

ФЕДЕАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА
И.П. ПАВЛОВА»

На правах рукописи

Демченко Татьяна Владимировна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ОПТИМАЛЬНОГО
СТАРЕНИЯ И ГЕРОТРАНСЦЕНДЕНТНОСТЬ В УСЛОВИЯХ
СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

5.3.6. – Медицинская психология (психологические науки)

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата психологических наук

Научный руководитель:

доктор психологических наук, профессор

Исаева Елена Рудольфовна

Санкт-Петербург – 2025

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	22
1.1. Теоретические и методологические проблемы изучения периода старения.....	22
1.2. Понятие позитивного / оптимального старения.....	29
1.3. Геротрансцендентность как компонент позитивного старения.	33
1.4. Личность в условиях болезни	41
1.4.1. Острые нарушения мозгового кровообращения.....	46
1.4.2. Злокачественные новообразования.....	49
1.4.3. Ишемическая болезнь сердца	53
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	63
2.1. Общий дизайн, организация и основные этапы исследования	63
2.2. Описание выборки	67
2.2.1. Группа пациентов с установленным диагнозом «Острые нарушения мозгового кровообращения».....	69
2.2.2. Группа пациентов с установленным диагнозом «Ишемическая болезнь сердца»	70
2.2.3. Группа пациентов с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования»	71
2.3. Методы исследования.....	72
2.3.1. Клинико-биографический метод.....	72
2.3.2. Психодиагностические методы исследования.....	73
2.3.3. Математико-статистический метод	77
2.4. Резюме по главе.....	78
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	79

3.1. Оптимальное старения и геротрансцендентность в условиях острого нарушения мозгового кровообращения.....	79
3.1.1. Социально-демографические, клинические и психологические характеристики пожилых пациентов с установленным диагнозом ОНМК..	79
3.1.2. Взаимосвязь компонентов оптимального старения, клинических характеристик и приверженности лечению в группе пациентов с ОНМК...	84
3.1.3. Факторы оптимального старения в условиях ОНМК	86
3.1.4. Влияние факторов оптимального старения пациентов с ОНМК на приверженность лечению.....	90
3.2. Оптимальное старения и геротрансцендентность в условиях ишемической болезни сердца (ИБС)	92
3.2.1. Социально-демографические, клинические и психологические характеристики пожилых пациентов с установленным диагнозом ИБС.....	92
3.2.2. Взаимосвязь компонентов оптимального старения, клинических характеристик и приверженности лечению в группе пациентов с ИБС с острым/повторным ИМ	96
3.2.3. Факторы оптимального старения в условиях ИБС	100
3.2.4. Влияние факторов оптимального старения в условиях ИБС на приверженность лечению.....	103
3.3. Оптимальное старения и геротрансцендентность в условиях онкологического заболевания.....	105
3.3.1. Социально-демографические, клинические и психологические характеристики пожилых пациентов с установленным диагнозом ЗН.....	105
3.3.2. Взаимосвязь компонентов оптимального старения, клинических характеристик и приверженности лечению в группе пациентов с ЗН	109
3.3.3. Факторы оптимального старения в условиях ЗН	112

3.3.4. Влияние факторов оптимального старения в условиях ЗН на приверженность лечению.....	116
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	120
ВЫВОДЫ	134
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	136
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	138

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Старость – особый период жизни, через который придется пройти практически каждому человеку. Данный период является последним этапом онтогенеза, который ассоциируется с большим количеством мифов и предрассудков (Н. Yang, 2021; Н. J. Swift, 2018; B. R. Levy, 2009; К. Шемет, 2021; А. В. Микляева, 2009; В. В. Колосова, 2019 и др.). Кроме того, длительный период времени, старость рассматривалась как нарушение или патология, возникающая вследствие окончания молодости (И. А. Захарова, 2013). Иными словами, в определенный период онтогенеза происходит закономерное снижение психических и соматических показателей, которые нельзя остановить или повернуть вспять. Все это вызывает тревожные и депрессивные переживания, приводя к формированию кризисной ситуации у людей, которые приближаются к возрастным границам старости (Т. Н. Сахарова, Е. Г. Уманская, Н. А. Цветкова, 2016; А. Б. Эдельман, 2022). Комплексное изучение биологической, социальной и психологической сторон старения стали основной задачей многих исследований в геронтологии (Atchley, 2009; Baltes, 2009; И. Ю. Завьялова, 2014). Подобные исследования привели к формированию понятия «геротрансцендентность», согласно которому старость является периодом жизни, сопровождающимся особыми изменениями в восприятии самого себя и окружающего мира (Tornstam, 1994). Геротрансцендентность — это система личностных изменений на социальном, личностном, мировоззренческом уровнях функционирования, наступающих в период старения, которая позволяет человеку иначе воспринимать и оценивать окружающий мир, меняет приоритеты, снижая негативное значение одних событий (внешнего и внутреннего плана) и усиливая значимость других (Tornstam, 1994; О. Ю. Стрижицкая, 2017).

Современное общество сталкивается с глобальной тенденцией старения населения (Н. А. Шергенг, А. И. Нафикова, 2017; С. Ю. Горбатов, 2023; О. А. Кувшинова, 2010), что закономерно сопровождается увеличением числа пожилых людей с хроническими соматическими заболеваниями (Я. Б. Калын,

2001; Т.Л. Визило, А.Д. Визило, 2019; Е.В. Седова, Ф.Н. Палеев, О.Н. Страцева, 2019). Это требует не только развития медицинских и социальных подходов к поддержанию их здоровья, но и более глубокого понимания психологических факторов, способствующих сохранению субъективного благополучия, смысла жизни и личностной целостности в поздние периоды онтогенеза.

Актуальные эмпирические исследования, посвященные геротрансцендентности, проводились главным образом на выборках условно здоровых людей пожилого возраста, находящихся в относительно благоприятных жизненных обстоятельствах (О.Ю. Стрижицкая, 2017; Т. А. Попова, 2019). Между тем, вопрос о проявлениях и психологических детерминантах геротрансцендентности в условиях хронической соматической патологии остается недостаточно изученным. Представляется важным не только расширить представления о геротрансцендентности как универсальном психологическом механизме возрастного развития, но и выявить особенности её формирования в ситуациях, сопряжённых с физическим страданием, снижением автономии и экзистенциальными переживаниями, характерными для пожилых людей, страдающих тяжелыми заболеваниями. В этом контексте особую значимость приобретает изучение психологических факторов оптимального старения у пожилых пациентов с соматическими заболеваниями.

В научной литературе под «оптимальным старением» понимают такой вариант возрастного развития, при котором проявляются преимущественно положительные тенденции, обеспечивающие сохранение психологического и социального благополучия. В отличие от успешного (термин "успешное" всегда предполагает определенный эталон), "оптимальное" старение - более подходящее для задач нашего исследования понятие, оно ближе к понятию "индивидуальное", поскольку у каждого пожилого/старого человека есть набор собственных индивидуальных ресурсов и одновременно собственных задач, интересов и приоритетов. И оптимальное старение, с нашей точки зрения, — это максимальное использование имеющихся у человека ресурсов для решения актуальных для него задач, как внешних, так и внутренних, в период старения.

О.Ю. Стрижицкая (2017) разработала многофакторную модель оптимального старения, которая включает в себя эмоциональную сферу (отсутствие депрессивных проявлений), высокие показатели психологического благополучия, сбалансированную временную перспективу и средний и высокий уровни сформированности геротрансцендентности в качестве факторов оптимального старения.

Согласно нашей гипотезе, в условиях тяжелого соматического заболевания (на примере ОНМК, инфаркта миокарда на фоне ИБС и злокачественных новообразований) у пожилых людей может происходить изменение в структуре оптимального старения. Например, состояние пожилого человека в условиях тяжелой болезни, нередко осложняется депрессивными переживаниями (F. Triolo, 2024; J. Turner, 2000; И.В. Осипова, Н.В. Погосова, 2007; В.А. Вершута, М.А. Халилова, 2019 и др.), снижением психологического благополучия (L. N. Tang, 2020; Т.С. Киенко, Р.М. Рудакова, 2024; Н.Ю. Кувшинова, 2013; А.А. Великанов, Е.А. Демченко, 2020 и др.), изменением временной перспективы (I. Miguel, 2025; S.M. Hannum, 2016; Н.С. Павлова, Е.А. Сергиенко, 2020; Т.Д. Василенко, 2011; А.Н. Алехин, К.О. Кондратьева, 2019; Т.В. Демченко, Е.Р. Исаева, 2021 и др.).

Особое внимание уделяется комплексному подходу к изучению факторов, способствующих или препятствующих формированию приверженности лечению (В.А. Исаков, 2022; Ю.А. Карпова, 2018; Л.В. Есина, Е.И. Рассказова, А.Ш. Тхостов, 2023 и др.), особенно в пожилом возрасте (И.В. Вологодина, 2016; О.П. Ковтун, 2022; З.А. Бакирова, 2019; А. Кайрбеков, 2017; Т.С. Бузина, 2024 и др.). Предполагается, что в условиях тяжелого соматического заболевания приверженность лечению может являться важным компонентом в модели оптимального старения, т.к. способствует улучшению прогноза заболевания и повышению выживаемости пожилых пациентов (Т.В. Демченко, Е.Р. Исаева, Е.А. Демченко, А.А. Великанов, 2025).

Особый интерес представляет сравнительное изучение компонентов оптимального старения при различных соматических заболеваниях,

отличающихся по своему клиническому и психологическому профилю. Известно, что период старения сопровождается различными соматическими заболеваниями, которые приводят к формированию кризисного состояния, снижая уровень благополучия и эффективности функционирования. Согласно официальным данным, с каждым годом увеличивается количество людей с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями (по данным ВОЗ). Данные виды заболеваний являются кризисными, так как имеют тенденцию к прогрессированию, сопровождают человека и после лечения (хронификация, рецидив), снижая трудоспособность человека вплоть до полной ее утраты и стойкой инвалидизации, имеют высокий риск смертельного исхода (В. А. Чулкова, 2009; И. В. Сидякина, 2012; М.В. Вагайцева, 2021; А.Ю. Власина, 2020; С.П. Шумилова, А.И. Агадулина, Е.А. Шумилова, 2020; О.Э. Карпов, В.Д. Даминов, Э.В. Новак, Н.И. Слепнев, 2021; А.В. Козырева, 2020).

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, основная доля смертности населения планеты приходится на соматические заболевания. На протяжении последних десятилетий лидирующие позиции стабильно занимают сердечно-сосудистые болезни, ежедневно уносящие жизни 10 000 человек. Важно отметить, что к 2050 году прогнозируется рост распространенности сердечно-сосудистых заболеваний на 90% и увеличение смертности от данной патологии на 73,4% (35,6 миллионов, в сравнении с 20,5 миллионами в 2025 году). Вторую позицию в структуре глобальной смертности занимает инсульт, ежегодно обуславливающий около 6 миллионов летальных исходов, что на 1 миллион превышает показатели 2000 года. Важными показателями статистики стали данные, согласно которым увеличивается количество инсультов среди молодых людей (18-44 года).

Схожие статистические закономерности можно наблюдать и в Российской Федерации. Согласно официальной статистике Министерства здравоохранения РФ (2022), общая заболеваемость ССЗ увеличилась на 8,7%, при этом первичная заболеваемость демонстрирует более умеренную динамику роста — 2,1%, что может свидетельствовать о преобладании хронических форм патологии над

острыми состояниями. Согласно актуальным данным Росстата, ССЗ остаются ведущей причиной смертности в Российской Федерации, составляя почти 45% от общего числа смертей. Второе место занимают злокачественные новообразования (16,1%). Указанные данные статистики обосновывают выбор патологий, положенных в основу настоящего исследования.

Цель работы заключалась в изучении психологических аспектов оптимального старения и геротрансцендентности в пожилом возрасте при онкологических заболеваниях, острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК) и ишемической болезни сердца. Данные нозологии были выбраны не только ввиду их высокой распространенности и значимого вклада в показатели смертности и инвалидизации, но и ввиду различий в клинической динамике и субъективных переживаниях пациентов.

Онкологические заболевания, несмотря на их непредсказуемое возникновение, характеризуются длительным течением, в рамках которого пациент сталкивается с необходимостью адаптации к хроническому стрессу, связанному с прогрессированием болезни, изменением физического состояния, социальной роли и внешности. Методы лечения (хирургия, химио- и лучевая терапия, иммунотерапия) сопровождаются выраженными побочными эффектами, усиливающими как физический, так и эмоциональный дистресс. Согласно мировым данным за 2018 год, было выявлено 18,1 млн новых случаев злокачественных новообразований, при этом 9,6 млн закончились летально, что усиливает распространенный в массовом сознании стереотип «онкология = смерть». У пациентов формируется специфическое отношение к собственной жизни и будущему, нередко отмечаются эмоциональные расстройства и трансформация ценностно-смысловой сферы, однако данные изменения развиваются постепенно, параллельно прогрессированию болезни.

В отличие от этого, ОНМК характеризуются внезапностью и высокой травматичностью, поскольку одновременно затрагивают когнитивные, речевые и двигательные функции, резко нарушая привычный уклад жизни. Угроза повторного инсульта и высокая вероятность инвалидизации усугубляют

переживаемое эмоциональное напряжение. Согласно сведениям, представленным Национальной ассоциацией по борьбе с инсультом, полное возвращение к исходному уровню функциональной активности отмечается лишь у незначительной доли пациентов (около 8%) после перенесенного инсульта. Вместе с тем значительная часть пациентов (примерно 31%) требует постоянного ухода и специализированной помощи вследствие выраженных неврологических нарушений и ограничений жизнедеятельности, а у 20% отмечается стойкая утрата способности к самостоятельному передвижению. Ключевые психосоциальные последствия включают потерю социального статуса и профессиональной роли, депрессивные реакции, когнитивные дефициты и нарушения речи, что ведет к значительному снижению качества жизни. Столкнувшись с внезапной сосудистой катастрофой, пациент оказывается вынужден перестраивать систему жизненных ориентиров и переосмысливать собственное бытие, что делает изучение геротрансцендентности в этой категории больных особенно актуальным.

Ишемическая болезнь сердца, в частности инфаркт миокарда, также представляет собой заболевание с высоким уровнем смертности, однако в последние годы в России отмечается ее снижение (на 7,3% в 2018 году), что связывают с развитием современных технологий лечения и расширением доступа к ним. Несмотря на то, что последствия ИМ менее инвалидизирующие по сравнению с инсультом, пациенты вынуждены корректировать привычный образ жизни, сталкиваются с ограничениями в профессиональной и социальной сферах. Сам факт переживания угрожающего жизни события выступает сильным психологическим стрессором, провоцирующим переоценку жизненных приоритетов, отношения к здоровью и собственной смертности. При этом гармоничное принятие заболевания, повышение приверженности лечению и осознанное изменение образа жизни могут способствовать снижению риска повторных эпизодов и обеспечивать сохранение социального и профессионального функционирования. Эти процессы, в свою очередь, могут

приводить к постепенной трансформации геротрансцендентности, обеспечивая более адаптивное восприятие старения.

Таким образом, *острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)* — заболевание внезапное, приводящее пациента к инвалидизации и требующее от него активного личного участия и включения в процесс восстановления после приступа. *Инфаркт миокарда на фоне ишемической болезни сердца (ИБС с ИМ)*, напротив, хотя и может возникать остро, представлять угрозу для жизни, обычно не приводит к утрате физических функций и автономии, но требует осознанной перестройки всего образа жизни и активного участия в реабилитации. *Злокачественное новообразование (ЗН)* развивается, как правило, постепенно, однако несёт в себе витальную угрозу, вызывая глубокие экзистенциальные переживания. Каждое из этих патологических состояний по-разному влияет на структуру ценностно-смысловой сферы, временной перспективы и психологического реагирования личности на болезнь (В.В. Бочаров, 2022; В.Д. Менделевич, 2016; Л.Д. Фирсова, 2013; Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков, 1976). Это делает актуальным выявление как общих, так и специфических черт и факторов, способствующих поддержанию оптимального старения и геротрансцендентности в условиях тяжелого соматического заболевания.

Степень научной разработанности проблемы. Проанализировав имеющуюся теоретические и эмпирические данные, содержащие исследования психологических факторов у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях тяжелого соматического заболевания, мы пришли к выводу о том, что на данный момент отсутствуют комплексные исследования по данной проблеме. В имеющихся исследованиях авторы рассматривают отдельные сферы (эмоциональная, когнитивная, личностная, мотивационная) у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями. В ходе анализа литературы не было выявлено исследований, рассматривающих феномен геротрансцендентности в контексте тяжелых соматических заболеваний, что свидетельствует о недостаточной разработанности данного направления. Имеющиеся теоретические и эмпирические работы сосредоточены преимущественно на

выборках условно здоровых пожилых людей, что не позволяет сделать выводы о специфике геротрансцендентности у пациентов с соматической патологией.

Изучением *психологических особенностей старения* занимались О.Б. Хвостунова (2020), Т.Н. Резникова, Н.И. Артемюк (2011), М.В. Канделя, Л.А. Койсман, В.П. Назарова (2019), О.Ю. Стрижицкая (2017), Н.Е. Харламенко (2016), А.И. Мелехин (2018, 2019), Е.А. Сергиенко (2016), E.Primavera (2020), N.Sanyal, M.Dasgupta (2020), I.C. Craciun (2019), A. Rokicki (2021), L. Smyth (1993) и др.

Вопросы *оптимального и успешного старения* активно разрабатывались в концепциях П. Балтеса (Baltes, 1990), Р. Хавигхёрста (Havighurst, 1961), Дж. Роу и Р. Канна (Rowe & Kahn, 1997), в работах отечественных ученых Л.И. Анциферовой (1994), Б.Г. Ананьева (1969), Ф.В. Басина (2002), Д.И. Фельдштейна (2000) и др.

Геротрансцендентность, как научное понятие, изучалась в зарубежной психологии Т.Абрей, Л.Араухо (2022), К. Лиу, J-М. Чен (2022), К. Торсен (1998), Н. Матлаби, Ф. Замани-Алавидже (2020), Л. Торнстам (1994), F.R. Dehkordi, A.A. Eslami, F.Z. Alavijeh (2020), Р. Брудек (2016) и др. В России геротрансцендентность изучалась О.Ю. Стрижицкой (2017), для нашей страны данный феномен является новым и пока малоизученным.

Различные психологические аспекты *сердечно-сосудистых заболеваний* с точки зрения биопсихосоциальной модели изучали А.Б. Смулевич, В.А. Ключе, Т.Ю. Семиглазова, П.В. Криворотько (2020), М.А. Володина (2021), Е.О. Таратухин (2015), С.А. Кулаков (2009), С. Уэллс (2013), Е.А. Демченко (2023), А.А. Великанов (2024), О.Ю. Щелкова (2014), Д.А. Еремина (2023) и др. За рубежом данная тема изучалась S.G. Taukeni (2020), Richard J. Porter (2020), Diane M. Novy, C. Aigner (2014), К.М. Зиттел, S. Lawrence (2002) и др.

Клинико-психологические вопросы *онкологических заболеваний* с точки зрения биопсихосоциальной модели изучали Т. Пудровска (2019), А.М. Наполи (2011), А.Ю. Бергфельд (2019), И.М. Шестопалова и Г.А. Ткаченко (2007), А.Г. Зинелова (2016), М. Сарацино (2016), Sarah Schroyen (2017), П.Б. Зотов

(2022), О.Ю. Щелкова (2022), М.В. Вагайцева (2018), В.А. Чулкова (2017), И.М. Стилиди (2017), О. С. Глазачев (2018), Э.Ф. Николаева (2020), Rosanne Freak-Poli (2018), Rebecca M. Saracino (2016), Sarah Schroyen (2017) и др.

Психологические особенности пожилых людей с соматической патологией также изучали Ю.В. Малова (2012), В.Г. Асеев (2012), В.И. Огай (2021), И.Д. Горнушенков, И.В. Плужников (2018), В.Б. Обуховская, Э.И. Мещерякова (2018), G. Kolb, C. Bokemeyer (2001), Н. Ikeda, Y. Togashi (2021), D.G. Stewart, D.X. Cifu (1994), G. Viticchi, E. Potente (2022) и др.

Таким образом, в психологической литературе к настоящему времени накоплено большое количество данных, свидетельствующих об особенностях эмоциональных, когнитивных и мотивационных сфер личности у пациентов пожилого и старческого возраста. И с нашей точки зрения важно понимать психологические аспекты витальной угрозы и длительной борьбы с болезнью: ограничение адаптации, трансформация сознания и смыслов пациентов, необходимость менять привычный образ жизни, привыкать к новым условиям и требованиям. Все эти изменения могут оказывать влияние на эффективность терапевтического и реабилитационного воздействия.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время существует крайне ограниченное количество исследований, посвящённых изучению изменений в восприятии мира, собственного «Я» и временной перспективы жизни у пожилых пациентов, находящихся в условиях тяжёлой соматической патологии. Дальнейшее развитие исследований в данном направлении представляется актуальным и перспективным.

Цель исследования – на основании изучения психологических характеристик пациентов с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями определить особенности геротрансцендентности и психологические факторы, обеспечивающие оптимальное старение в условиях соматического заболевания

Для достижения поставленной нами цели были сформулированы и реализованы следующие **задачи исследования**:

1. Определить особенности временной перспективы личности, психологического благополучия, эмоционального состояния и геротрансцендентности у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК).
2. Выявить факторы оптимального старения у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и их влияние на приверженность лечению.
3. Определить особенности временной перспективы личности, психологического благополучия, эмоционального состояния и геротрансцендентности у пациентов с инфарктом миокарда на фоне ишемической болезни сердца (ИБС с ИМ).
4. Выявить факторы оптимального старения у пациентов с инфарктом миокарда на фоне ишемической болезни сердца (ИБС с ИМ) и их влияние на приверженность лечению.
5. Определить особенности временной перспективы личности, психологического благополучия, эмоционального состояния и геротрансцендентности у пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗН).
6. Выявить факторы оптимального старения у пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗН) и их влияние на приверженность лечению.
7. Определить общие и специфические факторы оптимального старения у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, инфарктом миокарда на фоне ишемической болезни сердца и злокачественными новообразованиями в сопоставлении с нормой.

В рамках проведенного исследования нами проверялись следующие **гипотезы:**

1. Геротрансцендентность пожилых пациентов трансформируется под влиянием тяжелого соматического заболевания в зависимости от его клинических характеристик и последствий.

2. Имеются общие и специфические факторы оптимального старения в разных нозологических группах пожилых пациентов.
3. Факторы оптимального старения пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями (на примере сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований) связаны с приверженностью лечению и оказывают на нее существенное влияние.

Объектом исследования являются факторы оптимального старения в условиях тяжелого соматического заболевания.

Предметом исследования стали геротрансцендентность, временная перспектива личности, психологическое благополучие и эмоциональное состояние, как факторы оптимального старения, у пациентов пожилого возраста в условиях тяжелого соматического заболевания.

Теоретико-методологической основой исследования являются:

1. Биопсихосоциальный подход и экологическая теория (Б.Г. Ананьев, G.L. Engel, U. Bronfenbrenner).
2. Концепция «внутренней картины болезни» (Р.А. Лурия) и типов отношения к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов).
3. Концепция геротрансцендентности (О.Ю. Стрижицкая, Л. Торнстам).
4. Концепция позитивного старения (Д. Роуи и Р. Кан, П. Балтес).
5. Принцип развития на протяжении всего онтогенеза (Б.Г. Ананьев, В.А. Аверин, Е.Ф. Рыбалко, Л.А. Головей).

Научная новизна исследования. Впервые проведено комплексное сравнительное исследование факторов оптимального старения и геротрансцендентности у пожилых пациентов с различной соматической патологией (ОНМК, ИМ на фоне ИБС, ЗН). Новизной и научной значимостью обладает обоснование роли геротрансцендентности в приспособлении к болезни в пожилом возрасте. Установлено, что в зависимости от клинической картины заболевания и его последствий, разные компоненты геротрансцендентности будут брать на себя разную нагрузку для удержания психической целостности личности пожилого пациента и психической адаптации к ситуации болезни. Так,

для пациентов после перенесенного ОНМК наиболее важной оказалась перестройка компонентов «социальное измерение» и «генерализованное мировосприятие», т.е. актуализировались потребности в социальной поддержке и в переосмыслении своих целей, ограничений и возможностей в новых условиях существования. Для пациентов после ИМ на фоне ИБС важным компонентом геротрансцендентности в условиях болезни являлось также социальное измерение, а для пациентов с ЗН – генерализованное мировосприятие. Впервые показано, что изменение геротрансцендентности и ее компонентов у пожилых пациентов является отражением ценностно-смыслового уровня адаптации к актуальной ситуации соматического заболевания.

В исследовании также установлено, что в каждой нозологической группе пациентов формируется специфическая структура факторов, обеспечивающих оптимальное старение в условиях хронического соматического заболевания. Подчеркивается тесная взаимосвязь факторов оптимального старения с клинической картиной соматического заболевания (стадия, длительность, прогноз, тяжесть последствий), отражающая динамический процесс психологической адаптации личности пациента к своему состоянию.

