях.		
31. Я вполне уверен в себе.		
32. Часто я и сам огорчаюсь, что я такой раздражительный и ворчливый.		
33. Почти каждую ночь меня мучают кошмары.		
34. Временами моя голова работает как бы медленнее, чем обычно.		
35. Иногда, когда я неважно себя чувствую, я бываю раздражительным.		
36. Иногда я бываю так возбужден, что мне трудно заснуть.		
37. Самая трудная борьба для меня - это борьба с самим собой.		
38. Я часто предаюсь грустным размышлениям.		
39. У меня мало уверенности в себе.		
40. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка вызывает у меня смех.		
41. Я редко задыхаюсь, и у меня не бывает сильных сердцебиений.		
42. Сейчас я чувствую себя лучше, чем когда-либо.		
43. Временами я сам изматывал себя тем, что слишком много на себя брал.		
44. Я почти все время испытываю чувство тревоги за кого-то или за что-то.		
45. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.		

ПОСЛЕДНИЙ ЛИСТ ВКР

Выпускная квалификационная работа выполнена мной самостоятельно. Используемые в работе материалы и концепции из опубликованной научной литературы и других источников имеют ссылки на них.

Отпечатано в _____ экземплярах.

Библиография _____ наименований.

Один экземпляр сдан на кафедру.

« _____ » _____ 201_ г.

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)