Новым научным фактом является установление важной роли временной перспективы личности в формировании приверженности лечению. Так, ведущим фактором, влияющим на приверженность лечению у всех групп пожилых пациентов, является положительная оценка своего прошлого, настоящего и будущего времени жизни. Важным результатом является данные, согласно которым содержание и сила влияния восприятия временной перспективы на приверженность лечению различаются в зависимости от клинической картины соматического заболевания. Временная перспектива личности, отражающая субъективное восприятие и оценку человеком своего прошлого, настоящего и будущего, как показало проведенное исследование, является тонким и чувствительным индикатором отношения пациента к себе и своей жизни в условиях болезни и может рассматриваться в качестве важного реабилитационного ресурса и психокоррекционной мишени на 2 этапе

медицинской реабилитации пожилых пациентов. Получены регрессионные модели, демонстрирующие влияние психологических факторов оптимального старения на приверженность лечению (вариативность от 36% до 52% в разных нозологических группах)

Научная новизна исследования заключается в описании особенностей геротрансцендентности и факторов оптимального старения у пациентов, находящихся в условиях тяжёлых соматических заболеваний. Кроме того, в работе впервые представлены данные о гендерных различиях в восприятии болезни и осмыслении временной перспективы жизни у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих тяжёлыми соматическими патологиями. Впервые проведено комплексное экспериментально-психологическое исследование, позволившее раскрыть особенности приверженности лечению у данной категории пациентов через анализ личностных, социальных и психологических характеристик.

Теоретическая значимость исследования. Результаты проведенного исследования способствуют углублению теоретических представлений о психологических детерминантах оптимального старения у лиц, находящихся в условиях тяжелой соматической патологии. Существенным вкладом в теорию является анализ феномена геротрансцендентности и выявление особенностей структурной организации ее компонентов при различных нозологиях. Представленные в работе выводы и научные положения дополняют имеющиеся в медицинской психологии и геронтологии научные сведения о роли временной перспективы личности и геротрансцендентности в формировании приверженности лечению у пожилых пациентов.

Практическая значимость исследования. Результаты проведенного исследования позволили определить психокоррекционные и реабилитационные мишени в работе медицинского психолога с пожилыми пациентами кардиологического, неврологического и онкологического профилей – это геротрансцендентность и временная перспектива личности. Гармонизация временной перспективы личности является одной из главных реабилитационных

задач. Были обнаружены новые клинико-психологические факторы, которые в условиях тяжелого соматического заболевания оказывают статистически значимое влияние на приверженность лечения пациентов. Выявленные факторы позволяют медицинскому психологу оптимизировать и программы психологического сопровождения на 2 этапе медицинской реабилитации.

Используемые в работе методики «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана и «Опросник геротрансцендентных изменений» О.Ю. Стрижицкой показали свою диагностическую ценность и информативность в определении психологического реабилитационного потенциала пациентов, происходящих изменений в отношении к себе, к миру, к будущему и прошлому времени жизни, в целом, адаптации к условиям болезни в пожилом возрасте.

Методы исследования. В работе были применены клинико-биографический и психодиагностический методы. Клинико-биографический метод использовался для анализа основных социально-демографических и клинико-психологических характеристик обследуемых пациентов. Психодиагностический метод был направлен на комплексное изучение различных аспектов психической сферы личности в период реабилитации после проведенного лечения. Всего в рамках диссертационного исследования было проанализировано 63 показателя, включающие 9 социально-демографических и клинико-психологических характеристик, а также 54 психодиагностических показателя. Было использовано 8 психодиагностических методик, направленных на изучение психологических факторов оптимального старения и геротрансцендентности у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Геротрансцендентность является элементом ценностно-смыслового уровня адаптации пожилых пациентов к своему заболеванию. В зависимости от клинической картины соматического заболевания в структуре личности пациента актуализируются разные компоненты геротрансцендентности (при ОНМК – личностное и социальное измерение; при ИМ на фоне ИБС – социальное измерение; при ЗН – генерализованное мировосприятие).

2. Факторы оптимального старения пациентов в условиях тяжелого соматического заболевания являются специфическими для разных нозологических групп пациентов и зависят от клинической картины имеющегося заболевания (на примере ОНМК, ЗН и ИБС с ИМ).
3. Геротрансцендентность и временная перспектива личности являются важным реабилитационным ресурсом, оказывают влияние на приверженность лечению и являются мишенями психологической коррекционной работы с пожилыми пациентами.
4. Приверженность лечению является условием оптимального старения пожилых пациентов с соматической патологией.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обеспечиваются методологической выверенностью подхода; всесторонним анализом состояния изучаемой проблемы в контексте психологической теории и клинической практики; использованием комплекса методов, соответствующих объекту, предмету, цели и задачам работы; достаточной продолжительностью и глубиной психодиагностического обследования, репрезентативностью выборки; а также проведением детальной математико-статистической обработки полученных экспериментальных данных.

Апробация и внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены и используются в работе кафедры общей и клинической психологии (в учебном процессе студентов факультета клинической психологии) ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. И.П. Павлова» Минздрава России.

Результаты исследования представлены на научной конференции «XXVI Международная научная конференция молодых ученых «Психология XXI века. Психология в непредсказуемом мире: условия и возможности» (Санкт-Петербург, 11-13 мая 2022), на Международном конгрессе «Социальная адаптация, поддержка и здоровье людей старшего поколения в современном обществе» в рамках XV Международного форума «Старшее поколение» (Санкт-Петербург, 28 сентября 2022), XXIII Конгрессе с международным участием «Давиденковские чтения» (Санкт-Петербург, 23-24 сентября 2021), публикация

тезисов «Временная перспектива личности, геротрансцендентность и приверженность лечению» // Успехи геронтологии. - 2022. - № 4. - С. 592-594.

Публикации:

1. Статьи в научных изданиях, в том числе, входящих в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для опубликования основных результатов диссертации:

а. Демченко Т.В., Исаева Е.Р. Эмоциональная и ценностно-смысловая сферы, самовосприятие и отношение к своему будущему в условиях тяжелого соматического заболевания (на примере пациентов с ОНМК) // Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. - 2021. – №5 (195). – С. 470-478.

б. Демченко Т.В. Геротрансцендентность, отношение к будущему и приверженность лечению у пациентов с онкологическими заболеваниями // Вестник психотерапии. - 2022. - №83. – С. 29-39.

с. Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Демченко Е.А., Великанов А.А. Геротрансцендентность и приверженность лечению у пожилых пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда в реабилитационном периоде // Вестник психотерапии. – 2025. - №94. – С. 38-49.

д. Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Демченко Е.А., Великанов А.А. Факторы оптимального старения и их влияние на приверженность лечению у пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной инфарктом миокарда // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2025. - Т.13, №2 (49). С. 239-248.

2. Учебно-методические и дополнительные публикации:

а. Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Вагайцева М.В. и др. Методические рекомендации по психологической реабилитации

онкологических пациентов. – СПб: ПСПбГМУ им.акад. И.П.
Павлова, 2024. – 43 с.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

1.1. Теоретические и методологические проблемы изучения периода старения

Согласно статистике Организации Объединённых Наций, в настоящее время во всём мире фиксируется устойчивая тенденция к старению населения: во многих странах наблюдается постоянное увеличение доли лиц пожилого возраста. Для Российской Федерации проблема старения населения также имеет особую актуальность. По утверждению В.И. Скворцовой, занимавшей должность министра здравоохранения РФ, геронтология рассматривается как одно из приоритетных направлений медицины, что обусловлено ростом средней продолжительности жизни в стране. По прогнозам, к 2036 году средняя продолжительность жизни в России увеличится до 81 года. По данным ООН, количество пожилых людей на долю населения России составит 24 % населения. Данная статистика демонстрирует необходимость изменений в системе здравоохранения и социальной поддержки населения.

Значимость развития геронтологического направления в современной России подтверждается активной реализацией масштабных федеральных программ, среди которых особое место занимают проекты «Активное долголетие» и «Старшее поколение». Эти инициативы направлены на поддержание здоровья, повышение социальной активности и улучшение качества жизни пожилых людей, что отражает государственный приоритет в сфере демографической и социальной политики.

Следует отметить, что достижения в области естественных и гуманитарных наук, а также внедрение инновационных медицинских и социальных технологий открыли возможности для существенного продления продолжительности жизни. Однако увеличение её временных границ далеко не всегда сопряжено с улучшением психологического состояния и субъективного благополучия человека. На практике это проявляется в том, что рост ожидаемой продолжительности жизни сопровождается рисками утраты чувства

удовлетворённости, снижения социальной включённости и обострения проблем, связанных с адаптацией к возрастным и соматическим изменениям.

Как показывают исследования О.В. Белоконь, проблемы пожилых людей выходят за пределы только материального благополучия. Наиболее значимыми условиями для полноценного старения выступают развитие системы здравоохранения, создание условий для социализации и участия пожилого населения в жизни общества и наличие психологической поддержки. Таким образом, качество жизни представителей старшего поколения определяется совокупностью целого ряда факторов.

Следует отметить, что старость представляет собой особый этап жизненного пути человека, который придется пройти большинству из нас. Этот период нередко ассоциируется с вынужденным снижением физической активности, угасанием когнитивных процессов, возникновением различных соматических заболеваний и естественным сокращением круга социальных связей. Нередко именно на данном этапе жизни проявляются тяжёлые заболевания, представляющие угрозу выживания человека. Совокупность этих факторов обуславливает возникновение у пожилых людей тревожности, внутреннего напряжения и страха перед процессом старения.

Актуальные подходы к пониманию старения делятся на биологические и психологические (табл.1).

Таблица 1

Теоретические подходы к пониманию феномена старения

Биологические	Теории запрограммированного старения	Теория часов (L.Hayflick)	Имеется фиксированное количество деления клеток в теле человека. Как только клетки исчерпают возможности деления – старение
		Иммунная теория	Иммунная система человека обладает определёнными биологическими пределами функционирования. По мере их достижения происходит уменьшение её активности и защитных возможностей, что, в свою очередь, становится одной из причин возрастных изменений и процессов старения.

		Эволюционная теория	Организм человека запрограммирован прежде всего на обеспечение репродуктивной функции, включающей зачатие, беременность и рождение потомства. После завершения этих этапов его сопротивляемость к внешним стрессовым и патогенным факторам снижается, что делает организм более уязвимым.
	Теории стохастического биологического старения	Теория ошибок	В процессе жизнедеятельности клетки организма подвержены различным ошибкам, которые способствуют формированию аномальных или повреждённых клеточных структур. С увеличением возраста наблюдается накопление таких дефектных клеток, что усиливает проявления возрастных изменений.
		Теория скорости жизни	Каждый индивид обладает определённым ограниченным запасом жизненной энергии, который определяется биологическими и физиологическими факторами. После полного истощения этого ресурса наступает прекращение жизнедеятельности организма.
		Теория стресса	Старение организма рассматривается как результат воздействия стрессовых факторов. Избыточная продукция глюкокортикоидов в ответ на стресс способствует повышению артериального давления, развитию сердечно-сосудистых заболеваний и ускоряет возрастные изменения.
Психологические	Отечественные теории	Адаптационно-регуляторная концепция В. В. Фролькиса	В пожилом возрасте изменяются адаптационные возможности организма, что отражает снижение его способности к поддержанию гомеостаза. Процесс витаукта способствует стабилизации жизнедеятельности и компенсирует функциональные нарушения, возникающие в связи с возрастными изменениями.
		Концепция психологического витаукта О.Н. Молчановой	Возрастные изменения сопровождаются уменьшением субъективной ценности собственного Я. Однако одновременно происходят процессы компенсации негативных аспектов, которые реализуются через модификацию

			самооценки, коррекцию черт характера и переосмысление отношения к себе.
	Зарубежные теории	Концепция когнитивного реструктурирования Х. Томэ	Когнитивное реструктурирование выражается в способности человека пересматривать личностно важные цели и адаптировать собственное восприятие времени в соответствии с изменяющимися условиями и обстоятельствами жизни.
		Э. Эриксон, Р. Пэк, Г.Шихи	Старость трактуется как самостоятельная возрастная стадия, на которой возникает необходимость адаптации к изменяющимся условиям окружающей среды и внутренним психическим процессам. Успешная перестройка психологических феноменов, включая формирование новых и коррективку уже существующих структур, выступает ключевым фактором обеспечения личностного благополучия в данном периоде жизни.
		Модель совладания (J.Brandtstaedter, D.Ventura)	соответствии с данной теоретической моделью, поддержание высокого качества жизни у лиц пожилого возраста предполагает переоценку приоритетов и коррективку целей с акцентом на их реалистичность и достижимость.

Анализ представленных в таблице 1 геронтологических подходов к пониманию старения демонстрирует, что большинство актуальных теорий рассматривает процесс старения довольно узконаправленно. Современные психологические исследования феномена старения преимущественно направлены на изучение качества жизни, степени её субъективной удовлетворённости, а также факторов, способствующих позитивному и успешному старению. Так, И.В. Шаповаленко подчёркивает необходимость разрушения устойчивых стереотипов о пожилом возрасте, таких как представления о том, что «старость неизбежно равна болезни», «характеризуется снижением интеллекта», «исключает возможность самостоятельного существования» или «не оставляет пространства для обучения и личностного роста». Наряду с этим подчёркивается значимость социальной поддержки пожилых людей, отсутствие которой, наряду с усилением негативных мифов о

старении, приводит к снижению качества жизни, развитию эмоциональных нарушений, ухудшению физического здоровья и утрате трудовой активности.

Э. Ф. Николаева подчёркивает, что субъективная оценка качества жизни в пожилом возрасте нередко приобретает негативный характер под воздействием сочетания как объективных внешних обстоятельств, так и индивидуально-личностных особенностей. Среди последних значимую роль играют характерологические черты, специфика эмоциональной регуляции, а также накопленный жизненный опыт, определяющий способы интерпретации и переработки жизненных событий. Подобная установка может выступать фактором риска для развития аффективных нарушений, провоцировать усиление деструктивных переживаний и приводить к утрате экзистенциальных смыслов, что существенно снижает субъективное благополучие личности.

В свою очередь, О. С. Глазачев акцентирует внимание на многоуровневой детерминированности качества жизни в пожилом возрасте. По его мнению, оно формируется не только под влиянием медицинских параметров и социально-экономических условий, но и во многом зависит от степени сохранения автономности и независимости в повседневной активности. Существенное значение при этом имеют наличие как внешних (поддержка семьи, социальные связи, доступ к ресурсам), так и внутренних ресурсов (мотивационно-ценностная сфера, когнитивный и эмоциональный потенциал), а также развитость адаптивных стратегий, позволяющих пожилому человеку справляться с возрастными и соматическими вызовами.

Значимое место в современном научном дискурсе, посвящённом изучению феномена старения, занимает теория геротрансцендентности, разработанная Л. Торнстамом в 1994 году. В её основе лежит представление о старении не как о процессе деградации и утраты, а как о целостном и интегративном феномене, включающем в себя биологическое, психологическое и социальное измерения. Согласно данной концепции, поздний возраст может рассматриваться как уникальный этап личностной эволюции, характеризующийся ростом экзистенциальной мудрости, трансформацией способов осмысления реальности

и формированием качественно новой жизненной перспективы. Теоретическая модель геротрансцендентности включает три уровня анализа: философский (осмысление жизни, времени и конечности бытия), уровень «Я» (отношение к собственному телу, психическим процессам и внутреннему миру) и межличностно-социальный (особенности взаимодействия с другими людьми и расширение ценностного горизонта).

В настоящее время теория геротрансцендентности рассматривается как одна из наиболее значимых и содержательных психологических концепций, позволяющих глубже понять специфику личностного развития в пожилом возрасте. В отечественной психологической науке данное направление лишь начинает активно развиваться. Важный вклад в его становление внесла О.Ю. Стрижицкая, предложившая структурную модель феномена геротрансцендентности и разработавшая диагностический инструментарий для его исследования. В основе её подхода также лежит выделение трёх ключевых компонентов: философского, персонального («Я»-уровня) и социального.

Следует подчеркнуть, что как в отечественных, так и в зарубежных эмпирических исследованиях геротрансцендентность и процессы позитивного старения преимущественно изучались на выборках условно здоровых пожилых людей, не имеющих тяжёлых соматических заболеваний, ведущих к инвалидизации или представляющих угрозу для жизни. Между тем, старость в реальности часто сопряжена с развитием серьёзных патологий, которые в рамках биопсихосоциальной модели оказывают существенное влияние не только на соматическое состояние, но и на психологическое благополучие, социальное функционирование и динамику личностного развития.

Помимо проблемы создания общей, всеобъемлющей теории старения, в психологии имеется проблема периодизации. Как говорилось ранее, достижения современной медицины позволили увеличить продолжительность жизни населения. Согласно данным ВОЗ, за последние 10 лет продолжительность жизни в мире увеличилась на 10%. И если еще несколько десятилетий назад человек в возрасте 50 лет считался пожилым, то сегодня этот возраст относится

к периоду зрелости. В социально-экономическом плане, старость начинается с выходом на пенсию. Согласно статистике на сайте Госуслуг, сегодня возраст выхода на пенсию составляет 61 год, а уже в 2028 году он может быть повышен до 65 лет.

Таким образом, встает закономерный вопрос, какие возрастные периоды будут относиться к старческому возрасту и к пожилому возрасту. В нашей работе мы опирались на возрастную классификацию ООН, согласно которой человек в возрасте 60-75 лет считается пожилым, с 76 лет – старым, а с 90 лет – долгожителем.

Переходный этап между зрелостью и старостью характеризуется множеством взаимосвязанных процессов, и, как отмечают Lachman, Teshale и Agrigoroaei (2015), возраст 50–60 лет выступает ключевым периодом, когда закладываются основные пути дальнейшего возрастного развития. Так, среди специфических жизненных задач взрослой жизни, Р. Пэк (R. C. Peck, 1968) выделяет наиболее важные проблемы, или конфликты развития взрослого человека в среднем возрасте. Во-первых, с возрастом и сопряжённым с ним снижением физической энергии и общего состояния здоровья наблюдается тенденция к перераспределению ресурсов личности в сторону преимущественно когнитивной активности. Данный процесс, согласно концепции Р. Пэка, отражает смещение акцента с ценности физической силы на ценность мудрости как формы адаптации к возрастным изменениям. Во-вторых, происходит реконфигурация межличностных отношений, заключающаяся в переходе от доминирования сексуальной компоненты к преобладанию социального и товарищеского взаимодействия. Эта адаптация обусловлена как биологическими изменениями, так и социальными ожиданиями, способствующими переоценке роли интимности и эмоциональной близости в структуре взаимоотношений. В-третьих, важным показателем успешного психологического функционирования в среднем и пожилом возрасте становится эмоциональная гибкость, противопоставляемая эмоциональному обеднению. Она позволяет человеку справляться с потерями, связанными с распадом семейных связей, утратой

близких и утратой прежних интересов, и способствует сохранению жизненной активности и адаптивности. В-четвёртых, умственная гибкость, как способность к пересмотру прежних убеждений и открытости к новым идеям, противостоит умственной ригидности, выражающейся в фиксированности взглядов и снижении восприимчивости к изменениям. Она играет ключевую роль в когнитивной адаптации к поздним этапам жизненного пути. Дополнительно к этим четырём основным аспектам можно выделить ещё два значимых качественных образования – дифференциацию эго, отражающую способность личности к интеграции различных ролей и идентичностей, и достижение трансцендентности, как телесной, так и эго-трансцендентности, означающей выход за пределы эгоцентрических интересов и направленность на более универсальные, экзистенциальные ценности.

Таким образом, в нашем исследовании мы будем рассматривать 3 группы пациентов на основании их возраста: 61-75 лет (1 группа, пожилой возраст); 76-90 лет (2 группа, старческий возраст) и 50-60 лет (ключевой период путей развития в период старения; основа будущей геротрансцендентности).

1.2. Понятие позитивного / оптимального старения

Как отмечалось ранее, интерес к феномену старения проявлялся еще с древних времен, когда этот период воспринимался как «враг» человека, с которым была необходимость вести упорную борьбу. Однако несмотря на то, что старение до сих пор сопровождается большим количеством негативных стереотипов, мифов и страхов, отношение к данному феномену уже не является настолько отрицательным. Мы можем наблюдать изменение парадигмы старения, изменение отношения научного сообщества к данному явлению.

В начале XX века доминирующей парадигмой старения становится *дефицитарная*, согласно которой все негативные и разрушительные изменения, сопровождающие данный возрастной этап, рассматривались как естественный и неизбежный процесс. Опасность подобного подхода заключалась в том, что патологические проявления старческого возраста — деменция, депрессия,

когнитивная деградация и другие — интерпретировались как «норма» и не становились объектом активного медицинского или психологического вмешательства. В рамках этой концепции выделяли «нормальное» старение (протекающее без выраженной соматической патологии) и «патологическое» (с наличием заболеваний, существенно ограничивающих жизнедеятельность).

Однако уже с середины 1940-х годов научные наблюдения начали показывать, что получаемые данные не всегда согласуются с представлениями дефицитарной модели. Переломным стало исследование Дж. Роу и Р. Кана (1987), которые убедительно продемонстрировали: физическое ухудшение здоровья не является обязательным фактором снижения субъективного благополучия. Более того, даже при наличии серьёзных соматических ограничений пожилые люди способны сохранять высокий уровень субъективного качества жизни.

Результаты их исследований привели к новому делению феномена старения: обычное старение и успешное старение, что демонстрирует переход от идеи внутреннего детерминизма возрастных изменений (давление, холестерин и т.д.) к идее внешнего детерминизма и обусловленности изменений внешними факторами. Примерно в это же время, работы П. Балтес и М. Балтес способствуют созданию модели селективной оптимизации с компенсацией (1990). Основная идея данной модели заключается в том, что в период старения важную роль играют три механизма (селективность, оптимизация и компенсация), которые обеспечивают пластичность адаптации пожилых людей и приводят к замедлению процессов дегенерации, что и стало ключевым моментом в смене дефицитарной парадигмы на *компенсаторную парадигму старения*. Особенность данной парадигмы являет то, что она концентрируется на пожилых людях, стоящих на грани между нормой и патологией. Однако, есть люди, которые не «доживают» свою жизнь, а живут ее, получаю от нее удовольствие и видя в ней смысл (помимо выживания). Увеличение процента пожилых людей с подобным отношением к жизни и стало отправной точкой для очередной смены парадигмы.

Предпосылки формирования новой, дивидендной парадигмы, были положены в 1960х годах работам Ааронсона, согласно которым личность не останавливается в своем развитии, так как она не имеет конечной точки. Иными словами, процесс развития бесконечен. *Дивидендная парадигма старения* является новым подходом к восприятию данного феномена. Не отрицая объективные возрастные изменения, эта концепция не ограничивает старение исключительно компенсаторными процессами. В рамках данной парадигмы старость рассматривается как период, характеризующийся появлением специфических психологических новообразований и потенциалов для развития, а не просто как этап «доживания» и преодоления жизненных трудностей. Данная парадигма, согласно О.Ю. Стрижицкой, еще не укрепилась, она находится в стадии развития. В ее основе лежит понятие «дивиденд долгожительства» (Olshansky, 2007; Rowe, 2015), согласно которому старение, помимо проблем, имеет и позитивные эффекты (жизненный опыт, формирующий отличный от других возрастов взгляд на жизнь).

Несмотря на то, что дивидендная парадигма в Российских реалиях на данный момент еще находится только на этапе становления, в ней уже сегодня можно выделить некоторые направления. Одним из основных направлений дивидендной парадигмы является концепция активного старения. Основным понятие данного подхода является «активное старение», согласно которому старшему поколению необходимо активно включаться в социальное взаимодействие, а не пассивно доживать свою жизнь. Концепция активного старения широко представлена в социогеронтологических работах американских ученых Р. Дж. Хевигхерста, Р. Альбрехта, Р.С. Кавана, Э.В. Берджесса, Х. Гольдхамера. Они рассматривали активное старение с точки зрения профессиональной и социальной активности личности. Авторы считают, что нужно в наибольшей мере использовать опыт и профессиональные навыки пожилых работников. Всемирная организация охраны здоровья определяет активное старение как «процесс создания оптимальных возможностей в области

здоровья, участия и безопасности с целью повышения качества жизни людей в период старости».

Другое направление в рамках дивидендной парадигмы – концепция позитивного старения. Под позитивным старением в современной геронтопсихологической литературе подразумевается процесс поддержания функциональной активности на оптимальном уровне, минимизации влияния патологических факторов и мобилизации индивидуальных ресурсов для обеспечения адаптации и качества жизни в пожилом возрасте. В этой связи возникает теоретическая и практическая необходимость определения механизмов, способствующих поддержанию и развитию позитивного старения. Концепции и модели, которые пытались дать ответ на этот вопрос:

1. Эпигенетическая концепция Э. Эриксона (1960). Генеративность (желание и потребность передать свой жизненный опыт и знания молодым поколениям) и целостность Эго (принятие себя и принятие своей жизни).
2. Теория самодетерминации (Deci, Ryan, 2004). Внутренняя сила, автономия и позитивная поддержка окружающих.
3. Модель селективной оптимизации с компенсацией (Baltes, Baltes, 1990). Селективность (с возрастом человек начинает выбирать более подходящие ему виды деятельности), оптимизация (выполнение деятельности оптимизируется в зависимости от ее особенностей) и компенсация (реализуется в те моменты, когда селективность и оптимизация не эффективны; использование дополнительных функций и / или ресурсов).
4. Социоэмоциональная селективная теория (Carstensen, 1995; Scheibe, Carstensen, 2010). Изменение мотивации общения с «поиска информации» на «психологический и эмоциональный комфорт».
5. Теория Б.Г. Ананьева. Старение рассматривается не только как сохранение существующего уровня функционирования, но и приобретение новых знаний и навыков.

В настоящем исследовании опорой послужили работы О.Ю. Стрижицкой, где позитивное старение трактуется как динамический процесс сохранения и

поддержания оптимального уровня функционального состояния пожилого человека, параллельно с развитием и трансформацией психологических стратегий, механизмов и ресурсов, обеспечивающих его субъективное благополучие, личностное развитие и возможности самореализации.

1.3. Геротрансцендентность как компонент позитивного старения.

Под трансцендентностью понимают увеличение глубины сознания человека при помощи мыслительных, ценностных и практических действий. Некоторые ученые в своих работах используют термин «самотрансцендентность». Например, Норберг и Тексейра определяют самотрансцендентность как непредвзятое отношение к миру и процесс саморазвития, которые позволяют человеку пересекать границы персональных обстоятельств и задач. Рид, в свою очередь, считает, что самотрансцендентность приводит к повышенной степени жизнефункционирования. Коворд в своих исследованиях указывает на то, что самотрансцендентность так же повышает жизнедеятельность стареющего человека на физическом уровне.

Таким образом, трансцендентальное восприятие жизни стареющим человеком позволяет ему расширить перспективы своей жизни, основываясь на осмыслении накопленного им опыта.

В конце 1980х, ученые начали отмечать ряд противоречивых результатов в исследованиях социальной геронтологии, что привело к оспариванию предположения о том, что пожилой возраст представляет собой продолжение паттернов и ценностей жизни среднего возраста. Ученые пришли к выводу, что пожилой возраст характеризуется наличием качественно отличных от зрелого возраста компонентов, что и легло в основу теории геротрансцендентности, созданную Торнстамом (1989). Торнстам считает, что геротрансцендентность является путем от обычного процесса старения к позитивному старению.

По Л. Торнстаму, геротрансцендентность представляет собой специфические личностные трансформации, сопряжённые с изменением

способов осмысления старения и собственной позиции в его структуре, что приводит к качественной перестройке функционирования индивида. Центральным механизмом этих изменений является выход за пределы привычного опыта взрослого человека и формирование новой системы интерпретации мира, социального окружения и собственного “Я”.

Стоит отметить теорию размежевания Камминга и Генри (Cumming, Henry, 1961), согласно которой стареющие люди испытывают неотъемлемую тенденцию отстраняться от общества и обращаться внутрь себя. Подобное отстранение могло быть как социальным (уменьшение социального взаимодействия) и психологическим (снижение интереса к участию в социальном взаимодействии). С другой стороны, общество так же демонстрирует тенденции к социальному и психологическому отдалению от старшего поколения. Согласно данной теории, эти процессы взаимного дистанцирования неизбежны, и попытки мотивировать пожилых людей на социальное взаимодействие с молодыми поколениями приводит к снижению психологического благополучия. Данная теория получила много критики со стороны геронтопсихологов.

Однако, спустя 30 лет Торнстам пересматривает теорию размежевания, и приходит к выводу, что то, что геронтологи описывали в негативных терминах и называли «отстраненностью», на самом деле является положительным развитием в направлении геротрансцендентности (1989).

Теория геротрансцендентности Л. Торнстама не является новой или революционной. Однако она представляет собой систематизацию имеющихся теорий, моделей и концепций старения и дает целостное представление о процессе позитивного старения.

На основании проведенных исследований (1996, 1997, 1999), Торнстам описал основные изменения, с которыми люди сталкиваются при переходе к геротрансцендентности. Все изменения Торнстам разделил на три группы (измерения):

- Первое измерение (= космический уровень). Он включает в себя изменения в определении времени и пространства, усиление чувства связи с предыдущими поколениями, исчезновение страха смерти и новое понимание жизни и смерти. Так же в данном измерении претерпевают изменения отношения к жизни и выход за пределы ее научных обоснований.
- Второе измерение (= уровень самости). Он включает в себя открытие скрытых аспектов самости, удаление себя из центра своей вселенной, продолжение заботы о теле без одержимости им, переход от эгоизма к альтруизму, осознание того, что кусочки мозаики жизни составляют единое целое
- Третье измерение (= уровень социальных отношений). Он включает снижение интереса к поверхностным отношениям и усиление потребности в уединении, понимание разницы между собой и ролью, что, возможно, сопровождается стремлением отказаться от ролей, повышением зрелости, понимание окаменевающей тяжести богатства и свободы аскетизма, трудности в отделении добра от зла, воздержании от суждений и даче советов.

Таким образом, Торнстам представляет геротрансцендентность как набор особенных психологических характеристик, присущих стареющему человеку и помогающих ему достаточно действенно использовать свой потенциал.

Не смотря на значимость и практическую эффективность, теория геротрансцендентности вызывает и справедливую критику. Отмечается, что не совсем ясно, как именно происходит этот «выход за рамки», и какие конкретно изменения происходят в личности (Jewell, 2014). Однако, исследования, проведенные Торнстамом (1999) и Ваденстеном и Карлссоном (2001), демонстрируют практическую значимость теории (Wadensten & Carlsson, 2003).

В нашей стране, изучением геротраснцендентности занимается О.Ю. Стрижицкая. В своей работе 2006 года, О.Ю. Стрижицкая дала следующее определение геротраснцендентности: «... своеобразный уникальный период,

принципиально отличающийся от периода взрослости ... она предполагает создание реальности иной, нежели была в средней взрослости, которую геронтологи и профессионалы зачастую проецируют на пожилой возраст». В своей диссертационной работе она рассматривает компоненты геротрансцендентности в большей степени с психологической точки зрения.

Социальное измерение старения отражает изменения, происходящие в период поздней взрослости и старости:

- Трансформация качества и количества социальных связей. Количество контактов сокращается, однако они становятся более значимыми и позитивными. Происходит отбор отношений, способствующих психологическому и эмоциональному благополучию индивида.
- Современный аскетизм. Проявляется отказ от чрезмерного накопительства и готовность рационально использовать имеющиеся ресурсы.
- Отход от дуалистичного восприятия «плохо – хорошо». Формируется понимание того, что действия человека обусловлены множеством факторов, а он сам не всегда может действовать идеально и совершает ошибки.
- Снижение оценочных суждений и принятие несовершенств окружающего мира. Развивается более терпимое и адаптивное отношение к неполноте и ограниченности реальности.

Личностное измерение связано с трансформациями личностных конструктов, и прежде всего Я-концепции:

- Изменения физического «Я». Этот аспект связан с принятием возрастных трансформаций организма, включая менопаузу, изменения внешности и внутреннего состояния. Развитие данного направления предполагает осознание изменений в теле и функциональных возможностях (снижение энергии, появление заболеваний) и адаптацию деятельности в соответствии с актуальными внутренними изменениями и требованиями окружающей среды. Важным аспектом является отсутствие стремления «обратить время вспять». Продуктивным результатом таких изменений

становится поддержание условно здорового образа жизни и забота о здоровье в гармонии с естественными потребностями организма, без чрезмерной озабоченности следованием строгим «здоровым» правилам.

- Трансформация Эго. Включает усиление самоанализа и самокритичности, что способствует формированию более сложной структуры «Я». Эта структура интегрирует как положительные, так и отрицательные черты личности, обеспечивая высокий уровень самопринятия. В процессе происходит переоценка значимости личностных качеств и осмысление диссонанса между социально одобряемыми характеристиками и теми, которые необходимы для эффективного функционирования.

Генерализованное мировосприятие. Торнстам назвал данное измерение космическим (философским). Однако О.Ю. Стрижицкой было предложено собственное название, поскольку оно охватывает достаточно обобщённые, мировоззренческие установки и интерпретацию абстрактных понятий, таких как жизнь, смерть, время, пространство и другие.

- Ретроспективный анализ и принятие прожитой жизни. Позволяет адаптировать временную перспективу, сделать её более функциональной и осознанной, а также принять смерть как естественный элемент жизненного цикла.
- Принятие неопределённости и загадочности жизни. Формируется способность воспринимать жизнь как непредсказуемый и многослойный процесс.
- Новое понимание себя в контексте жизни в целом. Эти изменения проявляются в повышенном интересе к генеалогии, поиске связей с предками и ощущении своей принадлежности к человечеству.

В нашей работы мы будем опираться на понимание геротрансцендентности и ее компонентов О.Ю. Стрижицкой. Таким образом, геротрансцендентность трактует старение как самостоятельный и уникальный этап жизни, обладающий собственным содержанием и включающий три взаимосвязанных компонента: социальное измерение, личностное измерение и

генерализованное мировосприятие. Каждый из этих компонентов предполагает качественные преобразования в соответствующей сфере функционирования личности.

Основными условиями для формирования геротрансцендентности О.Ю. Стрижицкая считает следующее:

- Жизненный опыт человека. Он является основой для формирования выражения действительности. Тут автор также указывает на то, что поскольку жизненный опыт человека является неповторимым и формирует индивидуальный «почерк старения», включение жизненного опыта в любую эмпирическую модель представляется проблематичным.
- Опыт преодоления тяжелых жизненных ситуаций. Он зависит от характера и личностных ресурсов человека.
- Опыт положительной жизнедеятельности и положительного развития на предыдущих этапах жизни. Эта совокупность моральных характеристик человека, в которую входят правильное оценивание себя самого, ориентированность к саморазвитию и различные показатели самоэффективности.

При этом Стрижицкая указывает, что приведенные выше условия формирования геротрансцендентности не являются полными, а указаны только универсальные предпосылки.

Среди факторов геротрансцендентности О.Ю. Стрижицкая выделяет характеристики социально-демографического плана: пол, образование, семейные и профессиональные характеристики, культурно-исторический контекст, динамичные личностные параметры, такие как временная перспектива и эмоциональные характеристики. При этом, автор указывает на то, что факторы геротрансцендентности на данный момент являются малоизученными.

Были выделены эффекты геротрансцендентности, под которыми О.Ю. Стрижицкая понимает наиболее распространенные показатели, характеризующие благополучие стареющего человека. Среди наиболее важных эффектов геротрансцендентности были выделены следующие:

- Личностное здоровье.
- Психологическое благо.
- Удовлетворение жизнью.
- Общественная вовлеченность.

Исследуя вопрос геротрансцендентности, О.Ю. Стрижицкая предложила обобщенную модель функционирования геротрансцендентности (рис. __).

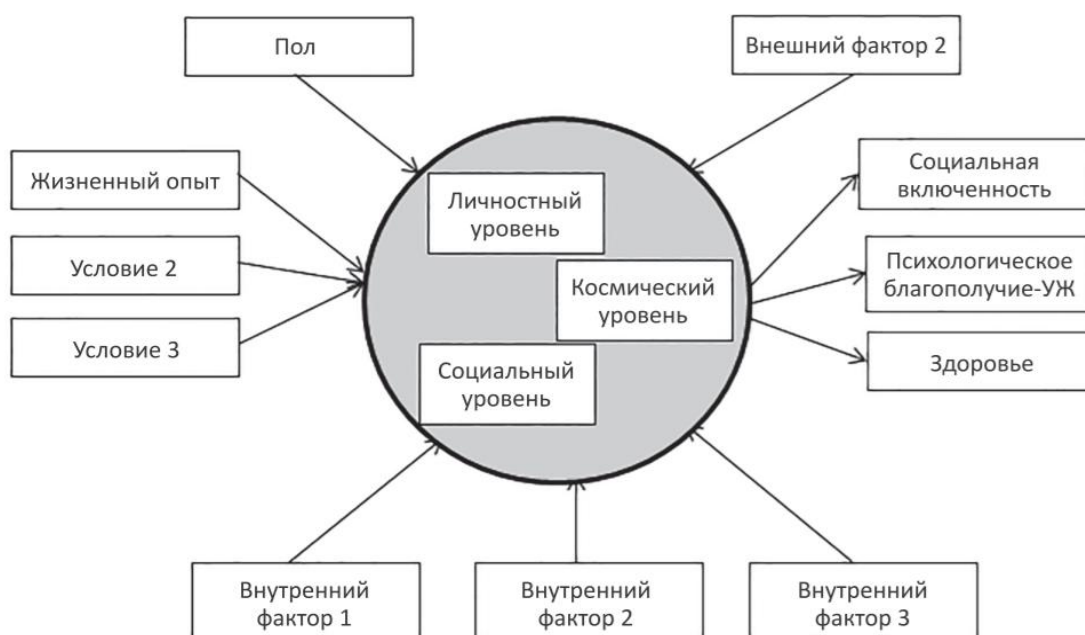


Рисунок 1. Обобщенная модель геротрансцендентности О.Ю. Стрижицкой

Предложенная обобщенная модель не дает ответа на вопрос о том, как формируется и развивается геротрансцендентность. Также данная модель не учитывает все возможные условия, обстоятельства и воздействия, формирующие геротрансцендентность. Но автор считает, что данная обобщенная модель учитывает самые ценные из возможных условий и воздействий. Поэтому О.Ю. Стрижицкая предложила для рассмотрения две альтернативные модели.

Первая альтернативная модель (рис. 2) основывается на иерархической структуре составляющих частей геротрансцендентности и представляет, что она формируется последовательно. В этой модели первым элементом, который начинает формировать геротрансцендентность, становится личностное измерение, следующим является социальное измерение и конечным —

генерализованное мировосприятие. О.Ю. Стрижицкая считает, что всесторонняя реорганизация самооценки, начинающаяся у стареющих людей в 50–60 лет, является стартовой системой формирования геротрансцендентности в рамках данной модели.

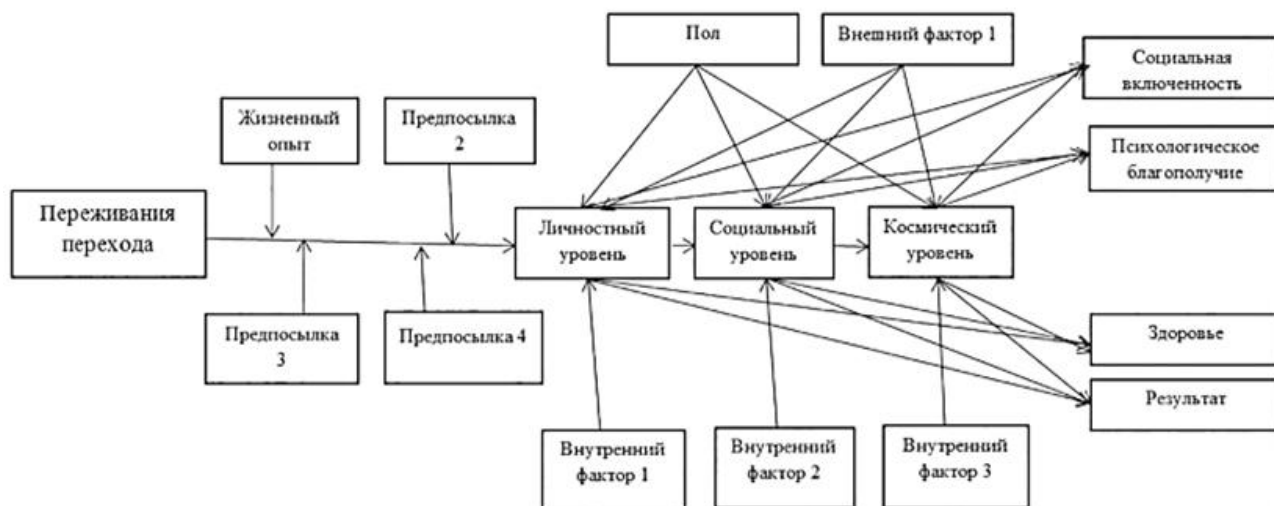
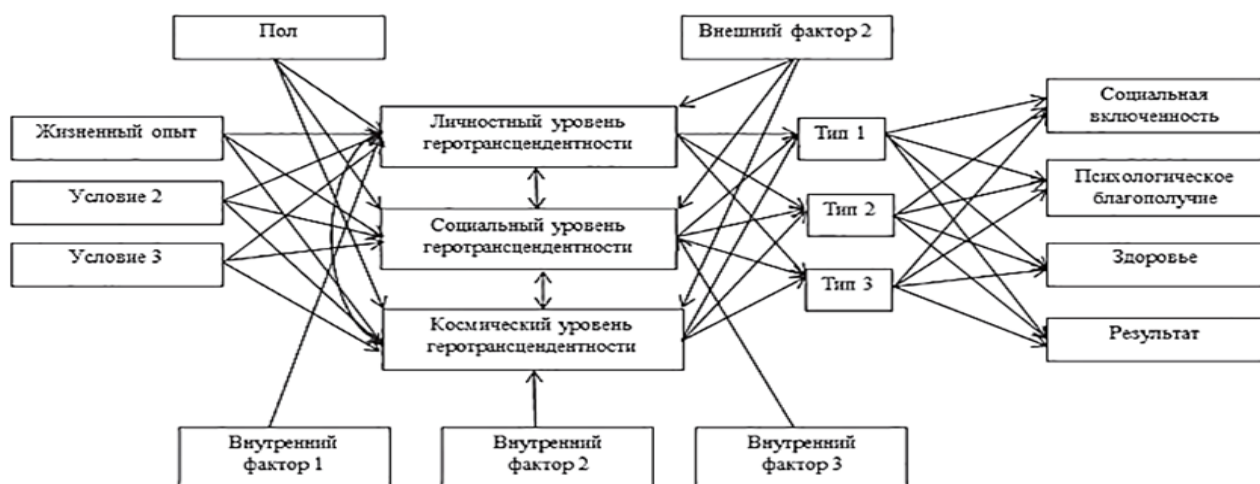


Рисунок 2. Первая альтернативная модель геротрансцендентности О.Ю. Стрижицкой

В первой альтернативной модели считается, что развитие первого (личностного компонента), является началом периода старения. А каждый последующий компонент способствует становлению психологического благополучия, здоровья и других эффектов геротрансцендентности по мере ее формирования.

Во второй альтернативной модели (рис. 3) считается, что все три составляющие геротрансцендентности независимы друг от друга, а формируются одновременно. Формирование происходит по законам геронтогенеза, но в разное время и скачкообразно. Данная модель предполагает, что наличествует определенная конфигурация характеристик, обязательных и достаточных для начала формирования геротрансцендентности. Конфигурация таких характеристик является общей для всех людей, но возможна в различных вариациях, достаточных для запуска процесса развития геротрансцендентности.

Вторая альтернативная модель построена таким образом, что считает возможным такую модификацию развития ситуации, при которой



геротрансцендентность не сформируется, делая ее исключительно качественным образованием.

Рисунок 3. Вторая альтернативная модель геротрансцендентности О.Ю.

Стрижицкой

Таким образом, рассмотренное понятие и модели геротрансцендентности дают представление о стратегии поведения пожилого человека на заключительном этапе его жизни.

1.4. Личность в условиях болезни

Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. Данное определение было принято на Международной конференции здравоохранения, проходившей в Нью-Йорке в 1946 году, и отражено в преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения (официальный документ Всемирной организации здравоохранения №2, стр. 100). Начиная с 1948 года данное определение не менялось. Таким образом, здоровье не ограничивается лишь физическим состоянием человека. Оно затрагивает и социально-психологический компонент, что отражается в биопсихосоциальной модели заболевания.

Биопсихосоциальная модель болезни демонстрирует, что на возникновение, течение и исход заболевания оказывают одновременное влияние следующие факторы:

- Биологические (генетические, анатомические, физиологические, биохимические).
- Психологические (мышление, эмоции, поведение).
- Социальные (социально-экономические, микросоциум, культура).

Болезнь же, согласно ВОЗ, можно определить следующим образом: это особый вид страдания, вызванный поражением организма, отдельных его систем различными повреждающими факторами, характеризующийся нарушением системы регуляции и адаптации и снижением трудоспособности.

Болезнь, помимо нарушения целостности организма, приводит к изменениям взаимоотношения человека с окружающими, к изменению самооценки, самовосприятия и поведения. Согласно биопсихосоциальной модели болезни, соматическая патология представляет собой сложную цепь взаимосвязанных звеньев (реактивность и адаптационные механизмы, нейрогуморальная и нейроэндокринная регуляция, обменные процессы, психогенные воздействия, свойства личности, ее реакции на особенности социальной среды). Заболевание может приводить к переоцениванию ценностей, изменению отношения к своей жизни, к работе, к родственникам, к людям и к самому себе. Иными словами, соматическая патология сказывается не только на теле, но и на социальном взаимодействии, и на психологическом состоянии человека. Согласно исследованиям Бернарда и Курпата, имея одни и те же симптомы, одни люди обращаются за медицинской помощью, а другие никак на них не реагируют (Bernard & Crupat, 1994).

Для врача болезнь, прежде всего, выступает как совокупность синдромов и симптомов, обусловленных биологическими и патофизиологическими механизмами. Для пациента же болезнь представляет собой уникальную жизненную ситуацию, в которую он оказывается вовлечён неожиданно для самого себя и которая требует адаптации, пересмотра привычного образа жизни

и ценностных ориентиров. При этом субъективные интерпретации болезни со стороны больного нередко расходятся с медицинскими концепциями, лежащими в основе профессионального сознания врачей и медицинского персонала.

В медицинской науке болезнь традиционно определяется как закономерное единство симптомов, связанных с органическими или функциональными нарушениями. Однако важно различать болезнь как медицинскую категорию (органическая или функциональная патология) и болезнь как субъективное, феноменологическое переживание изменения состояния здоровья (Barbour, 1995). С позиции самого пациента болезнь предстает как индивидуально окрашенный опыт проживания проблемной ситуации, оказывающий влияние на его восприятие себя и своего будущего. По мнению В.А. Подороги (1995, с. 103), вступая в «событие болезни», человек временно дистанцируется от социума, так как переживание боли изменяет восприятие символических ценностей и ослабляет потребность в их актуализации.

Если медицинская диагностика направлена преимущественно на выявление физиологических параметров и объективных патологических изменений, то пациент, находящийся в состоянии болезни, стремится осмыслить происходящие с ним трансформации, интегрируя их в личностный и биографический контекст. В этом смысле болезнь приобретает новое значение, выходящее далеко за пределы медицинских объяснительных моделей.

Таким образом, болезнь следует рассматривать не только как совокупность объективно фиксируемых симптомов, но и как комплекс субъективных переживаний, включающий эмоции, телесные ощущения, когнитивные интерпретации и мотивационные изменения. Индивидуальная оценка собственного состояния способна существенно влиять на процесс терапии и реабилитации: негативное восприятие болезни может способствовать развитию эмоциональных нарушений и неадаптивных форм поведения, что снижает эффективность лечения и ухудшает качество жизни пациента. В этой связи изучение психологии больного приобретает особую значимость, позволяя

глубже понять его реакции на терапевтические вмешательства и определить пути психологической поддержки, направленной на повышение адаптационного потенциала.

Для эффективной работы с пациентами необходимо понимать их отношение к своему заболеванию и выбирать соответствующий ему подход, так как игнорирование взглядов пациента может привести к снижению эффективности лечения.

М.Э. Телешевская (1978) выделила следующие реакции на болезнь:

- Астеническая (повышенная истощаемость, плаксивость, вялость).
- Депрессивная (тревога, тоска, растерянность, потеря надежды на выздоровление, низкая мотивация на лечение).
- Ипохондрическая (погружение в болезнь).
- Тревожно-мнительная (недоверие к назначениям врача, поиск лечебных средств в медицинской литературе, формирование фобий).
- Истероформная (быстрая смена настроения, склонность к фантазированию, жалобы на недостаточное внимание).
- Вытеснение болезни (игнорирование заболевания, отсутствие мотивации на лечение).

Роман Альбертович Лурия, опираясь на концепцию аутопластической картины болезни А. Гольдшейдера (1929), формирует концепция внутренней картины болезни (ВКБ). Согласно его идеям, у каждого больного формируется свое видение развившегося у него заболевания: его причин, его тяжести, его основных проявлений и исхода. Это и есть его внутренняя картина болезни, формирующая его отношение к своему состоянию, к медицинскому персоналу, к окружающим. Сам автор определяет ВКБ как весь тот комплекс ощущений. Переживаний и мнений больного относительно своего состояния (Лурия, 1977). Р.А. Лурия выделил следующие стороны ВКБ:

- Сенситивная (ощущения, возникающие при заболевании).
- Эмоциональная (эмоциональное реагирование на отдельные симптомы, на заболевание в целом и на его последствия).

- Мотивационная (готовность пациента к изменению привычного уровня жизни с учетом актуального соматического состояния).
- Интеллектуальная (представления, знания пациента о своем заболевании, размышления о его причинах и потенциальных исходах).

Формирования субъективного восприятия своего заболевания происходит под воздействием характера заболевания, обстоятельств, в которых возникло заболевание и преморбидных особенностей личности.

Теория когнитивных репрезентаций болезни и здоровья Г. Левентала демонстрирует, как суждения человека о своей болезни группируются вокруг пяти измерений: симптомы, причины, последствия, длительности и особенности лечения (Leventhal & Benyamini, 1997).

Таким образом, отношение человека к своему заболеванию, восприятие и понимание своего состояния, отношение к медицинскому персоналу играют большую роль в формировании поведения пациента. Понимание данных особенностей позволяет выбрать подходящий тип взаимодействия с пациентом, что может значительно улучшить эффективность терапии.

Как говорилось ранее, одной из наиболее значимых демографических особенностей современности является превышение удельного веса пожилых людей в мире. Учитывая тот факт, что для людей этой возрастной группы наиболее характерно наличие различных соматических патологий, перед врачами, медицинскими психологами и медицинскими работниками встает закономерная задача формирования навыков коммуникации и работы с пациентами данной возрастной группы. Понимание особенностей поведения, восприятия мира и себя в нем, отношения к окружающим, восприятие болезни и здоровья, восприятие времени своей жизни у пожилых пациентов позволит выбирать наиболее эффективные способы взаимодействия и позволит своевременно выявлять психологические и эмоциональные нарушения, которые могут способствовать снижению эффективности терапии.

1.4.1. Острые нарушения мозгового кровообращения

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) ежегодно становится причиной смерти порядка 6,7 млн человек во всём мире, уступая по частоте летальных исходов лишь ишемической болезни сердца (ИБС). В структуре смертности в Российской Федерации инсульт занимает второе место после инфаркта миокарда, оставаясь одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения: ежегодно регистрируется более 450 тыс. новых случаев. За последние десять лет число инсультов в стране возросло почти на 100 тыс., однако показатель смертности от данного заболевания снизился с 259,3 тыс. случаев в 2008 г. до 136,4 тыс. в 2017 г., что отражает положительную динамику эффективности медицинской помощи.

По информации Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ), лишь около 8 % пациентов, перенёсших инсульт, способны вернуться к полноценной жизни. При этом 31 % нуждаются в регулярном уходе, а 20 % полностью утрачивают способность к самостоятельному передвижению [<http://www.nabi.ru/>]. Наиболее значимым медико-социальным последствием инсульта выступает стойкая инвалидизация, которая ведёт к утрате профессиональной деятельности, снижению уровня социальной интеграции и выраженному ухудшению качества жизни.

Несмотря на наблюдающуюся в последние годы тенденцию «омоложения» ОНМК, заболевание преимущественно встречается у лиц пожилого и старческого возраста. Реабилитация данной категории пациентов сопряжена с дополнительными трудностями вследствие сочетанности соматических заболеваний, когнитивных нарушений и возрастных особенностей адаптационных процессов. Согласно данным исследований (Rijsbergen et al., 2017; Rijsbergen et al., 2019), инсульт сопровождается не только выраженными неврологическими нарушениями (парезами, снижением концентрации внимания, ухудшением памяти, нарушениями речи), но и высокой частотой

развития депрессивных состояний, что существенно снижает общий уровень качества жизни постинсультных пациентов.

Потеря трудоспособности, ограничение социальных контактов и снижение привычной активности формируют у больных чувство беспомощности, приводят к деформации привычного образа жизни и выраженным изменениям в ценностно-смысловой сфере личности. Перестройка данной сферы, являющейся основой самосознания и внутренней регуляции деятельности, в пожилом возрасте протекает медленно и требует дополнительных адаптационных ресурсов, которые нередко оказываются ограниченными.

С психологической точки зрения любое тяжёлое соматическое заболевание, включая инсульт, представляет собой кризисную ситуацию, в которой нарушается целостность жизненного мира личности. Основными задачами реабилитационных мероприятий являются не только восстановление утраченных функций, но и формирование гармоничного отношения пациента к себе и собственной жизненной ситуации (Исакова Е.В., Егорова Ю.В., 2020). Анализ личностных особенностей и внутренних ресурсов пациентов позволяет выявить психологические точки опоры, которые могут быть задействованы в процессе восстановления и повышения уровня качества жизни.

Клинически ОНМК определяется как внезапное очаговое и/или диффузное (общемозговое) нарушение функций головного мозга сосудистого генеза. Данное состояние является наиболее распространённой формой сосудистой патологии у лиц зрелого и пожилого возраста. В зависимости от патогенетического механизма выделяют ишемический и геморрагический инсульты, транзиторные ишемические атаки (ТИА), а также острую гипертоническую энцефалопатию.

Ишемический инсульт (инфаркт мозга) и транзиторная ишемическая атака имеют единый патогенетический механизм, обусловленный прекращением или значительным снижением кровоснабжения участка головного мозга, что приводит к локальной ишемии. Различие заключается в длительности и выраженности клинических проявлений: при ТИА неврологическая

симптоматика регрессирует в течение 24 часов, тогда как инсульт сопровождается стойкими неврологическими нарушениями. Геморрагические инсульты подразделяются на паренхиматозные кровоизлияния, возникающие при разрыве сосуда, и субарахноидальные, при которых кровь изливается в субарахноидальное пространство.

В структуре ОНМК ишемические инсульты занимают доминирующее положение, составляя 80–85 % всех случаев. Геморрагические инсульты встречаются реже (около 10–15 %), из них значительная часть приходится на субарахноидальные кровоизлияния. В 5 % случаев патогенетический механизм заболевания остаётся неустановленным (Фадеев П.А., 2008).

Инсульт клинически проявляется стойкими общемозговыми и/или очаговыми неврологическими симптомами, сохраняющимися более суток, либо может приводить к летальному исходу в течение первых 24 часов. Транзиторные ишемические атаки характеризуются обратимостью симптоматики в течение менее чем 24 часов. При полном исчезновении симптомов в период от 2 суток до 3 недель речь идёт о малом инсульте; если неврологический дефицит сохраняется свыше трёх недель, диагностируется завершённый инсульт.

Нарушение мозгового кровообращения независимо от этиологии сопровождается локальными и системными реакциями нервной ткани, включая развитие отёка мозга, что приводит к формированию общемозговой симптоматики. Степень выраженности отёка и последующего неврологического дефицита определяется объёмом поражения. Общемозговые проявления включают нарушение сознания, спутанность, дезориентацию, субъективное ощущение «затуманенности» сознания, головную боль, шум в ушах, головокружение, зрительные нарушения, сухость во рту, тошноту, рвоту и гипертермию.

На фоне общемозговой симптоматики формируется очаговая клиническая картина, характер которой определяется локализацией ишемического или геморрагического поражения, а также степенью нарушения кровоснабжения.

Это обуславливает значительную вариативность индивидуального течения заболевания.

1.4.2. Злокачественные новообразования

Психоонкология на современном этапе развития науки представляет собой специализированное междисциплинарное направление, объединяющее медицинские, психологические и социальные подходы с целью содействия адаптации пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями. Её предметное поле включает исследование как внутренних, личностных факторов адаптации, так и внешних детерминант, связанных с особенностями течения заболевания, спецификой социокультурной среды и условиями оказания медицинской помощи. Наряду с этим в фокусе внимания психоонкологии находятся и факторы дезадаптации, которые усугубляют течение болезни, осложняют процесс лечения и снижают качество жизни пациентов.

Задачи психоонкологии охватывают широкий спектр направлений: оказание психологической и психосоциальной поддержки пациентам и их близким, разработка образовательных программ для медицинского персонала, коррекция психических нарушений, сопутствующих онкологическим заболеваниям, а также изучение превентивной роли поведенческих факторов в возникновении и прогрессировании опухолевых процессов. Таким образом, психоонкология выступает не только как клиническая практика, но и как область фундаментальных исследований, в которых системно анализируются взаимодействие биологических, психологических и социальных переменных.

Первые определения психоонкологии были предложены J. Holland и её коллегами (Holland J.C., Andersen B., Breitbart W.S. et al., 1992). В рамках этой концепции психоонкология изучает два базовых измерения. Первое связано с психосоциальными аспектами: эмоциональные реакции пациента на диагноз и лечение, изменения в системе межличностных отношений и особенностях взаимодействия с лицами, осуществляющими уход. Второе направление отражает психобиологические механизмы, включающие психологические,

поведенческие и социальные факторы, влияющие на риск развития онкологического заболевания и его клинический прогноз. Аналогичные позиции развивал и А.И. Бабик (2001), определяя психоонкологию как интегративное научное направление, включающее психологический анализ условий возникновения новообразований, изучение влияния личностных характеристик и социальных условий на течение заболевания, а также исследование факторов, способствующих как адаптации, так и дезадаптации.

Многочисленные исследования показали, что исход онкологического заболевания определяется не только биологическими параметрами, но и психологическими характеристиками пациента, в числе которых выраженность эмоциональных реакций на постановку диагноза, степень социальной поддержки и характер взаимоотношений с ближайшим окружением (Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., 2002). Несмотря на очевидную значимость этих аспектов, становление психоонкологии как самостоятельной дисциплины началось лишь в 1980-е годы, что было обусловлено рядом причин: восприятием онкологических заболеваний как «неизлечимых», длительной стигматизацией психических расстройств, трудностями в организации психологической помощи пациентам с тяжёлой соматической патологией, а также отсутствием единой теоретической модели, способной интегрировать медицинские, психологические и социальные подходы. Существенный поворот произошёл в конце XX века, когда в клинической практике стало возможным открытое обсуждение онкологического диагноза с пациентом (Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П., 2017).

В XXI веке психоонкология получила признание как на научном, так и на клиническом уровне. Психосоциальные интервенции были включены в стандарты оказания медицинской помощи онкологическим больным, а необходимость психосоциального сопровождения пациентов закреплена в стратегиях развития здравоохранения (Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П., 2017). В междисциплинарную команду, работающую с онкологическими пациентами, сегодня входят онкологи, психиатры, медицинские психологи, психотерапевты, специалисты по социальной работе.

Наибольший эффект достигается при интеграции когнитивно-поведенческих, экзистенциальных и гуманистических подходов, что позволяет учитывать как клинические, так и экзистенциальные потребности пациента.

Особое внимание в психоонкологии уделяется изучению наиболее распространённых форм онкопатологии. Так, рак молочной железы (РМЖ) остаётся ведущим злокачественным заболеванием у женщин и, по данным ВОЗ, ежегодно диагностируется более чем у 2,2 млн пациенток (Stoltenberg M. et al., 2020). В России заболеваемость РМЖ стабильно занимает первое место в структуре онкологической патологии женского населения, составляя до 30 % от всех вновь выявленных случаев (МНИОИ им. П.А. Герцена, 2018). Ключевыми факторами риска выступают эндокринные нарушения, особенности репродуктивной сферы, наследственная предрасположенность, ожирение, злоупотребление алкоголем и курение (Широкова И., Прожерина Ю., 2016; Koshenok V.K., 2008). Значимое место занимает выявление мутаций в генах BRCA1 и BRCA2, что обусловило внедрение генетического консультирования и превентивных стратегий (Mutebi M. et al., 2020).

С психологической точки зрения РМЖ представляет собой не только соматическую, но и экзистенциальную проблему. Диагноз сопряжён с нарушением женской идентичности, изменением образа тела, страхом потери привлекательности и сексуальности, что отражается на эмоциональном состоянии и межличностных отношениях (Helms R.L. et al., 2008). Психологическая поддержка пациенток направлена на преодоление тревоги, депрессии, реконструкцию позитивного образа «Я» и восстановление социальной активности. Эффективность демонстрируют когнитивно-поведенческие методы, психообразование, группы поддержки и семейная терапия (Osborn R.L. et al., 2006).

Не менее важное место в структуре онкологической заболеваемости занимает рак предстательной железы (РПЖ), являющийся одним из наиболее распространённых онкологических диагнозов у мужчин. По данным ВОЗ, в 2020 году было зарегистрировано более 1,4 млн новых случаев РПЖ, при этом

смертность составила около 375 тыс. человек (Sung H. et al., 2021). Более 60 % случаев диагностируется у мужчин старше 65 лет (Rawla P., 2019), что позволяет рассматривать данное заболевание в контексте геронтопсихологии и процессов позднего онтогенеза.

РПЖ затрагивает не только соматическую сферу, но и глубинные психологические аспекты мужской идентичности. Серьёзное влияние оказывают последствия терапии, включающие эректильную дисфункцию, инконтиненцию, гормональные изменения и хроническую усталость, которые значительно снижают качество жизни (Litwin M.S., Tan H.J., 2017; Downing A. et al., 2019). Эти нарушения сопряжены с ростом депрессии, тревожности, снижением самооценки и напряжением в семейных отношениях.

Ключевым условием успешной адаптации мужчин с РПЖ выступает активизация когнитивных и эмоциональных копинг-стратегий. Высокая социальная поддержка, участие семьи и доступ к психологической помощи оказываются предикторами снижения уровня дистресса и повышения приверженности лечению (Penedo F.J. et al., 2004). При этом исследования демонстрируют, что некоторые пациенты способны к личностному росту и геротрансцендентности, переосмысляя жизненные ценности и временную перспективу (Ervik B. et al., 2010).

Современные психоонкологические программы для мужчин с РПЖ включают когнитивно-поведенческую терапию, экзистенциальные подходы, групповые формы работы и психообразование. Особое внимание уделяется партнёрам пациентов, так как семейная поддержка выступает ключевым фактором успешной адаптации (Chambers S.K. et al., 2017). Таким образом, РПЖ представляет собой не только медицинскую, но и психологическую проблему, требующую комплексного междисциплинарного подхода.

Итак, психоонкология в целом, а также в её конкретных приложениях к РМЖ и РПЖ, демонстрирует важность интеграции биологических, психологических и социальных компонентов в единую систему помощи. Она формируется как самостоятельная научная дисциплина, позволяющая объяснять

и прогнозировать механизмы адаптации и дезадаптации при онкологических заболеваниях, а также разрабатывать эффективные психосоциальные стратегии сопровождения, ориентированные на повышение качества жизни и сохранение субъективного благополучия пациентов.

1.4.3. Ишемическая болезнь сердца

К основным и наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеваниям, приводящим к инвалидности, относятся ишемическая болезнь сердца и инфаркт миокарда, цереброваскулярная патология с хроническими и острыми нарушениями кровообращения, тяжелые стадии гипертонической болезни. Течение болезни, то, на какой стадии находится заболевание, также характер нарушения кровообращения, насколько выражена патология сердечно-сосудистой системы будет влиять на степень ограничения жизнедеятельности.

Таблица 2

Последствия болезней сердечно-сосудистой группы

Область болезни	Последствия нарушения
Умеренное нарушение функции кровообращения при ишемической болезни сердца	<p>Может привести к таким ограничениям жизнедеятельности как способность к передвижению, обучению, трудовой деятельности.</p> <p>Это связано со снижением физической и психофизической выносливости больных, периодически возникающими приступами стенокардии, частыми головными болями, головокружением, снижением интеллектуальной продуктивности</p>
Выраженные расстройства кровообращения при ишемической болезни сердца	Страдают все функции жизнедеятельности, что приводит к снижению способности к самообслуживанию, передвижению, обучению, трудовой деятельности
Расстройства мозгового кровообращения	Наблюдаются головокружения с неустойчивостью походки, головные боли, нарушения интеллектуально-мнестических функций, вплоть до слабоумия
Очаговые поражения	Нарушения статико-динамической функции (парезы, параличи, атаксия), которые приводят к расстройствам произвольной подвижности одной или нескольких конечностей, снижению мышечной силы. Возникают расстройства

	речи, слуха, зрения, снижение способности понимать обращенную к ним речь, писать, читать. В результате нарушается способность к общению и обучению
--	--

Нарушения психических функций, которые ярко выражены, пароксизмы, зрительные агнозии - основные причины, из-за которых кардиологические пациенты ограничены в способности осуществлять контроль за своим поведением. В тяжелых случаях такие пациенты полностью утрачивают способность к самообслуживанию, не могут соблюдать правила личной гигиены, теряют возможность самостоятельно осуществлять физиологические отправления.

Синдром Да Косты (как изначально называли сосудистую дистонию) и психосоматические нарушения, которые свойственны данному виду заболеванию сердечно-сосудистой патологии, были подробно описаны во второй половине XIX века. В качестве признаков болезни приводились: ощущения чрезвычайной усталости и преходящего ухудшения зрения, длительных кардиалгий и функционального систолического шума на верхушке сердца, тахикардии и экстрасистолии, головной боли и головокружения, ортостатических нарушений и обморочных состояний. В современной клинической практике различают физиологическую и патологическую гипотензию.

Физиологическая и патологическая гипотензия

Физиологическая артериальная гипотензия	Патологическая артериальная гипотензия
<p>Обусловлена конституциональными и наследственными факторами, встречается у здоровых людей, выполняющих обычную физическую и умственную работу, и не сопровождается какими-либо жалобами и патологическими изменениями в организме.</p> <p>Выделяют преходящую физиологическую гипотензию высокой тренированности у спортсменов - одновременное снижение систолического и диастолического артериального давления.</p> <p>К физиологической относят также артериальную гипотензию, возникающую в процессе акклиматизации и адаптации организма человека к условиям высокогорья, Заполярья, субтропического или тропического климата.</p>	<p>Может быть острой или хронической. Наибольший интерес в клинике аффективной патологии представляют острые гипотонические кризы, наступающие чаще всего на фоне выраженной соматогенной астении (после очень интенсивной физической нагрузки или при тяжелой форме синдрома укачивания), либо вследствие крайнего эмоционального перенапряжения и психической травмы.</p> <p>Описаны синкопальные эпизоды рефлекторного и болевого происхождения, например, при инъекциях, при виде крови или даже одном представлении о возможности несчастного случая.</p> <p>Хроническая патологическая артериальная гипотензия свидетельствует, как правило, о стойком снижении общего жизненного тонуса (выраженной соматогенной или психогенной астении) и отмечается преимущественно у лиц астенического телосложения (чаще у женщин 31-40 лет). Одним из основных факторов, провоцирующих формирование данного синдрома, является гипокинезия, не случайно 72% подобных больных – это лица, занимающиеся умственным трудом.</p>

Жалобы от таких больных поступают в большом количестве. При этом жалобы разрозненны и характеризуются отсутствием системности. В числе жалоб могут быть проблемы со сном; слабость, быстрая утомляемость в первой половине дня; угнетенность, отсутствие энергии даже после долгого отдыха или длительного сна; хроническая усталость и низкие показатели работоспособности; апатия; снижение качества мнемических функций; рассеянность, невозможность долго концентрировать внимание; снижение либидо.

На фоне постепенно развивающейся вегетососудистой дистонии появление психической слабости с астенической депрессией и утомительно-стрессовыми проявлениями может создать впечатление тяжелого физического недомогания, и больной может проходить длительные обследования и проводить постоянные лечения от врачей различных специализаций.

Характеристика гипертонической болезни

Основные патогенетические факторы гипертонической болезни	Жалобы больных
1) психическая травматизация (случаи экзаменационной, военной, полетной или госпитальной гипертензии доказывают «обязательность» более или менее выраженного и продолжительного повышения артериального давления на фоне эмоционального стресса у человека); 2) постоянная аффективная напряженность; тревога и беспокойство; 3) скрытый гнев и подавление агрессивных импульсов; борьба за получение признания и продвижения по службе; 4) повышенное чувство ответственности и боязнь не справиться с порученным делом; 5) хроническая нехватка времени; необходимость непрерывного контроля над внешними проявлениями своих чувств.	1) неприятные и мучительные ощущения в голове (давление, тяжесть, сверление, распирающие и т.д.) и в самых различных частях тела (сжатие, жжение, онемение, покалывание и т.д.); 2) головная боль, обусловленная длительным напряжением лицевой и шейной мускулатуры у лиц, вынужденных по тем или иным причинам подавлять или тщательно скрывать эмоции гнева, обиды, неприязни к кому-либо или неудовлетворенных претензий; 3) головокружение, ощущение нехватки воздуха и «дурнота», потрясающий озноб и похолодание конечностей; 4) шум или резкий свист в ушах и особенно изменение или ухудшение зрения (появление «тумана» в глазах, мелькание цветных точек, кругов и т.п.).

Статистические данные по инфаркту миокарда и инсульту, показывают, что данные заболевания в числе основных причин смертности среди возрастной группы старше 40 лет. В числе наиболее частого проявления заболеваний сердечно-сосудистой патологии - (инфаркт миокарда, кровоизлиянием в мозг, параличом) определяют страх смерти, в ряде случаев данный страх может запускать на фоне панических атак.

В результате того, что изменения в мозговых структурах могут прогрессировать, что со временем проявляется, например, в поражении сосудистой системы головного мозга, аффект будет характеризоваться монотонностью и недифференцированностью, из ипохондрических расстройств уходят повышенная эмоциональная окраска, острота, в больных будет проявляться подавленность и плаксивость.

Жалобы пациентов начинают отличаться монотонностью и единообразием (зябкость, подергивания, покалывания, спазмы, ломота, зуд конечностей). В депрессивно-ипохондрическом синдроме начинают все активнее проявляться склеротические признаки: происходит стереотипизация патологических

проявлений в психологической структуре личности пациента; мышление становится торпидным, аффект характеризуется такими качествами как монотонность, однотипность, наблюдается заикленность на негативном и отрицательных эмоциях. По мере того как происходит нарастание физической и интеллектуальной истощаемости, проявляется слабодушие, ухудшается память, на фоне прогрессирующих сосудистых изменений постепенно стирается и способность к субъективной оценке своего состояния.

Деятельность сердца находится в тесной связи с чувственной жизнью. Инфаркт миокарда - тяжелое соматическое заболевание, последствием которого является напряжение нервно-психической сферы. Перенесенный инфаркт миокарда приводит к психологической и эмоциональной дезадаптации личности. Изменения в психологической структуре личности различны. Какая-то часть является отражением и результатом осмысления и внутреннего проживания состояния, несшего угрозу жизни, субъективного опыта, в котором сконцентрировался страх как за свое здоровье, так и за свою жизнь. Одновременно с этим человек, перенесший инфаркт миокарда, находится под постоянным влиянием приступов ангиозной боли. Регулярное воздействие ангиозных приступов становится стрессогенным фактором, приводящим к изменениям в характере, и происходит формирование депрессивно-ипохондрического типа, развитию ипохондрической депрессии, ипохондрического невроза, ипохондриии и т.д. В результате человек теряет адаптивные возможности, претерпевает негативные изменения в характере, нарушается нормальное функционирование психической жизни.

В различных исследованиях приводятся данные, что в 33-80% случаев у лиц, перенесших инфаркт миокарда, наблюдаются изменения в психической деятельности. Причиной различных данных является наличие разнообразных моментов, например, часто люди, перенесшие инфаркт миокарда, сознательно скрывают имеющиеся проблемы и симптомы. Так, например, тревога констатируется у большей части больных, однако признание о ее наличии по данным отмечается только 38% пациентов. Патология в психологической сфере

(астенодепрессивные расстройства, тревожные расстройства, депрессии, расстройства ипохондрического спектра со сверхценными представлениями и «уходом в болезнь») наблюдается у 67,4% больных с постинфарктной аневризмой и 43,4% без аневризмы. У 79,3% молодых пациентов диагностируется астено-невротический синдром.

Расстройства депрессивного и ипохондрического характера возникают как ответная реакция на ангиозные боли либо непосредственно в острый период инфаркта миокарда. Такого рода расстройства отличаются ограниченностью во времени и обратимостью. Но вместе с тем они могут стать базой для развития вторичной невротической симптоматики. Притом, что физиологическое состояние больного может быть удовлетворительным, сопутствующие психологические переживания, страхи и фобии, способствуют развитию ипохондрического типа личности.

Квалификация расстройств может быть различна: кардиофобия, депрессивно-фобический синдром, сенестопатический синдром и т.д. Общим во всех случаях будет присутствие тревожной депрессии или субдепрессивных состояниях со сверхценными представлениями и «уходом в болезнь». В фоновом режиме будут присутствовать ярко выраженная неустойчивость эмоционального состояния, соматогенная астения, слабость в физическом выздоровлении. Озвучивание пациенту диагноза «инфаркт миокарда» в большинстве случаев может спровоцировать развитие реактивной депрессии, которая в свою очередь оказывать сильное влияние на течение болезни и на ее исход. По этой причине возникает вопрос о необходимости максимального снижения возможных отрицательных последствий, связанных с озвучиванием диагноза, а также о пожелании категорического запрета на «запугивание» пациента его болезнью.

Нарушение ритма сердечной деятельности у больных с диагнозом инфаркта миокарда может провоцировать у больного чувства беспомощности, печали, подавленности, безысходности и безнадежности, ощущение укороченности жизни. В таких случаях нарушение сердечного ритма порой связано не с тем, что миокард поврежден, а с присутствием психосоматических аспектов. Возникает и

нарастает напряженность невротического характера, происходят приступы острого, болезненного страха, случаются панические атаки. Таким образом, происходит превращение эмоциональных реакций в комплекс психических и физиологических черт, которые преломляются через психику, отражаются на телесном уровне и расстраивают работу сердечно-сосудистой системы. Обостренные проявления эмоций на физиологическом уровне и имеющиеся нарушения в функционировании сердечно-сосудистой системы в совокупности создают благодатную почву для развития сердечной недостаточности.

В ряде случаев, развивается артериальная гипотензия. Например, это можно наблюдать в отношении пациентов, у которых есть скрытый гнев в отношении своего диагноза, либо он отрицается пациентом, либо имеют место быть попытки «восстания» против такого «ужасного и жуткого» диагноза. Если больной не соблюдает предписанный врачом постельный режим, внезапное психомоторное возбуждение у такого больного может привести к угрозе возникновения острой аневризмы левого желудочка и разрыва миокарда. В то же время мышечная гипотония на протяжении длительного времени, проявление пациентом излишней пассивности и апатичности, отказ от необходимой физической активности (в том числе гимнастики, предписанной в лечебных целях) может спровоцировать флеботромбозы и тромбоэмболические осложнения.

На дальнейшее развитие психофизиологического состояния пациентов кроме локализации и масштаба очага некроза мышцы сердца, будет влиять интенсивность и качество эмоциональных реакций. Также о наличии маскированной депрессии может сигнализировать низкий жизненный тонус, что замедляет процесс выздоровления пациента. Депрессия, которая не диагностирована, становится тормозящим фактором, поскольку ее наличие не позволит увидеть объективную картину состояния больного, она будет мешать отслеживать динамику изменения от прохождения назначенного курса лечения и принимаемых лекарственных препаратов. Маскированная депрессия является маркером неблагоприятного прогноза в лечении пациента, перенесшего инфаркта миокарда. К тому же у таких пациентов, находящихся в депрессивном

состоянии, наблюдается ряд признаков, характерных для данного психологического заболевания, а именно неверие в эффективность лечения, угнетенное настроение, пессимизм, пассивность, апатия, отсутствие настроя на положительный результат и благоприятное течение болезни. В мимике лица читается печаль, пациенту сложно сдерживать слезы, когда затрагиваются эмоционально значимые вопросы его здоровья, перспективы выздоровления, особенности болезни и т.д. Ответы на вопросы односложные, в речи и движениях чувствуется замедленность и заторможенность. У пациентов, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, ослаблены мнемические функции, новая информация усваивается тяжело, пониженная работоспособность, как в сфере интеллектуального труда, так и физического. Больной пребывает в состоянии фрустрации и растерянности.

Негативный и мрачный прогноз дальнейших жизненных планов, возможностей, потеря смыслов, в том числе смысла жизни в остром периоде болезни приведет пациента в точку, когда прошлое ушло безвозвратно, будущего туманно, в восприятии пациента его словно нет, а условия настоящего для пациента неприемлемы, болезненны и тяжелы. Перечисленные моменты обуславливают то, что больной может воспринимать себя беспомощным, проживать чувство подвешенности и потерянности. Возможны и другие симптомы, указывающие на то, что пациент находится в депрессии: суетливость, гиперактивность, «неугомонность», которые однозначно не соответствуют состоянию больного, перенесшего инфаркт миокарда, тревожная взвинченность, напряженность.

То, что у пациента отсутствует интерес к течению болезни, перспективам в различных вопросах своей жизни, указывает также на наличие аффективных расстройств различной степени. Например, когда взаимодействие с лечащим врачом носит формальный характер, пациент не задает вопросов, демонстрирует отстраненное поведение и т.д.; либо, наоборот, имеется навязчивая потребность общаться со своим врачом, задавать большое количество вопросов о своем

состоянии, обсуждать все детали своего самочувствия, постоянно озвучивать жалобы.

Признаком аффективного расстройства может выступать «уход в болезнь», когда пациент разрабатывает расширенный комплекс мер, направленных на защиту здоровья, выстраивание жизни вокруг процесса лечения и сбережения своего организма. Противоположным признаком является «уход от болезни», где отчетливо можно видеть саморазрушение пациента: он отказывается от терапевтического лечения, грубо нарушает постельный режим, занимается физическими упражнениями, которые несопоставимы с болезнью. Если больной озлоблен, смотрит на врача не с надеждой, а с враждебностью, считает, что врач делает вид или воображает, что у пациента все хорошо, подобное поведение пациента также указывает на возможное аффективное расстройство. Также о нем может говорить подавленное и вялое состояние, высокая степень раздражительности, сварливость пациента.

Психологические трудности больных инфарктом миокарда эффективно поддаются устранению при наличии психологической реабилитации на общем фоне медикаментозного лечения.

Реабилитационный процесс пациентов, имеющих сердечно-сосудистую патологию, включает такие подсистемы, как психологическая коррекция, использование психосоциальных методов, психологическая помощь в ситуациях, которые возникают у больного по причине его болезни или инвалидизацией, а также психотерапевтическое сопровождение. Понимание психологической специфики людей с сердечно-сосудистой патологией позволяет проводить эффективные реабилитационные мероприятия, что позволяет пациенту легко и безболезненно адаптироваться к новым условиям его жизни, а также качественно взаимодействовать в социуме.

Сердечно-сосудистая патология формирует объективную социально-психологическую ситуацию. Зрелый, состоявшийся человек на момент появления болезни, имеет сформировавшуюся психологическую структуру своей личности. Когда происходит возникновение болезни и последующей

дезадаптации, а в ряде случаев инвалидность, человек теряет возможность полноценно и качественно удовлетворять свои потребности, быть вовлеченным в социальную жизнь, осуществлять профессиональный рост и т.д. Такая реакция является ответом на существенные изменения в жизнедеятельности человека, пострадавшего в результате болезни. И в этих условиях (болезни, инвалидности, дезадаптации и т.п.) обнаруживается необходимость поиска новых смыслов и способов продолжить свою жизнь.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общий дизайн, организация и основные этапы исследования

Цель исследования — на основании изучения психологических характеристик пациентов с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями определить особенности геротрансцендентности и психологические факторы, обеспечивающие оптимальное старение в условиях соматического заболевания

Для достижения поставленной нами цели были сформулированы и реализованы следующие **задачи исследования**:

1. Определить особенности временной перспективы личности, психологического благополучия, эмоционального состояния и геротрансцендентности у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК).
2. Выявить факторы оптимального старения у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) и их влияние на приверженность лечению.
3. Определить особенности временной перспективы личности, психологического благополучия, эмоционального состояния и геротрансцендентности у пациентов с инфарктом миокарда на фоне ишемической болезни сердца (ИБС с ИМ).
4. Выявить факторы оптимального старения у пациентов с инфарктом миокарда на фоне ишемической болезни сердца (ИБС с ИМ) и их влияние на приверженность лечению.
5. Определить особенности временной перспективы личности, психологического благополучия, эмоционального состояния и геротрансцендентности у пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗН).

6. Выявить факторы оптимального старения у пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗН) и их влияние на приверженность лечению.
7. Определить общие и специфические факторы оптимального старения у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, инфарктом миокарда на фоне ишемической болезни сердца и злокачественными новообразованиями в сопоставлении с нормой.

В рамках проведенного исследования нами проверялись следующие **гипотезы:**

1. Геротрансцендентность пожилых пациентов трансформируется под влиянием тяжелого соматического заболевания в зависимости от его клинических характеристик и последствий.
2. Имеются общие и специфические факторы оптимального старения в разных нозологических группах пожилых пациентов.
3. Факторы оптимального старения пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями (на примере сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований) связаны с приверженностью лечению и оказывают на нее существенное влияние.

Объектом исследования являются факторы оптимального старения в условиях тяжелого соматического заболевания.

Предметом исследования стали геротрансцендентность, временная перспектива личности, психологическое благополучие и эмоциональное состояние, как факторы оптимального старения, у пациентов пожилого возраста в условиях тяжелого соматического заболевания.

Для достижения поставленной цели, нами было принято решение обследовать пациентов с установленными диагнозами «Острые нарушения мозгового кровообращения» (I60-I69), «Злокачественное новообразование» (C50 и C67) и «Ишемическая болезнь сердца» с инфарктом миокарда (I21-I22). Данные заболевания являются наиболее частыми у людей пожилого возраста.

Также они отличаются высокой смертностью и инвалидизацией. Однако данные заболевания имеют важные отличия:

1. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Заболевание внезапное, к нему нельзя подготовиться, предугадать и, следовательно, адаптироваться. Пациенту приходится здесь и сейчас принимать то болезненное состояние, в котором он оказался и менять свою жизнь исходя из имеющихся негативных последствий.
2. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), осложненная инфарктом миокарда (ИМ). В данной группе мы рассматриваем именно тяжелую форму ишемической болезни сердца – инфаркт миокарда. Данное заболевание чаще всего развивается на основе диагноза «Ишемическая болезнь сердца», что дает пациентам время на адаптацию к своему диагнозу и его возможным последствиям. Однако некоторая часть пациентов может не знать о своем диагнозе, из-за чего сам инфаркт становится неожиданностью. В таком случае пациентам необходимо быстро адаптироваться к своему состоянию. После терапевтического вмешательства, пациенты с инфарктом постоянно погружены в свое заболевание (необходимость постоянной медикаментозной поддержки, скрининг состояний, необходимость хирургического вмешательства).
3. Злокачественные новообразования (ЗН). У пациентов есть временной промежуток между сообщением диагноза и операцией, который позволяет адаптироваться к своему состоянию, изменяющимся социальным и соматическим условиям и выработать новые, адаптивные паттерны поведения. Кроме того, в периоды ремиссии пациенты имеют возможность эмоционально и психологически «дистанцироваться» от своего заболевания. Однако, полностью дистанцироваться от него у них нет возможности (медикаментозная поддержка, посещение онкодиспансера, повторная диагностика).

Исследование проводилось в период с 2018 по 2024 гг. на базах ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России и ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».

Исследование состояло из 4-х этапов.

На *начальном этапе* исследования был осуществлён системный анализ современных теоретических и эмпирических данных, посвящённых феномену геротрансцендентности, а также роли психологических факторов, определяющих оптимальное старение у лиц пожилого и старческого возраста, имеющих тяжёлую соматическую патологию. В рамках данного этапа были концептуализированы объект и предмет исследования, уточнены исходные гипотезы, сформулированы цели и конкретизированы исследовательские задачи. Одновременно с этим была разработана и апробирована методическая программа, обеспечивающая комплексный характер исследования и позволяющая осуществить его реализацию в соответствии с поставленными научными задачами.

Второй этап заключался в составлении пакета методик для достижения поставленных целей исследования.

Третий этап проводился на базах ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» и СПб ГБУЗ «Введенская больница». На текущем этапе выполнено психодиагностическое исследование, направленное на изучение психологических факторов, способствующих оптимальному старению и геротрансцендентности у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями. В рамках исследования также был проведен анализ влияния этих факторов на уровень приверженности лечению. Кроме того, изучены особенности психологических характеристик пациентов в зависимости от специфики их соматических заболеваний.

Статистическая обработка собранных данных проводилась с использованием программного пакета IBM SPSS Statistics 20 for Windows. Для проверки значимости различий между группами применялся однофакторный

дисперсионный анализ (ANOVA), для оценки взаимосвязей между переменными использовался коэффициент корреляции Спирмена, влияние факторов на показатели изучаемых переменных анализировалось с помощью линейного регрессионного анализа, а для выделения факторов применялся факторный анализ. Результаты считались статистически значимыми при уровне значимости $p \leq 0,05$. На заключительном этапе проводилась интерпретация полученных данных с учётом их клинической и психологической значимости.

На четвертом этапе по результатам исследования были сформулированы рекомендации для повышения приверженности лечению у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях тяжелых соматических заболеваний, учитывающие этапы лечения и реабилитации, особенности восприятия своего заболевания и психологические факторы оптимального старения.

2.2. Описание выборки

Всего в исследовании приняло участие 175 человека. Из них 64 пациента с ОНМК (I60-I69) в возрасте от 60 лет, 60 пациентов с ишемической болезнью сердца с инфарктом миокарда (I21 и I22) в возрасте от 60 лет и 51 пациент со ЗН (C50 и C67) в возрасте от 60 лет. Социально-демографическое описание выборки представлено в Таблице 5.

Таблица 5

Клинические и социально-демографические характеристики
респондентов, принимавших участие в исследовании

Переменная		Пациенты с ИБС N=60 чел.	Пациенты с ОНМК N=64 чел.	Пациенты с ЗН N=51 чел.
		Кол-во (чел), частота (%)		
N (чел)		60 человека	64 человека	51 человек
Ср. возраст		70,9±9,5	67,7±6,4	67,9±8,4
Мужчины	N (чел; %)	34 человека	36 человек	28 человек
	Ср. возраст	64,8±3,3	67,0±5,3	66,1±7,2
Женщины	N (чел; %)	26 человек	28 человек	23 человека
	Ср. возраст	72,7±8,2	68,8±4,7	68,2±9,3
Количество инфарктов и инсультов в анамнезе с ОНМК и ИБС / рецидивов ЗН				
Первичный инсульт / инфаркт / новообразование (чел; %)		25 человек (42%)	37 человек (58%)	22 человек (43%)
Повторный инсульт / инфаркт / новообразование (чел; %)		35 человек (58%)	27 человек (42%)	29 человек (57%)

Давность первичного инсульта / инфаркта или постановки диагноза			
Менее 3 лет назад (чел; %)	29 человек (48%)	42 человек (66%)	30 человек (59%)
От 3 до 5 лет назад (чел; %)	14 человек (23%)	22 человек (34%)	17 человек (33%)
Более 5 лет назад (чел; %)	17 человек (28%)	0 человек (0%)	4 человека (8%)
Стадия онкологического заболевания			
Первая стадия (чел; %)	-	-	24 человека (47%)
Вторая стадия (чел; %)	-	-	27 человек (53%)
Уровень образования			
Высшее образование	26 человек (43%)	25 человек (39%)	35 человек (69%)
Среднее специальное образование	29 человек (49%)	30 человек (47%)	16 человек (31%)
Среднее образование	5 человек (8%)	9 человек (14%)	0 человек (0%)
Семейное положение			
Есть супруг / супруга	26 человек (43%)	34 человек (53%)	27 человек (53%)
Нет супруга / супруги	34 человека (57%)	30 человек (47%)	24 человека (47%)
Проживание			
Проживает один	26 человек (43%)	26 человек (41%)	14 человек (27%)
Проживает с семьей	34 человек (57%)	38 человек (59%)	37 человек (73%)
Трудоустроенность			
Работает	32 человек (53%)	30 человек (47%)	39 человек (76%)
На пенсии	28 человек (47%)	34 человека (53%)	12 человек (24%)

Критериями *включения в исследование* являлись: добровольность участие в исследовании (каждый пациент подписывал информированное согласие); возраст не младше 60 лет; отсутствие тяжелых когнитивных нарушений (по тесту МоСА не менее 24 баллов); наличие верифицированного диагноза (цереброваскулярные заболевания (I60-I69), ишемическая болезнь сердца (I21-I22), злокачественные новообразования (C50 или C67); отсутствие коморбидной психической патологии.

Критериями *невключения в исследование* были: отказ от участия в исследовании; возраст моложе 60 лет; признаки когнитивного снижения (по тесту МоСА менее 24 баллов); наличие коморбидных психических расстройств (аффективная патология, органические психические расстройства, расстройства, связанные с употреблением ПАВ).

Для определения нозологической специфичности факторов оптимального старения, все респонденты, принимавшие участие в исследовании, были разделены на три группы, в зависимости от имеющегося соматического заболевания.

2.2.1. Группа пациентов с установленным диагнозом «Острые нарушения мозгового кровообращения»

Группа больных с установленным диагнозом *«Острые нарушения мозгового кровообращения»* (I60-I69) проходила обследование и получала комплексное лечение и реабилитацию в стационаре ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России.

Каждый участник исследования предоставлял письменное информированное согласие на участие в эксперименте. Обследование проводилось в индивидуальном порядке. Интервью и заполнение психологических опросников осуществлялись в раннем восстановительном периоде (от 1 до 6 месяцев после инсульта). Средняя длительность проведения опроса составила примерно три дня, а общее время индивидуального обследования — 100–130 минут.

В исследовании приняло участие 64 пациента с ОНМК в раннем восстановительном периоде. Возраст испытуемых составил от 61 до 86 лет. Средний возраст исследуемых – $67,7 \pm 6,4$ лет. Группа состояла из 36 мужчин и 28 женщин. Группу пациентов с ОНМК пожилого возраста составили 58% пациентов с первичным инсультом и 42% - с повторным. У 66% пожилых пациентов диагноз поставлен менее 3 лет назад, а у 34% – от 3 до 5 лет назад.

Выборка отвечает критериям репрезентативности пациентов пожилого возраста с тяжелыми соматическими заболеваниями. Объем выборки и большинство коэффициентов вариативности позволяют говорить об однородности выборки и достоверности полученных результатов.

По социально-демографическим характеристикам (сохранность трудовой деятельности, наличие / отсутствие супруги / супруга, проживание с семьей или одному) выборка делить поровну, что исключат значимого влияния данной группы характеристик на результаты исследования.

2.2.2. Группа пациентов с установленным диагнозом «Ишемическая болезнь сердца»

Группа пожилых пациентов с установленным диагнозом *«Ишемическая болезнь сердца»* с инфарктом миокарда (I21 и I22) проходила медицинское и психологическое обследование и получала комплексное лечение и реабилитацию в стационаре ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова».

Все участники исследования предоставляли письменное информированное согласие на участие. Беседа и заполнение психологических опросников проводились в период стационарного этапа реабилитации. Средняя продолжительность опроса составляла около двух дней, а общее время индивидуального обследования — 90–110 минут.

В исследовании приняло участие 60 пациентов с инфарктом миокарда на фоне ишемической болезни сердца в реабилитационном периоде. Возраст испытуемых, принимавших участие в исследовании, составил от 61 до 89 лет. Средний возраст респондентов – $69,0 \pm 9,6$ лет. Группа состояла из 34 мужчин и 26 женщин.

В данную группу вошли пациенты с первичным инфарктом миокарда в анамнезе (42%) и с повторным инфарктом миокарда в анамнезе (58%). Также пациентов данной группы можно разделить по давности постановки диагноза: пациенты, которым поставили диагноз менее трех лет назад (48%), диагноз поставлен от трех до пяти лет назад (23%) и диагноз был поставлен более 5 лет назад (28%).

Выборка отвечает критериям репрезентативности пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми соматическими заболеваниями. Объем выборки и большинство коэффициентов вариативности позволяют говорить об однородности и достоверности.

По социально-демографическим характеристикам (сохранность трудовой деятельности, наличие / отсутствие супруги / супруга, проживание с семьей или

одному) выборка делить поровну, что исключат значимого влияния данной группы характеристик на результаты исследования

2.2.3. Группа пациентов с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования»

Группа обследуемых больных с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования» (C50 и C67) проходила обследование и получала комплексное лечение и реабилитацию в стационаре ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России.

Каждый пациент, принимавший участие в исследовании, подписывал информированное согласие для его прохождения. Беседа с пациентом и заполнение опросников проходило в период стационарного этапа реабилитации после хирургического вмешательства. Опрос в среднем занимал 2 дня, время проведения обследования составило 90-110 минут.

В исследовании приняло участие 51 пациент с ЗН в реабилитационном периоде. Возраст испытуемых составил от 60 до 83 лет. Средний возраст респондентов – $67,9 \pm 8,4$ лет. Группа состояла из 28 мужчин с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования мочевого пузыря» (C67) и 23 женщин с установленным диагнозом «Злокачественные новообразования молочной железы» (C50).

В данную группу вошли пациенты с установленной первой стадией заболевания (24 человека) и второй стадией заболевания (27 человек). Также респондентов данной группы можно разделить по основанию давности постановки диагноза: менее трех лет (30 человек), 3-5 лет (17 человек) и более 5 лет (4 человека). У 22 пациентов (43%) был первый случай злокачественного новообразования, у 29 человек (57%) – рецидив.

Все пациенты находились на послеоперационном этапе лечения (хирургическое вмешательство).

Выборка отвечает критериям репрезентативности пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми соматическими заболеваниями. Объем выборки и большинство коэффициентов вариативности позволяют говорить об однородности и достоверности.

2.3. Методы исследования.

В данном исследовании были использованы следующие группы методов:

1. Клинико-биографический методы (сбор анамнеза, изучение истории болезни).
2. Психодиагностические методы:
 - a. Опросник геротрансцендентных изменений (ОГИ) О.Ю. Стрижицкой.
 - b. Гериатрическая шкала депрессии GDS-30.
 - c. Шкала психологического благополучия К. Рифф.
 - d. Семантический дифференциал времени Л.И. Вассермана.
 - e. Российский универсальный опросник приверженности лечению (КОП-25).
3. **Математико-статистический метод** включал в себя математическую обработку полученных эмпирических данных. Статистическая обработка выполнялась с использованием программного пакета IBM SPSS Statistics 20 for Windows. Для оценки значимости различий между группами применялся однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), для изучения взаимосвязей между переменными использовался коэффициент корреляции Спирмена, для выявления влияния факторов на показатели применялся линейный регрессионный анализ, а для выделения структурных факторов — факторный анализ. Результаты считались статистически значимыми при уровне значимости $p \leq 0,05$.

2.3.1. Клинико-биографический метод

Клинико-биографический метод заключался в анализе истории болезни и сборе дополнительных анамнестических данных, включающих сведения о социально-демографическом статусе (семейное положение, материальное

обеспечение, уровень образования, занятость), наличии сопутствующих заболеваний, общей длительности заболевания и особенностях течения лечения

2.3.2. Психодиагностические методы исследования

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования психологические факторы оптимального старения и геротрансцендентность у пациентов пожилого и старческого возраста в условиях тяжелого соматического заболевания были исследованы геротрансцендентность, эмоциональная сфера пациентов, приверженность лечению и восприятие времени, себя и своего заболевания.

Выраженность *геротрансцендентности* исследовалась с помощью методики **«Опросник геротрансцендентных изменений»** (О.Ю. Стрижицкая). Методика предназначена для выявления уровня сформированности личностного измерения, социального измерения, генерализованного мировосприятия и геротрансцендентности в целом. Опросник состоит из 34 вопросов с четырьмя вариантами ответов («Совершенно не согласен», «Скорее не согласен», «Скорее согласен» и «Совершенно согласен»). 13 пунктов опросника соответствуют личностному измерению геротрансцендентности, 11 пунктов – социальному измерению, 10 пунктов – шкале генерализованного мировосприятия. При обработке опросника за ответ «Совершенно не согласен» дается 1 балл, за ответ «Скорее не согласен» - 2 балла, за ответ «Скорее согласен» – 3 балла и за ответ «Совершенно согласен» - 4 балла. Прилученные баллы суммируются, давая представление о выраженности имеющихся измерений. Сумма всех баллов дает результат по общему уровню геротрансцендентности.

По результатам исследования оценивается выраженность геротрансцендентности и ее шкал. Для каждой шкалы были выявлены свои нормативные показатели:

- «Личностное измерение»
 - 0-36 баллов – низкая выраженность признака.
 - 37-42 баллов – средняя выраженность признака.

- 43-52 балла – высокая выраженность признака.
- «Социальное измерение»
 - 0-32 балла – низкая выраженность признака.
 - 33-38 баллов – средняя выраженность признака.
 - 39-44 балла – высокая выраженность признака.
- «Генерализованное мировосприятие»
 - 0-28 баллов – низкая выраженность признака.
 - 29-34 балла – средняя выраженность признака.
 - 35 – 41 балл – высокая выраженность признака.
- Геротрансцендентность
 - 0-98 баллов – низкая выраженность признака.
 - 99-112 баллов – средняя выраженность признака.
 - 113-136 баллов – высокая выраженность признака.

Эмоциональная сфера пациентов оценивалась с помощью методики **«Гериатрическая шкала депрессии»** (Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., et al). Методика «Гериатрическая шкала депрессии» предназначена для самооценки психоэмоционального состояния и состоит из 30 вопросов, на которые необходимо отвечать «да» или «нет». Вопросы оцениваются в 1 балл при положительном ответе и в 0 баллов при отрицательном. Максимальное количество баллов 30. Степень тяжести депрессии по баллам: до 10 баллов – отсутствие депрессивного синдрома, 11-20 баллов – легкая степень депрессивного нарушения, 20-30 баллов – выраженная депрессия.

Психологическое благополучие измерялось опросником **«Шкала психологического благополучия»** К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой и П.П. Фесенко. Опросник состоит из 84 пунктов и включает 6 шкал («Позитивные отношения с другими», «Автономия», «Управление средой», «Личностный рост», «Цель в жизни», «Самопринятие») и интегральный показатель. На каждый пункт имеется 6 вариантов ответов: «Абсолютно не согласен» (1 балл), «Не согласен» (2 балла), «Скорее согласен» (3 балла), «Скорее согласен» (4 балла), «Согласен» (5 баллов), «Абсолютно согласен» (6 баллов). Часть утверждений

являются прямыми, часть обратными (обратное распределение баллов за ответ). Нормативные значения по шкалам представлены в таблице 6.

Таблица 6

Нормативные значения по шкале «Психологическое благополучие»

	Для мужчин	Для женщин
Позитивное отношение	54	58
Автономия	57	57
Управление средой	56	59
Личностный рост	58	63
Цели в жизни	58	59
Самопринятие	52	57
Психологическое благополучие	336	351

Приверженность пациентов лечению измерялась с помощью **Российского универсального опросника количественной оценки приверженности лечению (КОП-25)** Николаевой Н.А. и Скирденко Ю.П. Опросник состоит из 25 вопросов с шестью вариантами ответов: «Совершенно не важно» (0 баллов), «Почти не важно» (1 балл), «Скорее не важно, чем важно» (3 балла), «Скорее важно, чем не важно» (4 балла), «Достаточно важно» (5 баллов) и «Очень важно» (6 баллов). Опросник включает 6 шкал: «Важность лекарственной терапии», «Важность медицинского сопровождения», «Важность модификации образа жизни», «Готовность к лекарственной терапии», «Готовность к медицинскому сопровождению», «Готовность к модификации образа жизни».

Математическая обработка позволяет выявить общий уровень приверженности лечению в процентах. Показатель менее 50% говорит о низком уровне приверженности, 51-75% - средний уровень приверженности лечению, более 76% - высокий уровень приверженности лечению.

Субъективное восприятие временной перспективы пациентов изучалось с использованием методики **«Семантический дифференциал времени»** Л.И. Вассермана. Данный инструмент предназначен для анализа когнитивных и эмоциональных процессов, связанных с восприятием личного жизненного времени. Методика предлагает ряд прилагательных, позволяющих испытуемым

выразить свои эмоциональные реакции и сформировать субъективные представления о прошлом, настоящем и будущем.

Восприятие времени всей жизни имеет важное значение для исследователей, так как восприятие прошлого, настоящего и будущего неизменно присутствуют в жизни каждого человека и тесно связаны с его физическим существованием, с ограниченной продолжительностью жизни в целом и эмоциональным отношением к различным ее этапам. Любые негативные изменения эмоционального компонента могут приводить к изменению восприятия и оценки времени.

Методика «Семантический дифференциал времени» (СДВ) содержит 25 полярных прилагательных, на основе которых авторами было выделено **5 шкал**:

- **Активность времени (AB)** отражает преимущественно динамические характеристики психологического времени и оценивается через прилагательные, такие как «активное–пассивное», «напряжённое–расслабленное», «стремительное–застывшее», «плотное–пустое», «изменчивое–постоянное».
- **Эмоциональная окраска времени (ЭВ).** Отражает аффективные характеристики психологического времени и оценивается через прилагательные, такие как «радостное – печальное», «яркое – тусклое», «спокойное – тревожное», «цветное – серое», «светлое – темное».
- **Величина времени (BV).** Данный фактор отражает сложные характеристики психологического времени, которые определяются такими эпитетами как «длительное – мгновенное», «большое – маленькое», «объемное – плоское», «широкое – узкое», «глубокое – мелкое».
- **Структура времени (СВ).** Отражает характеристики психологического времени, которые определяются такими эпитетами как «понятное – непонятное», «неделимое – делимое», «непрерывное – прерывное», «обратимое – необратимое», «ритмичное – неритмичное».

- **Ощущаемость времени (ОВ).** Отражает сложные характеристики психологического времени, которые определяются такими эпитетами как «близкое – далекое», «реальное – кажущееся», «общее – частное», «ощущаемое – неощущаемое», «открытое – замкнутое».

На каждой шкале полярные позиции выражены антонимичными прилагательными, метафорически описывающими различные аспекты времени. Использование этих шкал позволяет оценить индивидуальные особенности восприятия и переживания личностью временной перспективы собственной жизни.

При выполнении данной методики, испытуемый подчеркивает то прилагательное, которое соответствует в данный момент его ощущению времени. Так же испытуемый отмечает выраженность названного свойства времени:

- «1» - незначительная
- «2» - умеренная
- «3» - значительная.

Показатели по данной методики могут варьировать от -15 до +15 баллов. Для того, чтобы уйти от отрицательных значения в статистической обработке материала, мы сдвинули показатели в промежуток от 0 до +30.

2.3.3. Математико-статистический метод

Полученные эмпирические данные были обработаны с применением стандартных методов математической статистики в пакете IBM SPSS Statistics 20 for Windows.

Для анализа количественных показателей использовался частотный анализ, а также рассчитывались средние значения и ошибки среднего. Сравнение средних величин между исследуемыми группами проводилось с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) для определения статистической значимости различий. Взаимосвязи между переменными изучались с использованием корреляционного анализа на основе коэффициента

корреляции Спирмена. Факторный анализ применялся для выявления ключевых факторов, определяющих оптимальное старение в условиях тяжёлого соматического заболевания. Линейный регрессионный анализ использовался для оценки степени влияния переменных друг на друга.

Выявленные связи и различия считались достоверными при достижении уровня статистической значимости $p \leq 0,05$.

Полученные результаты статистического анализа оформлялись в табличном и графическом виде.

2.4. Резюме по главе

Для проверки выдвинутых гипотез было проведено эмпирическое исследование 175 лиц, 64 из которых имели установленный диагноз «Острые нарушения мозгового кровообращения», 60 имели установленный диагноз «Ишемическая болезнь сердца» и 51 имели установленный диагноз «Злокачественное новообразование».

Основными методами исследования являлись клинико-биографические, психодиагностические и математико-статистические методы. Методический комплекс включал в себя опросники, направленные на диагностику эмоциональной сферы (GDS-30), психологического благополучия («Опросник психологического благополучия» К. Рифф), приверженности лечению (КОП-25), восприятия временной перспективы своей жизни («Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассерман и геротрансцендентности (ОГИ). Математико-статистические методы включают в себя критерий Колмогорова-Смирнова, однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, коэффициент корреляции Спирмена, факторный анализ и линейную регрессию.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Оптимальное старения и геротрансцендентность в условиях острого нарушения мозгового кровообращения

3.1.1. Социально-демографические, клинические и психологические характеристики пожилых пациентов с установленным диагнозом ОНМК

В группу пациентов с установленным диагнозом «Острые нарушения мозгового кровообращения» вошло 64 человека с ишемическим инсультом. Были изучены клинические характеристики пациентов (количество инсультов в анамнезе, тип и тяжесть нарушения) и социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование, трудовая деятельность, семейный статус, проживание).

Основная информация по данной группе пациентов представлена в таблице 7.

Социально-демографические показатели: наличие высшего и среднего специального образования (39% и 47% соотв.), наличие супруга / супруги (53%), проживание с семьей (59%) и мужской пол (59%). Средний возраст в группе составил $67,7 \pm 6,4$ лет; 47% в группе продолжали трудовую деятельность до инсульта, 53% находились на пенсии.

Клинические характеристики: установлено, что в данной группе преобладали первичный инсульт (58%) и речевые нарушения по типу дизартрий (42%). При этом среди двигательных нарушений преобладали монопарезы (13%).

Описание выборки пожилых пациентов с ОНМК

Пациенты пожилого возраста с ОНМК		
N (чел)		64 человека
Ср. возраст		67,7±6,4
Мужчины	N (чел; %)	36 человек (59%)
	Ср. возраст	67,0±5,3
Женщины	N (чел; %)	28 человек (41%)
	Ср. возраст	68,8±4,7
Количество инсультов в анамнезе у пожилых пациентов с ОНМК		
Первичный инсульт (чел; %)		37 человек (58%)
Повторный инсульт (чел; %)		27 человек (42%)
Тяжесть нарушения у пациентов с ОНМК		
<i>Речевые нарушения (27 человек; 42%)</i>		
Дизартрия (чел; %)		27 человека (42%)
<i>Двигательные нарушения (20 человек; 31%)</i>		
Монопарез (чел; %)		8 человек (13%)
Гемипарез (чел; %)		6 человека (9%)
Тетрапарез (чел; %)		6 человека (9%)
<i>Комбинированные нарушения (17 человек; 27%)</i>		
Двигательные + речевые нарушения (чел; %)		17 человек (27%)
Уровень образования пожилых пациентов с ОНМК		
Высшее образование		25 человек (39%)
Среднее специальное образование		30 человек (47%)
Среднее образование		9 человек (14%)
Семейное положение пожилых пациентов с ОНМК		
Есть супруг / супруга		34 человек (53%)
Нет супруга / супруги		30 человек (47%)
Проживание пожилых пациентов с ОНМК		
Проживает один		26 человек (41%)
Проживает с семьей		38 человек (59%)
Трудоустроенность пожилых пациентов с ОНМК		
Работает		30 человек (47%)
На пенсии		34 человека (53%)

По данным исследований проф. О.Ю. Стрижицкой, посвящённых геротрансцендентности и процессам старения, концепция «оптимального старения» включает сохранность аффективной сферы (отсутствие депрессивных проявлений), соответствие нормативным показателям психологического благополучия и его компонентов, а также нормативные показатели субъективного восприятия временной перспективы собственной жизни. Для

оценки указанных параметров оптимального старения были изучены средние показатели по выборке в сравнении с нормативными данными с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты анализа представлены в таблице 8.

Таблица 8

Средние показатели психологических характеристик пожилых пациентов с ОНМК в сравнении с нормативными показателями

Психологические характеристики	Все пациенты с ОНМК N=64 чел	Норма	Уровень значимости, <i>p</i>
	M±SD		
Гериатрическая шкала депрессии («GDS-30»)			
<i>Депрессия</i>	13,5±6,6	≤9	0,001
Шкала психологического благополучия (К. Рифф)			
Позитивные отношения с другими	56,2±11,5	≥57	-
<i>Автономия</i>	56,6±9,2	≥52	0,008
Управление средой	56,3±10,2	≥55	-
<i>Личностный рост</i>	51,8±10,3	≥56	0,030
Цели в жизни	56,8±10,3	≥58	-
Самопринятие	54,6±10,8	≥53	-
Психологическое благополучие (интегративный показатель)	332,1±50,0	≥335	-
Семантический дифференциал времени («СДВ»)			
<i>Восприятие прошлого времени</i>	20,6±3,0	≥16	0,000
Восприятие настоящего времени	17,1±4,3	≥16	-
<i>Восприятие будущего времени</i>	18,3±4,9	≥16	0,012
Опросник оценки приверженности лечению («КОП-25»)			
<i>Приверженность лечению</i>	44,6±15,0	≥51	0,000

У пожилых пациентов с ОНМК в раннем восстановительном периоде (1-2 месяца после инсульта) все психологические характеристики соответствуют нормативным, за исключением показателей выраженности депрессивных проявлений. Средние показатели депрессии равны 13,5 баллам (при норме меньше 9), что говорит о легкой и умеренной степени их выраженности у пациентов данной нозологической группы.

Показатель *личностного роста* (шкала психологического благополучия) статистически ниже нормативных, что говорит о субъективном ощущении пациентами невозможности дальнейшего развития и самореализации, что, по

нашему мнению, связано с последствиями сосудистой катастрофы и необходимостью восстановления утраченных в связи с ней функций.

Временная перспектива пожилых пациентов с ОНМК характеризуется статистически значимыми различиями удовлетворенности каждым временным периодом. Результаты представлены в табл. 9.

Таблица 9

Результаты ANOVA

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	199,341	2	99,670	5,701	0,005
Внутри групп	1625,913	93	17,483		
Всего	1825,253	95			

Графическое представление средних значений восприятия временной перспективы представлено на рисунке 4.

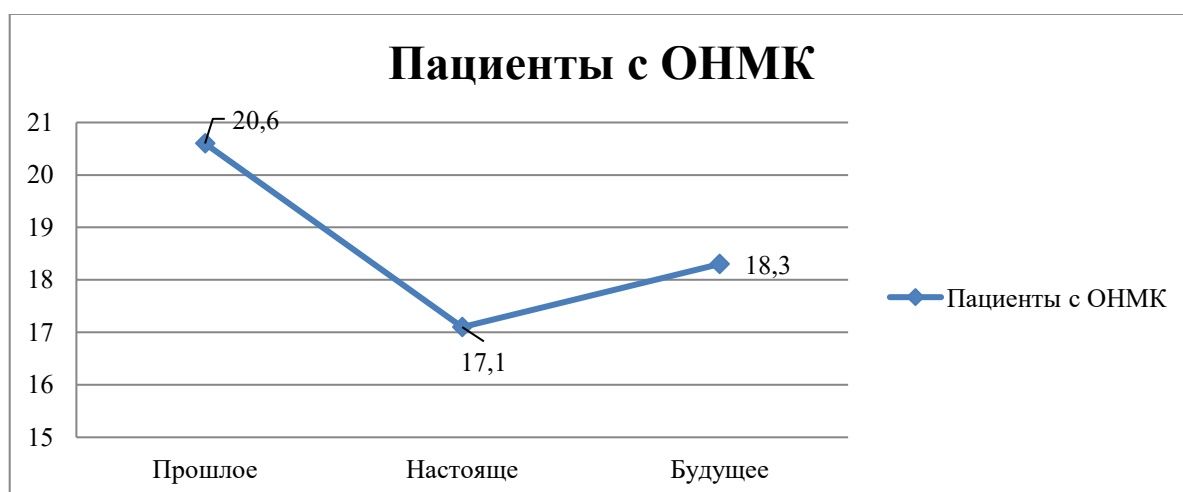


Рис. 4. Сравнение средних в восприятии прошлого настоящего и будущего

Установлено, что у пациентов с ОНМК восприятие прошлого статистически оптимистичнее, чем восприятие настоящего и будущего времени. Восприятие будущего статистически более положительное, чем настоящее, но не достигает уровня отношения к прошлому.

Т.о., в нашем исследовании для пациентов пожилого возраста с ОНМК было характерно преобладание высшего образования, наличие супруга и проживание в семье, мужской пол, первичный инсульт, дизартрии как следствие

ОНМК, ощущение невозможности дальнейшего развития и самореализации, наличие депрессивных проявлений легкой степени выраженности и восприятие настоящего и будущего хуже, чем прошлого времени, что говорит о субъективном ощущении невозможности возвращения к предыдущему уровню жизни.

Для изучения геротрансцендентности и ее компонентов был использован опросник геротрансцендентных измерений (О.Ю. Стрижицкой). Средние показатели по выборке и нормативные показатели геротрансцендентности были определены О.Ю. Стрижицкой и отражены в таблице 10.

Таблица 10

Показатели геротрансцендентности и ее компонентов у пожилых пациентов с ОНМК и их сравнение с нормативными показателями

Психологические характеристики	Все пациенты с ОНМК N=64 чел	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
	M±SD			
Личностное измерение	40,3±4,9	0-35	36-41	42-52
Социальное измерение	33,9±5,1	0-31	32-36	37-44
Генерализованное мировосприятия	30,5±4,2	0-27	28-33	34-40
Геротрансцендентность (интегративный показатель)	104,7±11,0	0-96	97-109	110-136

*Жирным шрифтом выделена нормативная группа, к которой относятся полученные по выборке результаты

Исследование показало, что для пожилых пациентов с ОНМК характерна *средняя* степень сформированности геротрансцендентности и всех ее компонентов.

3.1.2. Взаимосвязь компонентов оптимального старения, клинических характеристик и приверженности лечению в группе пациентов с ОНМК

Одной из задач нашего исследования являлось изучение взаимосвязей между социально-демографическими характеристиками, клиническими параметрами, компонентами оптимального старения и приверженностью лечению у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Для анализа этих взаимосвязей применялся корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена.

Согласно данным исследований проф. О.Ю. Стрижицкой, у условно здоровой выборки пожилых людей все компоненты оптимального старения демонстрируют устойчивые прямые корреляции между собой. На основании этого мы предполагаем, что у пациентов с ОНМК возможны изменения во взаимосвязях между указанными компонентами оптимального старения.

Результаты корреляционного анализа представлены на рисунке 5.

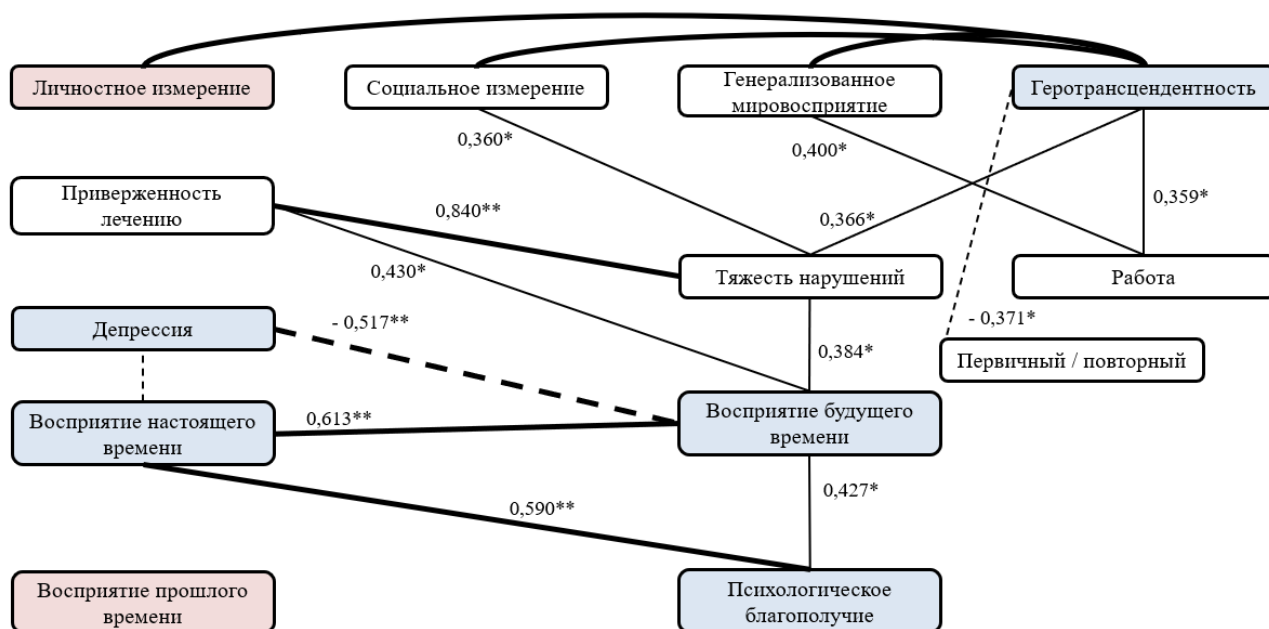


Рис. 5. Результаты корреляционного анализа (корреляционная плеяда) компонентов оптимального старения, клинических характеристик и социально-демографических характеристик

Установлено, что высокий интегративный показатель геротрансцендентности связан с сохранностью трудовой деятельности,

выраженной тяжестью соматических нарушений после перенесенного инсульта и первым столкновением с данной нозологической патологией.

Сохранность трудовой деятельности связана как с интегративным показателем геротрансцендентности, так и с генерализованным мировосприятием пациентов с ОНМК. Т.о., изменение мировоззрения пациентов с ОНМК, взаимосвязано с сохранением / продолжение профессионального развития.

Выраженная тяжесть нарушений после перенесенного инсульта связаны с интегративным показателем геротрансцендентности за счет социального измерения (компонент геротрансцендентности). Мы предполагаем, что данная связь объясняется тем, что с увеличением тяжести нарушений увеличивается количество социальной поддержки и взаимодействия (родственники / друзья / медицинский персонал).

Единственный компонент геротрансцендентности, который не связан с другими изучаемыми характеристиками – личностное измерение. Мы предполагаем, что данный компонент является наиболее устойчивым у пациентов с ОНМК, не изменяясь под влиянием внутренних и внешних изменений.

Не обнаружено взаимосвязей геротрансцендентности или ее компонентов с показателями приверженности лечению.

Выявлена связь тяжести нарушений с приверженностью лечению и восприятием будущего времени. Приверженность лечению и восприятие будущего также связаны между собой. Т.о., чем интенсивнее выраженность соматических нарушений, тем выше приверженность лечению и положительнее восприятие будущего времени жизни пациентов. Мы предполагаем, что центральным элементом в данных взаимосвязях является приверженность лечению (соблюдение рекомендаций, участие в реабилитационных мероприятиях), которая повышается с увеличением тяжести последствий инфаркта мозга. Включение пациентов в реабилитационные мероприятия формирует надежду на положительное будущее.

Статистически значимых связей между геротрансцендентностью и другими факторами оптимального старения выявлено не было. Однако установлена опосредованная взаимосвязь через показатель выраженности тяжести нарушения. Остальные компоненты (кроме восприятия прошлого времени) взаимосвязаны друг с другом.

Т.о., в структуре оптимального старения пациентов с ОНМК обнаружены отличия от условно здоровой выборки. Установлено, что геротрансцендентность в первую очередь связана с клиническими характеристиками (тяжесть нарушений после инфаркта мозга и первичность / повторность инфаркта мозга) и социально-демографическими характеристиками (сохранность трудовой деятельности). С остальными компонентами оптимального старения геротрансцендентность связана только через выраженность тяжести нарушений. Личностное измерение (компонент геротрансцендентности) и восприятие прошлого времени не имеют связей с изучаемыми характеристиками, что делает их менее чувствительными к изменению в условиях ОНМК.

3.1.3. Факторы оптимального старения в условиях ОНМК

Поскольку к факторам оптимального старения по классификации О.Ю. Стрижицкой относятся психологическое благополучие, восприятие временной перспективы, отсутствие депрессии и геротрансцендентность, одной из задач исследования стало выявление факторов оптимального старения в условиях заболевания. Для этого был проведён факторный анализ социально-демографических, психологических и клинических характеристик пациентов пожилого возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Результаты факторного анализа с помощью метода главных компонентов с варимакс вращением представлены в таблице 11. Данный критерий корректен для применения на данной выборке, т.к. КМО (Мера выборочной адекватности Кайзера–Майера–Олкина) равна 0,578.

Таблица 11

Результаты оценки собственных значений выделенных главных компонентов

	Собственные значения	Процент от общей дисперсии	Накопленный процент от общей дисперсии
1.	5,519	19,030	19,030
2.	4,765	16,431	35,461
3.	3,206	11,057	46,518
4.	2,544	8,774	55,292
5.	2,039	7,030	62,322

Полученная факторная структура после варимакс-вращения представлена в таблице 12.

Таблица 12

Факторная структура характеристик после варимакс-вращения

Изучаемые характеристики	Факторные нагрузки				
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Управление средой	,859			,259	
Самопринятие	,839			,158	-,128
Личностный рост	,792			-,180	
Положительное отношение	,712	,104	,349	,142	
Цели в жизни	,674	,278	,309		
Величина Настоящего	,662	,393		,145	,291
Ощущаемость Настоящего	,620	,297	,200	,189	,180
Структурированность Настоящего	,579	,405	,323		
Возраст	,418	-,133		-,137	-,160
Активность Будущего		,885		,120	
Величина Будущего		,854	-,196		
Структурированность Будущего	,203	,776			,177
Эмоциональность Будущего	,287	,741			,154
Депрессия	-,122	-,661	-,316	-,182	,246
Эмоциональность Настоящего	,513	,577	-,163		
Активность Прошлого			,830	,118	
Величина Прошлого			,806		,181
Ощущаемость Прошлого	,320		,656	-,198	
Эмоциональность Прошлого		-,278	,576	-,279	,343
Пол (1 – женщины, 2 – мужчины)	-,215	,338	,421		-,388
Ощущаемость Будущего	,329	,343	,361	,187	,280
Социальное Измерение	,168			,704	,123
Личностное Измерение		,218		,698	
Генерализованное Мировосприятие		,174	,398	,653	,174
Тяжесть нарушения	-,119		-,123	,622	-,182

Первичный или вторичный	-,337	,233	,131	-,522	-,146
Структурированность Прошлого	-,353	,114	,156		,792
Активность Настоящего		,534	,154		,610
Автономия	,451	,247			,499
Вес фактора	19,030	16,431	11,057	8,774	7,030

Интерпретация выделенных факторов:

Фактор 1 (информативность 19%). *«Психологическое благополучие, связанное с оценкой контролируемости настоящего»*. В данный фактор вошли все шкалы методики «Психологическое благополучие» К. Рифф, а также показатели величины, ощущаемости, структурированности текущего времени жизни и возраст участников. У пациентов с ОНМК одним из ключевых компонентов психологического благополучия является восприятие настоящего как значимого этапа их жизни. При этом выраженность этого фактора особенно характерна для лиц более старшего возраста. Для более молодого возраста пациентов характерна негативная оценка настоящего и низкое психологическое благополучие. Т.о., данный фактор отражает субъективную оценку психологического благополучия на основе восприятия актуальной жизненной ситуации.

Фактор 2 (информативность 16%). *«Положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность»*. В данный фактор легли шкалы восприятия будущего (активность, величина, структурированность, эмоциональность), депрессия (со знаком «—», т.е. отсутствие депрессивной симптоматики) и эмоциональность (наполненность положительными эмоциями) настоящего. Данный фактор отражает положительное восприятие будущего времени при отсутствии негативной эмоциональной симптоматики в настоящем.

Фактор 3 (информативность 11%). *«Положительная оценка прошлого»*. В состав данного фактора вошли шкалы восприятия прошлого времени (ощущаемость, величина, эмоциональность, активность), ощущаемость будущего (достижимость) и пол участников (с положительной нагрузкой, указывающей на преобладание мужчин). Этот фактор отражает восприятие

прошлых периодов жизни: мужчины оценивают своё прошлое преимущественно положительно, тогда как женщины демонстрируют более негативную оценку.

Фактор 4 (информативность 9%). *«Первое столкновение с соматической патологией»*. В данный фактор вошли все шкалы геротрансцендентности и клинические характеристики: тяжесть нарушений и первичность / повторность инфаркта ГМ (со знаком «-», т.е. первое столкновение с болезнью). Данный фактор отражает связь геротрансцендентности с тяжестью нарушений после первичного инсульта, т.е. отражен процесс личностного переосмысления и трансформации жизненных целей и смыслов пациентов при столкновении с тяжелыми последствиями инфаркта головного мозга.

Фактор 5 (информативность 7%). *«Самостоятельность / независимость»*. В данный фактор вошли восприятие структурированности прошлого, восприятие активности настоящего и автономия. Данный фактор отражает связь субъективной оценки активности своего настоящего и прошлого с уровнем автономии, т.е. возможностью самостоятельно организовывать и структурировать свою жизнь, без посторонней помощи удовлетворять свои потребности.

Таким образом, было установлено, что часть факторов оптимального старения при тяжёлых соматических заболеваниях (на примере ОНМК) совпадает с выявленными факторами у условно здоровой пожилой выборки: «психологическое благополучие, связанное с восприятием настоящего», «положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность» и «положительная оценка прошлого». Вместе с тем, у пациентов с ОНМК были выявлены новые специфические факторы: «первое столкновение с соматической патологией» и «самостоятельность/независимость».

3.1.4. Влияние факторов оптимального старения пациентов с ОНМК на приверженность лечению

Для оценки степени воздействия выявленных нами факторов на приверженность лечению пациентов с ОНМК был применён регрессионный анализ. Результаты представлены в таблице 13.

Таблица 13

Влияние факторов оптимального старения в условиях ОНМК на приверженность лечению

Показатель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	Т	Значимость
	В	Ст. ошибка	Бета		
Константа	44,563	2,4622		18,097	0,001
Психологическое благополучие, связанное с оценкой настоящего	-1,628	2,477	-0,109	-0,657	0,517
Положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность	5,387	2,477	0,359	2,175	0,039
Положительная оценка прошлого	-0,105	2,477	-0,007	-0,043	0,966
Первое столкновение с соматической патологией	-1,029	2,477	-0,069	-0,415	0,681
Самостоятельность / независимость	5,681	2,477	0,379	2,293	0,030
R=0,538; R-квадрат = 0,289; скорректированный R-квадрат =0,153 Стандартная ошибка оценки = 13,8 F=2,119; p≤0,045					

Выявленные факторы оптимального старения пациентов с ОНМК определяют приверженность лечению лишь на 29%, что делает их незначимыми предикторами мотивации к лечению у пациентов данной нозологической группы. Установлено, что факторами, оказывающими влияние на приверженность лечению, являются «Положительная оценка будущего и

эмоциональная стабильность» (5,387) и «Самостоятельность / независимость» (5,681).

Т.о., наиболее значимыми реабилитационными мишенями для психологической работы с пациентами с ОНМК являются: работа с эмоциональной сферой пациентов, нормализация их представлений о будущем и формирование самостоятельности и автономии в решении бытовых проблем и в повседневной активности.

Установлена взаимосвязь приверженности лечению и тяжести соматических нарушений у пациентов с ОНМК, следовательно, именно клинические последствия инфаркта ГМ являются ведущим фактором, оказывающим влияние на приверженность лечению. С помощью линейного регрессионного анализа получена формула регрессии, показывающая, что тяжесть нарушений определяет приверженность лечению на 71%:

$$\text{Приверженность лечению} = 22,097 + 15,533 \text{ Тяжесть нарушений.}$$

Таким образом, приверженность лечению у пожилых пациентов, переживших ОНМК, определяется, прежде всего, тяжестью имеющихся нарушений. Такие факторы оптимального старения, как «Положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность» и «Самостоятельность / независимость», вносят статистически значимый вклад в приверженность лечению, что также необходимо учитывать в реабилитационной работе.

3.2. Оптимальное старения и геротрансцендентность в условиях ишемической болезни сердца (ИБС)

3.2.1. Социально-демографические, клинические и психологические характеристики пожилых пациентов с установленным диагнозом ИБС

В группе пациентов с диагнозом «Ишемическая болезнь сердца» с инфарктом миокарда (I20 и I21) были изучены клинические характеристики (количество инфарктов миокарда в анамнезе, давность первого эпизода) и социально-демографические показатели (пол, возраст, уровень образования, трудовая занятость, семейное положение, условия проживания). Основные данные по данной группе представлены в таблице 14.

По социально-демографическим характеристикам большинство пожилых пациентов с ИБС имели высшее образование (43%), проживали совместно с семьёй (57%) и были мужчины (57%). Средний возраст участников составил $70,9 \pm 9,5$ лет. На момент исследования 53% продолжали трудовую деятельность (47% пациентов на пенсии).

Анализ клинических характеристик показал, что в группе пациентов с ИБС преобладали повторные инфаркты миокарда (58%), при этом у большинства участников (71%) первый эпизод заболевания имел место в течение последних пяти лет.

Таблица 14

Описание выборки пожилых пациентов с ИБС

Пациенты пожилого возраста с ИБС		
N (чел)		60 человека
Ср. возраст		$70,9 \pm 9,5$
Мужчины	N (чел; %)	34 человека (57%)
	Ср. возраст	$64,8 \pm 3,3$
Женщины	N (чел; %)	26 человек (43%)
	Ср. возраст	$72,7 \pm 8,2$
Количество инсультов в анамнезе у пожилых пациентов с ИБС		
Первичный инфаркт (чел; %)		25 человек (42%)
Повторный инфаркт (чел; %)		35 человек (58%)
Давность первичного инфаркта у пациентов с ИБС		
Менее 3 лет назад (чел; %)		29 человек (48%)

От 3 до 5 лет назад (чел; %)	14 человек (23%)
Более 5 лет назад (чел; %)	17 человек (28%)
Уровень образования пожилых пациентов с ИБС	
Высшее образование	26 человек (43%)
Среднее специальное образование	29 человек (49%)
Среднее образование	5 человек (8%)
Семейное положение пожилых пациентов с ИБС	
Есть супруг / супруга	26 человек (43%)
Нет супруга / супруги	34 человек (57%)
Проживание пожилых пациентов с ИБС	
Проживает один	26 человек (43%)
Проживает с семьей	34 человек (57%)
Трудоустроенность пожилых пациентов с ИБС	
Работает	32 человек (53%)
На пенсии	28 человека (47%)

Для изучения компонентов «оптимального старения» в условиях тяжёлого соматического заболевания проводилось сравнение средних показателей выборки с нормативными данными с использованием t-критерия Стьюдента. Результаты анализа представлены в таблице 15.

Анализ данных таблицы 15 показывает, что у лиц пожилого возраста, проходящих второй этап реабилитации после перенесённого инфаркта миокарда, сохраняется достаточно высокий уровень субъективного ощущения психологического благополучия, несмотря на функциональные ограничения, обусловленные заболеванием. Пациенты продолжают демонстрировать положительную самооценку в отношении автономности и независимости, способности к контролю над внешней средой, включающей повседневную бытовую активность, возможность самостоятельного передвижения и пользования транспортом, а также социальную вовлечённость и коммуникативную активность. Наименее благоприятным показателем оказалось «осознание жизненных целей», что можно объяснить как снижением ресурсных возможностей здоровья, так и осознанием вероятности рецидива сердечно-сосудистых осложнений. Вместе с тем субъективная оценка временной перспективы остаётся достаточно позитивной: наиболее выраженными являются показатели, связанные с восприятием будущего времени ($p < 0,000$).

Таблица 15

Средние показатели психологических характеристик пожилых пациентов с ИБС в сравнении с нормативными показателями

Психологические характеристики	Все пациенты с ИБС N=60 чел	Норма	Уровень значимости, <i>p</i>
	M±SD		
Гериатрическая шкала депрессии («GDS-30»)			
Депрессия	9,7±6,1	≤9	-
Шкала психологического благополучия (К. Рифф)			
Позитивные отношения с другими	59,5±8,5	≥57	-
Автономия	57,1±7,2	≥52	0,000
Управление средой	58,8±7,8	≥55	0,003
Личностный рост	55,4±7,1	≥56	-
Цели в жизни	54,9±9,8	≥58	0,050
Самопринятие	56,3±8,9	≥53	0,024
Психологическое благополучие (интегративный показатель)	342,1±39,6	≥335	0,000
Семантический дифференциал времени («СДВ»)			
Восприятие прошлого времени	21,6±4,3	≥16	0,000
Восприятие настоящего времени	18,9±4,4	≥16	0,000
Восприятие будущего времени	23,5±2,9	≥16	0,000
Опросник оценки приверженности лечению («КОП-25»)			
Приверженность лечению	39,0±11,9	≥51	0,000

Проведённый однофакторный дисперсионный анализ показал, что у пациентов с ишемической болезнью сердца будущее оценивается значительно более оптимистично по сравнению с прошлым и настоящим. Результаты представлены в табл. 16.

Таблица 16

Результаты ANOVA

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Между группами	399,731	2	199,865	12,799	0,001
Внутри групп	1826,988	117	15,615		
Всего	2226,719	119			

Графическое представление средних значений восприятия временной перспективы представлено на рисунке 6.

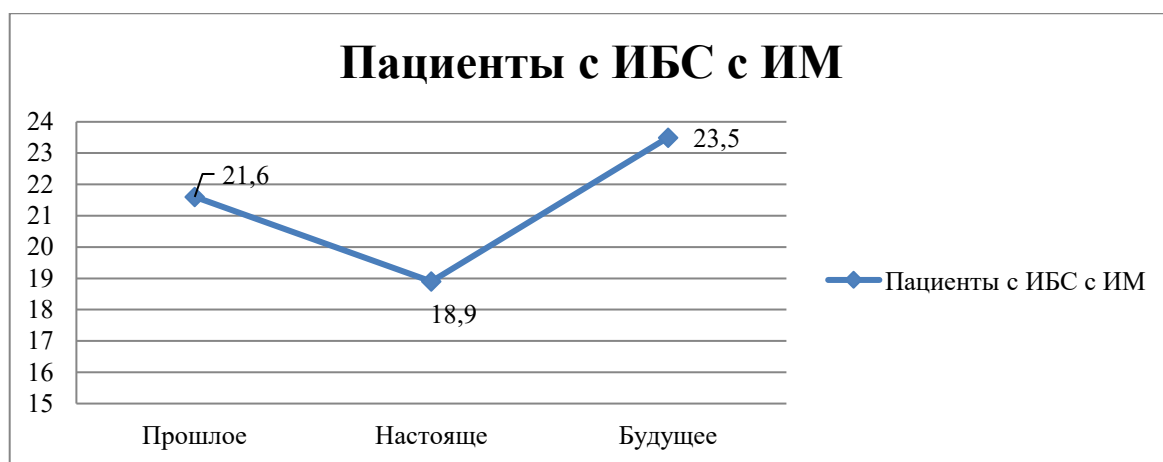


Рис. 6. Сравнение средних в восприятии прошлого настоящего и будущего

Эмоциональное состояние пациентов не выявляло признаков клинически выраженной депрессии и соответствовало нормативным показателям. В то же время у пациентов выявлен недостаточный уровень *приверженности терапевтическим назначениям*: средний показатель составил 39 баллов при нормативных значениях, начинающихся с 51 балла. Это указывает на выраженные трудности в соблюдении медицинских предписаний и свидетельствует о сниженной мотивации к лечению в подостром периоде инфаркта миокарда. Подобная ситуация повышает вероятность повторных кардиологических событий и усложняет процесс восстановления. Можно предположить, что недостаточная приверженность во многом обусловлена особенностями *временной перспективы*: чрезмерно оптимистичное восприятие будущего формирует у пациентов искажённое, не вполне реалистичное представление о собственных возможностях и состоянии здоровья. В результате внутренний контроль над заболеванием ослабевает, что снижает готовность к коррективке образа жизни и систематическому выполнению врачебных рекомендаций.

Результаты изучения геротрансцендентности в данной выборке представлены в таблице 17. Средние показатели по выборке и нормативные показатели геротрансцендентности были определены О.Ю. Стрижицкой.

Показатели геротрансцендентности и ее компонентов у пожилых пациентов с ИБС и их сравнение с нормативными показателями

Психологические характеристики	Все пациенты с ИБС N=60 чел	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
	M±SD			
Личностное измерение	33,2±5,6	0-35	36-41	42-52
Социальное измерение	29,1±6,6	0-31	32-36	37-44
Генерализованное мировосприятие	25,4±5,4	0-27	28-33	34-40
Геротрансцендентность (интегративный показатель)	87,6±14,4	0-96	97-109	110-136

*Жирным шрифтом выделена нормативная группа, к которой относятся полученные по выборке результаты

Исследование показало, что для пожилых пациентов с ИБС характерна *низкая* степень сформированности геротрансцендентности и всех ее компонентов.

3.2.2. Взаимосвязь компонентов оптимального старения, клинических характеристик и приверженности лечению в группе пациентов с ИБС с острым/повторным ИМ

Одной из задач исследования было изучение взаимосвязей между социально-демографическими и клиническими характеристиками, компонентами оптимального старения и приверженностью лечению у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Для анализа этих взаимосвязей применялся корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена. Результаты анализа представлены на рисунке 7.

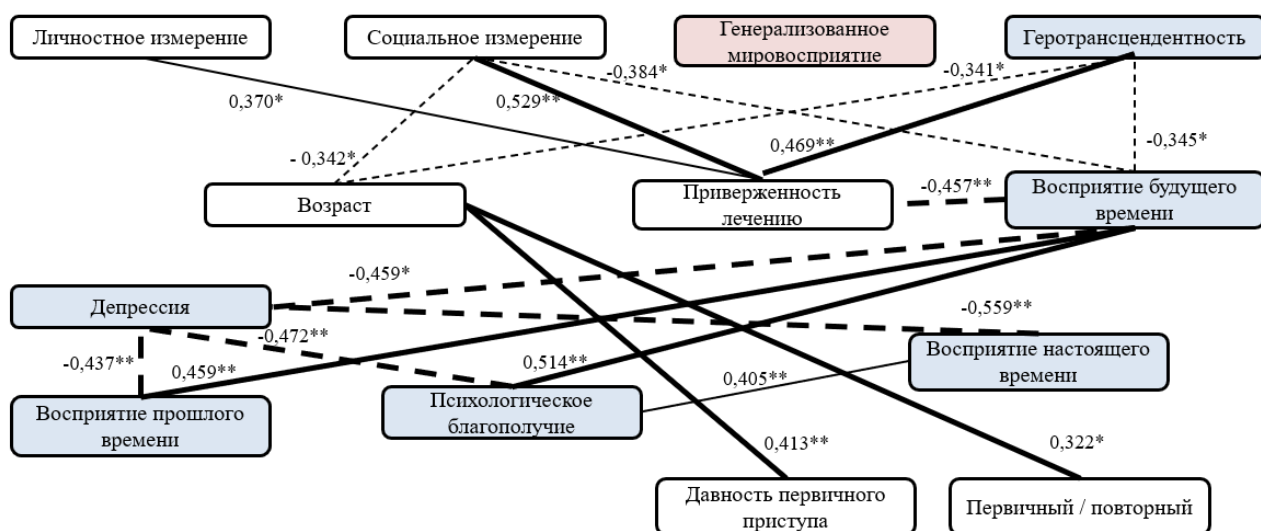


Рис.7. Результаты корреляционного анализа (корреляционная плеяда) факторов оптимального старения, клинических и социально-демографических характеристик

В результате проведённого анализа установлены взаимосвязи между уровнем геротрансцендентности и её структурными компонентами с такими показателями, как возраст, выраженность депрессивной симптоматики, приверженность терапевтическим предписаниям и особенности восприятия временной перспективы. Показано, что геротрансцендентность имеет прямую зависимость исключительно от восприятия будущего времени, тогда как влияние на иные параметры оптимального старения реализуется косвенным путём — через специфику оценки будущего.

Особое значение имеет выявленная положительная связь между геротрансцендентностью и приверженностью лечению: более высокий уровень геротрансцендентности ассоциирован с лучшими показателями следования медицинским назначениям. Так как приверженность терапии отражает мотивацию пациента к восстановлению и сохранению здоровья, полученные результаты согласуются с выводами, представленными в исследованиях О.Ю. Стрижицкой (2017), где здоровье рассматривается как одно из последствий геротрансцендентных трансформаций у пожилых людей. Это подтверждает значимость становления геротрансцендентности в зрелые годы, поскольку на более поздних этапах жизненного пути она способствует не только адаптации к

возрастным изменениям, но и поддержанию установки на соблюдение врачебных рекомендаций.

Установлена обратная корреляционная связь между показателями геротрансцендентности с возрастом и восприятием будущего времени жизни у пожилых пациентов, перенёвших инфаркт миокарда: более высокие показатели геротрансцендентности характерны для относительно молодых участников исследования и связаны с менее позитивным представлением о собственном будущем.

Снижение показателей геротрансцендентности с возрастом может быть объяснено взаимосвязью с клиническими характеристиками пациентов данной группы. Установлено, что давность постановки диагноза и количество инфарктов в анамнезе имеет прямую устойчивую взаимосвязь с показателями возраста, что говорит о рецидивировании данного заболевания в изучаемой группе. Мы предполагаем, что именно увеличение частоты возникновения заболевания и приводит к ухудшению показателей геротрансцендентности, что подтверждается результатами регрессионного анализа (табл.19).

Также важно отметить, что показатели возраста связаны с «социальное измерение», которое является компонентом геротрансцендентности ($r = -0,342$; $p \leq 0,05$). Мы предполагаем, что именно данный компонент является наиболее чувствительным к неблагоприятному воздействию заболевания (клинических характеристик). Вынужденная изоляция от общества на период госпитализации, снижение социальной активности в условиях восстановления после соматической патологии является наиболее дестабилизирующими / разрешительными / негативными факторами для пациентов изучаемой нозологии.

Связь геротрансцендентности с приверженностью лечению и восприятием будущего также является важным для понимания факторов оптимального старения в условиях хронической болезни (рис.8).



Рис.8. Связь геротрансцендентности с восприятием времени и приверженности лечению

В исследуемой выборке выявлена обратная связь между восприятием будущего и приверженностью лечению. Этот результат может объясняться чрезмерно оптимистичными, нереалистичными представлениями пациентов о своём будущем (см. таблицу 15 и рис. 6). Недостаток зрелого понимания своего возрастного этапа, неполное осознание рисков, связанных с текущим заболеванием, а также «радужные» ожидания относительно возможностей и планов на будущее могут быть причиной низкой мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций.

Гармонизация геротрансцендентности и временной перспективы личности с учётом актуального соматического состояния должна рассматриваться как приоритетная цель психокоррекционных вмешательств на втором этапе реабилитации пациентов после инфаркта миокарда, направленных на повышение приверженности лечению и соблюдению врачебных предписаний.

В отличие от взаимосвязей факторов оптимального старения в группе условно здоровых пожилых людей, у пожилых пациентов с перенесенным первичным / повторным ИМ в подостром периоде подобных связей не было выявлено. Геротрансцендентность (как основной показатель оптимального старения) была связана с психологическим благополучием, отсутствием депрессивных проявлений, восприятием настоящего и прошлого времени только через восприятие будущего времени. Это может говорить о том, что в условиях

заболевания значимость факторов в формировании оптимального старения изменяется.

3.2.3. Факторы оптимального старения в условиях ИБС

Одной из задач исследования было определить, какие факторы оптимального старения можно выделить в условиях болезни. Для определения факторов оптимального старения был проведен *факторный анализ* социальных, психологических и клинических характеристик пациентов пожилого возраста с ИБС.

Результаты факторного анализа с помощью метода главных компонент с варимакс вращением представлены в таблице 18. Данный критерий корректен для применения на данной выборке, т.к. КМО (Мера выборочной адекватности Кайзера–Майера–Олкина) равна 0,623.

Таблица 18

Результаты оценки собственных значений выделенных главных компонент

	Собственные значения	Процент от общей дисперсии	Накопленный процент от общей дисперсии
1.	5,526	19,057	19,057
2.	4,078	14,061	33,117
3.	3,516	12,123	45,240
4.	3,172	10,937	56,177
5.	3,115	10,742	66,919

Полученная факторная структура после варимакс-вращения представлена в таблице 19.

Факторная структура характеристик после варимакс-вращения

Изучаемые характеристики	Факторные нагрузки				
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Положительное отношение	,811	,193	,252	,163	
Самопринятие	,780	,110		-,149	,118
Автономия	,766	-,272			,116
Цели в жизни	,755	,150	,103		,228
Управление средой	,730			,244	,274
Личностный рост	,700		,154		-,114
Величина Будущего	,676	,424	,138	-,402	,111
Структурированность Будущего	,631			-,564	,199
Ощущаемость Прошлого	,199	,817		-,117	,137
Величина Прошлого		,791	,110		
Структурированность Прошлого	,204	,778		-,181	-,175
Эмоциональность Прошлого		,651	,286		
Ощущаемость Будущего		,616	-,205	-,122	,487
Активность Прошлого	-,143	,529	,164		-,250
Эмоциональность Будущего	,444	,480		-,376	,202
Депрессия	-,458	-,472	-,394	-,245	
Величина Настоящего	,212		,830		,259
Активность Настоящего	,249		,767		-,130
Структурированность Настоящего	,184		,741	,191	,369
Эмоциональность Настоящего	,381	,302	,725	,143	,287
Ощущаемость Настоящего	-,231	,369	,633		,120
Пол (1 – женщины, 2 – мужчины)	,259		,292	,238	,242
Социальное Измерение				,868	,140
Личностное Измерение	,202			,717	
Активность Будущего	,372	,179		-,645	
Генерализованное Мировосприятие	,132		,254	,644	
Давность первого приступа	-,127	,114	-,239		-,892
Первичный или вторичный	-,119		-,128		-,852
Возраст	-,271		-,249	-,272	-,756
Вес фактора:	19,057	14,061	12,123	10,937	10,742

Интерпретация выделенных факторов:

Фактор 1 (информативность 19%). *«Психологическое благополучие, связанное с оценкой будущего»*. В данный фактор вошли все шкалы методики «Психологическое благополучие» К. Рифф, а также показатели, характеризующие величину (значимость, наличие жизненных целей и смыслов) и структурированность (понятность, предсказуемость) субъективного восприятия будущего времени. Для пациентов с ишемической болезнью сердца,

перенёсших инфаркт миокарда, именно позитивное представление о будущем выступает одним из ведущих компонентов психологического благополучия. Этот фактор фиксирует взаимосвязь субъективного ощущения благополучия с ценностным и смысловым наполнением временной перспективы.

Фактор 2 (информативность 14%). *«Положительная оценка прошлого и будущего»*. Сюда вошли все параметры, характеризующие восприятие прошлого времени (ощущаемость, структурированность, эмоциональная окрашенность, активность и значимость), а также показатели эмоциональной насыщенности и ощущаемости будущего, дополненные шкалами депрессивных проявлений (отрицательные значения указывают на их отсутствие). Данный фактор отражает тенденцию воспринимать прошлое и будущее как внутренне согласованные, предсказуемые и наполненные смыслом временные отрезки, включающие наличие целей, активности и положительной эмоциональной окраски.

Фактор 3 (информативность 12%). *«Положительная оценка настоящего»*. В его состав вошли все показатели, описывающие субъективное восприятие настоящего времени жизни. Примечательным является включение переменной «пол» с положительным значением, что демонстрирует большую характерность данного фактора для мужчин. Таким образом, он отражает различия в оценке текущего времени: мужчины склонны интерпретировать настоящее более позитивно, тогда как женщины — менее благоприятно.

Фактор 4 (информативность 11%). *«Понимание ограничений будущего»*. Этот фактор включает все шкалы геротрансцендентности, а также показатели активности, связанных с восприятием будущего времени (отрицательные значения свидетельствуют о его пассивном и мало событийном характере). Он демонстрирует связь между геротрансцендентностью и сниженной оценкой перспектив, указывая на процесс личностной перестройки, трансформацию жизненных целей и смыслов, а также принятие предстоящих ограничений у пациентов, перенёсших инфаркт миокарда.

Фактор 5 (информативность 11%). *«Длительность соматического неблагополучия»*. В его структуру вошли клинические показатели: число

инфарктов в анамнезе, давность первого эпизода инфаркта миокарда, а также возраст (все значения представлены с отрицательным знаком, что отражает более молодой возраст и недавнее возникновение первого инфаркта). Данный фактор характеризует клинические параметры течения заболевания у пациентов с первичным инфарктом миокарда.

Таким образом, можно заключить, что часть факторов оптимального старения у пациентов после инфаркта миокарда на фоне ишемической болезни сердца совпадает с теми, которые выявляются в выборке условно здоровых пожилых людей: «психологическое благополучие», «положительная оценка прошлого и будущего» и «положительная оценка настоящего времени». Вместе с тем, специфичными для данной категории пациентов оказываются факторы «понимание ограничений будущего» и «длительность соматического неблагополучия».

3.2.4. Влияние факторов оптимального старения в условиях ИБС на приверженность лечению

Для оценки степени воздействия нескольких независимых переменных на одну зависимую переменную (приверженность лечению) был проведён регрессионный анализ. Полученные результаты представлены в таблице 20.

Таблица 20

Результаты регрессионного анализа

Показатель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	Т	Значимость
	В	Ст. ошибка	Бета		
Константа	39,000	1,397		27,922	<0,001
Понимание ограниченности будущего	6,686	1,415	0,559	4,727	<0,001
Положительная оценка прошлого и настоящего	3,880	1,415	0,325	2,743	0,010
Длительность соматического неблагополучия	3,024	1,415	0,253	2,138	0,040

Психологическое благополучие, связанное с оценкой будущего	2,270	1,415	0,190	1,604	0,118
Оценка настоящего	-0,914	1,415	- 0,076	- 0,646	0,522
R=0,724; R-квадрат = 0,524; скорректированный R-квадрат =0,454 Стандартная ошибка оценки = 8,833 F=7,486; p≤0,001					

С помощью линейного регрессионного анализа получена формула регрессии:

Приверженность лечению = 39,000 +6,686 Понимание ограниченности будущего + 3,880 Положительная оценка прошлого и настоящего + 3,024 Длительность соматического неблагополучия + 2,270 Психологическое благополучие, связанное с оценкой будущего – 0,914 Оценка настоящего.

Выявленные факторы оптимального старения у пациентов после инфаркта миокарда на фоне ИБС объясняют 52% вариации приверженности лечению. Наибольшее влияние на приверженность оказывают следующие факторы: «осознание будущих ограничений» (+6,686), «позитивная оценка прошлого и настоящего» (+3,880) и «длительность соматического неблагополучия» (+3,024). Фактор оценки настоящего демонстрирует меньший вес и оказывает отрицательное влияние на приверженность лечению (-0,914).

Ключевой целью психокоррекционной работы с пациентами данной нозологической группы является гармонизация восприятия собственного будущего — формирование более адаптивного и реалистичного представления о предстоящих жизненных перспективах с учётом текущего соматического состояния.

3.3. Оптимальное старения и геротрансцендентность в условиях онкологического заболевания

3.3.1. Социально-демографические, клинические и психологические характеристики пожилых пациентов с установленным диагнозом ЗН

В группу пациентов с установленным диагнозом «Злокачественное новообразование» вошло 51 человек с новообразованием молочной железы (С50) и мочевого пузыря (С67). Были изучены клинические характеристики пациентов (давность постановки диагноза, наличие метастазов, стадия, рецидивы) и социально-демографические характеристики (пол, возраст, образование, трудовая деятельность, семейный статус и проживание).

Основная информация по данной группе пациентов представлена в таблице 21.

Социально-демографические данные: у большинства пожилых пациентов с злокачественными новообразованиями отмечалось наличие высшего образования (69%), совместное проживание с семьёй (73%) и продолжение трудовой деятельности на момент исследования (76%). Средний возраст участников составил $67,9 \pm 8,4$ года.

По клиническим показателям у 30 пациентов (59%) диагноз был установлен менее трёх лет назад, у 17 человек (33%) — от трёх до пяти лет, и у 4 пациентов (8%) — более пяти лет назад. Рецидив заболевания зарегистрирован у 18 человек (35%), для 33 пациентов (65%) это был первый опыт столкновения с онкологической патологией. На момент обследования у 24 пациентов (47%) выявлена первая стадия заболевания, у 27 человек (53%) — вторая стадия.

Описание выборки пожилых пациентов с ЗН

Пациенты пожилого возраста с ЗН		
N (чел)		51 человек
Ср. возраст		67,9±8,4
Мужчины	N (чел; %)	28 человек
	Ср. возраст	66,1±7,2
Женщины	N (чел; %)	23 человека
	Ср. возраст	68,2±9,3
Стадия заболевания		
Первая стадия (чел; %)		24 человека (47%)
Вторая стадия (чел; %)		27 человек (53%)
Наличие рецидива ЗН		
Был рецидив заболевания		18 человек (35%)
Нет рецидива заболевания		33 человека (65%)
Давность постановки диагноза у пациентов с ЗН		
Менее 3 лет назад (чел; %)		30 человек (59%)
От 3 до 5 лет назад (чел; %)		17 человек (33%)
Более 5 лет назад (чел; %)		4 человека (8%)
Уровень образования пожилых пациентов с ЗН		
Высшее образование		35 человек (69%)
Среднее специальное образование		16 человек (31%)
Среднее образование		0 человек (0%)
Семейное положение пожилых пациентов с ЗН		
Есть супруг / супруга		27 человек (53%)
Нет супруга / супруги		24 человека (47%)
Проживание пожилых пациентов с ЗН		
Проживает один		14 человек (27%)
Проживает с семьей		37 человек (73%)
Трудоустроенность пожилых пациентов с ЗН		
Работает		39 человек (76%)
На пенсии		12 человек (24%)

Для оценки указанных параметров оптимального старения в условиях заболевания, были изучены средние показатели по выборке в сравнении с нормативными данными с помощью t-критерия Стьюдента. Результаты анализа представлены в таблице 22.

Средние показатели психологических характеристик пожилых пациентов с ЗН
в сравнении с нормативными показателями

Психологические характеристики	Все пациенты с ЗН N=51 чел	Норма	Уровень значимости, <i>p</i>
	M±SD		
Гериатрическая шкала депрессии («GDS-30»)			
Депрессия	14,2±6,2	≤9	0,001
Шкала психологического благополучия (К. Рифф)			
Позитивные отношения с другими	50,1±12,5	≥57	0,001
Автономия	54,6±11,2	≥52	-
Управление средой	53,3±9,8	≥55	-
Личностный рост	50,6±9,7	≥56	0,001
Цели в жизни	51,4±9,9	≥58	0,001
Самопринятие	51,6±10,1	≥53	-
Психологическое благополучие (интегративный показатель)	311,6±47,4	≥335	0,001
Семантический дифференциал времени («СДВ»)			
Восприятие прошлого времени	22,8±3,4	≥16	0,001
Восприятие настоящего времени	19,8±3,6	≥16	0,001
Восприятие будущего времени	20,9±2,9	≥16	0,001
Опросник оценки приверженности лечению («КОП-25»)			
Приверженность лечению	50,5±14,8	≥51	-

Согласно данным таблицы 22, у пожилых пациентов, находящихся на этапе реабилитации после хирургического вмешательства по поводу злокачественного новообразования, показатели субъективного *психологического благополучия* оказались статистически значимо ниже нормативных значений. Для данной группы были характерны выраженные затруднения в сфере межличностных контактов, снижение уровня социальной активности, а также неудовлетворённость отсутствием чётко сформулированных жизненных целей и ограниченные возможности для самореализации. При этом сохранялись относительно стабильные показатели, связанные с принятием себя, чувством автономности, независимости и способностью к контролю над повседневной средой (включая выполнение бытовых задач, самостоятельное передвижение и использование транспортных средств).

Что касается *временной перспективы*, её общая субъективная оценка оставалась достаточно высокой, при этом наибольшие значения фиксировались по параметру «восприятие прошлого времени» ($p < 0,000$). Существенных статистических различий между оценками прошлого, настоящего и будущего времени выявлено не было.

Эмоциональное состояние данной категории пациентов характеризовалось признаками клинически значимой депрессии, о чём свидетельствовали полученные результаты: среднее значение составило 14 баллов при нормативных показателях менее 9, что указывает на наличие депрессивной симптоматики, требующей психокоррекционного и психотерапевтического сопровождения

Показатели приверженности лечению соответствовали нормативным значениям, что говорит о наличии мотивации пациентов к лечению и готовности к изменениям привычного образа жизни с учетом ограничений, связанных с их заболеванием.

Для изучения геротрансцендентности и ее компонентов был использован опросник геротрансцендентных измерений (О.Ю. Стрижицкой). Средние показатели по выборке и нормативные показатели геротрансцендентности были определены О.Ю. Стрижицкой и отражены в таблице 23.

Таблица 23

Показатели геротрансцендентности и ее компонентов у пожилых пациентов с ЗН и их сравнение с нормативными показателями

Психологические характеристики	Все пациенты с ЗН N=51 чел	Низкие значения	Средние значения	Высокие значения
	M±SD			
Личностное измерение	32,0±9,3	0-35	36-41	42-52
Социальное измерение	33,4±8,9	0-31	32-36	37-44
Генерализованное мировосприятия	29,8±7,3	0-27	28-33	34-40
Геротрансцендентность (интегративный показатель)	95,2±16,9	0-96	97-109	110-136

*Жирным шрифтом выделена нормативная группа, к которой относятся полученные по выборке результаты

Исследование показало, что для пожилых пациентов с ЗН характерны *низкие* показатели личностного измерения и *средние* показатели социального измерения и генерализованного мировосприятия. При этом общий показатель геротрансцендентности сформирован на *низком* уровне. Т.о., у пациентов с ЗН наиболее значимым компонентом, определяющим общий (интегративный) уровень геротрансцендентности, является принятие возрастных изменений во внешности и функционировании организма (личностное измерение). Мы предполагаем, что это может быть связано с тем, что пациенты, принимавшие участие в исследовании, были после резекции опухоли (молочная железа и мочевого пузыря), что вносит коррективы в их внешний вид и привычное функционирование организма.

3.3.2. Взаимосвязь компонентов оптимального старения, клинических характеристик и приверженности лечению в группе пациентов с ЗН

Одной из задач нашего исследования было изучение взаимосвязей социально-демографических характеристик, клинических характеристик, компонентов оптимального старения и приверженности лечению у пациентов со злокачественными новообразованиями. Для выполнения данной задачи мы использовали корреляционный анализ по критерию Спирмена.

Мы предполагаем, что у пациентов в условиях ЗН будут изменения во взаимосвязях между изучаемыми компонентами оптимального старения.

Результаты анализа представлены на рисунке 9.

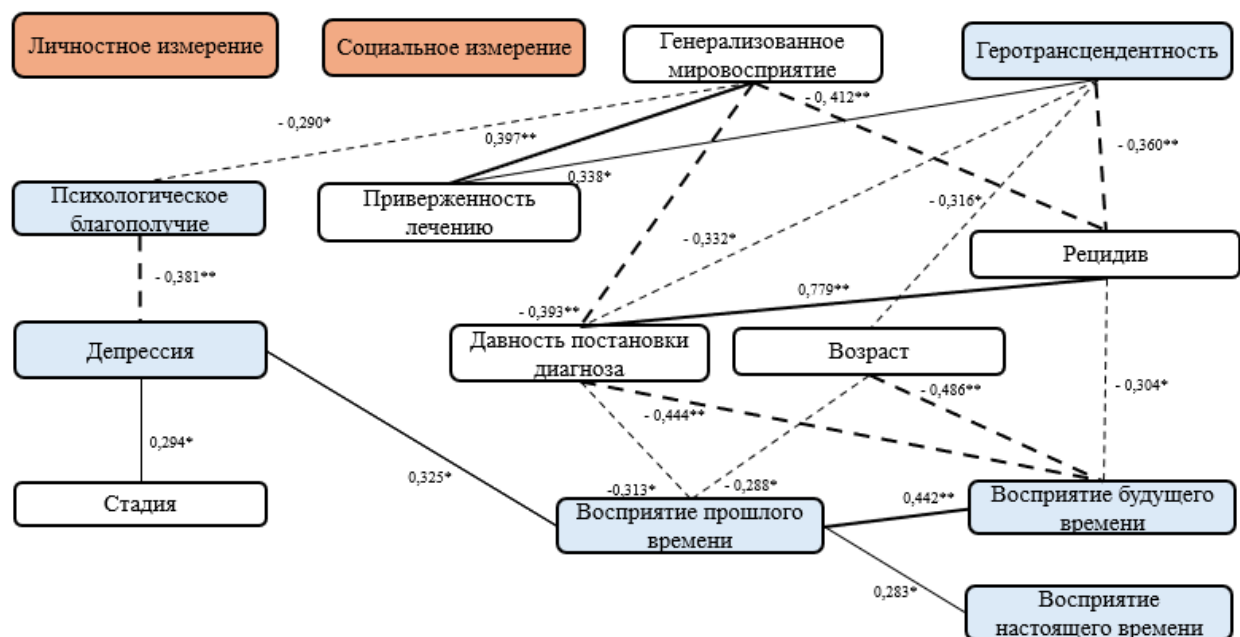


Рис.9. Результаты корреляционного анализа (корреляционная плеяда) факторов оптимального старения, клинических и социально-демографических характеристик

Установлены взаимосвязи геротрансцендентности и ее компонента генерализованного мировосприятия с приверженностью лечению, возрастом, психологическим благополучием, наличием рецидивов заболевания и давностью постановки диагноза. Из выявленных О.Ю. Стрижицкой факторов оптимального старения, геротрансцендентность напрямую связана только с психологическим благополучием (через генерализованное мировосприятие). С остальными факторами оптимального старения геротрансцендентность связана только опосредовано (через психологическое благополучие).

Выявлена прямая взаимосвязь геротрансцендентности с приверженностью лечению ($r=0,338$; $p \leq 0,05$). Чем выше показатели геротрансцендентности, тем выше показатели приверженности лечению. Важно отметить, что из всех компонентов геротрансцендентности, только генерализованное мировосприятие связано с приверженностью лечению и психологическим благополучием. Личностное и социальное измерения не связаны с приверженностью и ни с одним другим фактором оптимального старения. Мы предполагаем, что именно данный компонент является наиболее чувствительным к неблагоприятному воздействию заболевания (клинических характеристик). Негативная

ретроспективная оценка своей жизни, неприятие смерти, потеря смысла жизни являются наиболее дестабилизирующими / разрушительными / негативными факторами для пациентов изучаемой нозологии.

Важным результатом исследования является установление обратной связи геротрансцендентности с показателями возраста, давностью постановки диагноза (длительность заболевания) и наличие рецидивов и, через них, с восприятием будущего и прошлого времени.



Рис.10. Взаимосвязь геротрансцендентности с показателями возраста, давности постановки диагноза и восприятием прошлого и будущего времени

Установлено, что давность постановки диагноза (длительность заболевания) имеет прямую устойчивую взаимосвязь с наличием рецидивов ($r=0,779$; $p \leq 0,001$) и с возрастом ($r=0,582$; $p \leq 0,001$). Мы предполагаем, что рецидив онкологического заболевания является ключевым фактором снижения показателей геротрансцендентности. Повторное столкновение с патологией, которая ранее воспринималась как «побеждённая», выступает значимым обстоятельством, разрушающим философский компонент геротрансцендентности.

В отличие от закономерностей взаимосвязей факторов оптимального старения у условно здоровых пожилых людей, у пациентов с злокачественными

новообразованиями такие прямые связи не выявлены. Геротрансцендентность, как ключевой показатель оптимального старения, была опосредованно связана с отсутствием депрессивных проявлений, восприятием настоящего и прошлого времени через показатели клинических характеристик и психологического благополучия. Это свидетельствует о том, что при наличии заболевания значимость отдельных факторов в структуре оптимального старения претерпевает изменения.

3.3.3. Факторы оптимального старения в условиях ЗН

Для выявления **факторов оптимального старения** у пожилых пациентов с злокачественными новообразованиями был проведён факторный анализ, включающий социальные, психологические и клинические показатели.

Результаты факторного анализа с помощью метода главных компонент с варимакс вращением представлены в таблице 24. Данный критерий корректен для применения на данной выборке, т.к. КМО (Мера выборочной адекватности Кайзера–Майера–Олкина) равна 0,619.

Таблица 24

Результаты оценки собственных значений выделенных главных компонент

	Собственные значения	Процент от общей дисперсии	Накопленный процент от общей дисперсии
1.	4,663	15,544	15,544
2.	3,760	12,532	28,076
3.	3,125	10,2418	38,494
4.	2,935	9,782	48,276
5.	2,751	9,170	57,446
6.	1,840	6,133	63,579
7.	1,590	5,305	68,884

Результаты факторного анализа после варимакс-вращения представлены в таблице 25.

Факторная структура характеристик после варимакс-вращения

Изучаемые характеристики	Факторные нагрузки						
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5	Фактор 6	Фактор 7
Величина прошлого	0,814		0,176	-0,101		0,243	0,203
Эмоциональность прошлого	0,785			0,115	0,373	0,122	0,176
Активность прошлого	0,761			0,223		-0,128	-0,155
Ощущаемость прошлого	0,748		0,129	0,244			
Ощущаемость будущего	0,684	-0,244	0,251		0,226		
Структурированность прошлого	0,668						
Активность будущего	0,571		0,162	0,303	-0,204	-0,474	-0,122
Автономия		0,849					
Цели в жизни	-0,125	0,765	-0,121	-0,189	0,202	-0,142	
Самопринятие	0,132	0,748				0,205	
Личностный рост		0,710				-0,236	0,104
Управление средой		0,697		-0,181			
Положительные отношения с другими	-0,264	0,676	0,199		0,204		
Давность постановки диагноза	-0,189		-0,889		-0,164		
Наличие рецидива			-0,835	0,135			
Возраст	-0,101		-0,825	-0,166	-0,277	0,207	-0,181
Генерализованное мировосприятие	0,301	-0,221	0,532		-0,169	0,441	-0,269
Величина настоящего	0,217		0,177	0,808	0,133		
Структурированность настоящего	0,116			0,771	0,226	-0,231	
Эмоциональность настоящего	0,314			0,727		0,276	-0,145
Ощущаемость настоящего		-0,175		0,661	-0,126	0,130	
Эмоциональность будущего	0,158		0,177	0,282	0,767		
Величина будущего	0,307	0,132	0,222		0,760	0,175	
Структурированность будущего	0,478		0,107	0,378	0,674		
Депрессия	0,297	-0,349		0,249	-0,614		0,208
Пол (1 – женщины, 2 – мужчины)		-0,294	0,228		-0,203	-0,662	
Социальное измерение		-0,150	0,491			0,633	
Стадия					-0,218	-0,163	0,786
Личностное измерение	-0,308	0,104	0,177	-0,214	0,268		0,698
Активность настоящего	-0,243	0,128		-0,129	0,142	-0,284	-0,382
Вес фактора	15,544	12,532	10,418	9,782	9,170	6,133	5,305

Интерпретация выделенных факторов:

Фактор 1 (информативность 16%). *«Положительная оценка прошлого и будущего»*. В данный фактор вошли все шкалы субъективного восприятия прошлого (активность, эмоциональность, величина, структурированность, ощущаемость), активность будущего и ощущаемость будущего. Этот фактор указывает на то, как пациенты с ЗН воспринимают и оценивают свое время прошлое и будущее время. Люди с высокой нагрузкой по этому фактору более склонны к рефлексии о своем прошлом и активному планированию своего будущего.

Фактор 2 (информативность 13%). *«Психологическое благополучие»*. В данный фактор вошли все шкалы методики «Психологическое благополучие» К. Рифф (положительное отношение с другими, цели в жизни, самопринятие, автономия, управление средой, личностный рост). Фактор отражает субъективные оценки психологического благополучия.

Фактор 3 (информативность 10%). *«Первое столкновение с болезнью»*. В данный фактор легли длительность заболевания (со знаком «—», т.е. пациент недавно заболел), наличие рецидива (со знаком «—», т.е. отсутствие рецидива), возраст (со знаком «—», т.е. более молодой возраст) и генерализованное мировосприятие геротрансцендентности. Этот фактор указывает на то, что более молодые пациенты с недавно возникшим заболеванием и без рецидивов имеют более позитивное восприятие своего здоровья и жизни в целом, т.е. при возникновении онкологического заболевания, несущего в себе угрозу для жизни, у пациентов происходит процесс переосмысления жизненного пути, трансформации жизненных целей и смыслов, формируется более зрелое мировосприятие.

Фактор 4 (информативность 10%). *«Положительная оценка настоящего»*. В данный фактор вошли шкалы: величина настоящего, структурированность настоящего, эмоциональность настоящего и ощущаемость настоящего. Данный фактор отражает положительное восприятие пациентами с ЗН текущего периода жизни.

Фактор 5 (информативность 9%). *«Нацеленность на будущее и эмоциональная стабильность»*. В данный фактор попали шкалы: эмоциональность будущего, величина будущего, структурированность будущего и депрессия (со знаком «—», т.е. отсутствие депрессивных проявлений). Данный фактор отражает настроенность и положительное восприятие будущего времени, понимание его значимости и наполненность положительными эмоциями.

Фактор 6 (информативность 6%). *«Важность социальной поддержки»*. В данный фактор попали женский пол и социальное измерение геротрансцендентности. Данный фактор отражает важность социальной поддержки от окружающих людей для пациенток-женщин в условиях онкологического заболевания, сохранение близких социальных связей.

Фактор 7 (информативность 5%). *«Адаптация к болезни»*. В данный фактор вошли стадия заболевания, личностное измерение геротрансцендентности и активность настоящего (со знаком «—», т.е. отсутствие событий и активности). Более тяжелая стадия заболевания, низкая активность настоящего времени, принятие себя и физических изменений после хирургического вмешательства – фактор отражает адаптацию к своему заболеванию.

Таким образом, часть факторов оптимального старения, выявленных у пожилых пациентов, страдающих тяжёлыми соматическими заболеваниями (злокачественными новообразованиями), воспроизводит те закономерности, которые характерны и для условно здоровой пожилой выборки. К ним относятся такие конструкты, как «положительная оценка прошлого», «психологическое благополучие», «ориентация на будущее и эмоциональная устойчивость», а также «позитивная оценка настоящего». Вместе с тем в исследуемой группе были обнаружены дополнительные, специфические факторы, напрямую связанные с переживанием болезни и процессом адаптации к ней: «первое столкновение с заболеванием» и «адаптация к болезни». Данные результаты позволяют говорить о том, что наличие онкологической патологии вносит

качественные изменения в структуру оптимального старения, обуславливая включение в неё компонентов, отражающих опыт кризисного взаимодействия с тяжёлым соматическим состоянием и выработку новых стратегий психологической адаптации.

3.3.4. Влияние факторов оптимального старения в условиях ЗН на приверженность лечению

Для оценки степени воздействия нескольких независимых переменных на зависимую переменную «приверженность лечению» был использован метод регрессионного анализа. Результаты представлены в таблице 26.

Таблица 26

Результаты регрессионного анализа

Показатель	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	Т	Значимость
	В	Ст. ошибка	Бета		
Константа	50,510	1,804		27,999	<0,001
Положительная оценка прошлого и будущего	4,261	1,822	0,287	2,339	0,024
Психологическое благополучие	2,182	1,822	0,147	1,198	0,238
Первое столкновение	4,235	1,822	0,285	2,324	0,025
Положительная оценка настоящего	-3,028	1,822	-0,204	-1,662	0,104
Нацеленность на будущее и эмоциональная стабильность	-3,003	1,822	-0,202	-1,649	0,107
Женщины, удовлетворенные социальной поддержки	3,604	1,822	0,243	1,978	0,054
Адаптация к болезни	2,385	1,822	0,161	1,309	0,198
R=0,594; R-квадрат = 0,353; скорректированный R-квадрат =0,247 Стандартная ошибка оценки = 12,882 F=3,345; p≤0,006					

С помощью линейного регрессионного анализа получена формула регрессии:

$$\begin{aligned} \text{Приверженность лечению} = & 50,510 + 4,261 \text{ Положительная оценка} \\ & \text{прошлого и будущего} + 2,182 \text{ Психологическое благополучие} + 4,235 \\ & \text{Первое столкновение с болезнью} - 3,028 \text{ Положительная оценка} \\ & \text{настоящего} - 3,003 \text{ Нацеленность на будущее и эмоциональная} \\ & \text{стабильность} + 3,604 \text{ Важность социальной поддержки} + 2,385 \text{ Адаптация к} \\ & \text{болезни.} \end{aligned}$$

Выявленные факторы оптимального старения пациентов с ЗН определяют приверженность лечению на 35%, что делает их достоверными предикторами мотивации к лечению у пациентов данной нозологической группы. Установлено, что факторами, оказывающими наибольшее влияние на приверженность лечению, являются: «положительная оценка прошлого и будущего» (4,261), «первое столкновение с болезнью» (4,235) и «важность социальной поддержки» (3,604).

Т.о., наиболее важными реабилитационными мишенями в работе психолога с пациентами данной нозологической группы будут гармонизация восприятия прошлого и будущего времени своей жизни и помощь в формировании удовлетворительного уровня социальной поддержки уже на первых этапах заболевания.

4.4. Значимые отличия в элементах оптимального старения в разных нозологических группах

Для определения статистически значимых различий в изучаемых психологических характеристиках в разных нозологических группах (ОНМК, ИБС и ЗН) был использован однофакторный дисперсионный анализ ANOVA. Согласно критерию Ливеня, сравнение дисперсий будет корректно для шкал

«Психологическое благополучие», «Депрессия», «Восприятие настоящего времени», «Восприятие прошлого времени», «Восприятие будущего времени» и «Приверженность лечению», т.к. дисперсии однородны ($p \geq 0,05$). Результаты сравнения дисперсий представлены в таблице 27.

Таблица 27

Результаты однофакторного дисперсионного анализа

	Пациенты с ОНМК (N=64 чел.)	Пациенты с ЗН (N=51 чел.)	Пациенты с ИБС (N=60 чел.)	F	Знач.
Депрессия	13,5±6,6	14,2±6,2	9,7±6,1	6,156	0,003
Психологическое благополучие (интегративный показатель)	332,1±50,0	311,6±47,4	342,1±39,6	5,241	0,007
Восприятие прошлого времени	20,6±3,0	22,8±3,4	21,6±4,3	4,370	0,015
Восприятие настоящего времени	17,1±4,3	19,8±3,6	18,9±4,4	4,191	0,017
Восприятие будущего времени	18,3±4,9	20,9±2,9	23,5±2,9	18,927	0,000
Приверженность лечению	44,6±15,0	50,5±14,8	39,0±11,9	7,611	0,001

Результаты анализа показали, что у пациентов, перенёвших *острое нарушение мозгового кровообращения*, значения показателей, отражающих восприятие временной перспективы (прошлого, настоящего и будущего), статистически значимо ниже по сравнению с другими клиническими группами. В выборке пациентов со *злокачественными новообразованиями* выявлены более высокие уровни депрессивной симптоматики и приверженности лечению, наряду с существенно сниженными показателями психологического благополучия. В то же время у пациентов с *ишемической болезнью сердца* зафиксированы наименее выраженные депрессивные проявления, низкая степень приверженности медицинским рекомендациям и наиболее высокие показатели субъективного психологического благополучия.

Полученные результаты говорят о наличии значимых различий в психологическом статусе и мотивационных характеристиках пациентов с разными соматическими заболеваниями. У пациентов с ИБС наблюдается более низкий уровень депрессии, более высокий уровень психологического благополучия и более позитивное восприятие будущего, что может указывать на относительно более устойчивую психологическую адаптацию к заболеванию. В то же время пациенты с ЗН, несмотря на более высокий уровень депрессии и менее оптимистичное восприятие будущего, проявляют высокую приверженность лечению и более выраженное восприятие прошлого и настоящего. Это отражает специфические психологические реакции, связанные с тяжестью и неопределённостью онкологического диагноза, а также необходимость постоянного контроля за состоянием. Пациенты с ОНМК занимают промежуточное положение по большинству показателей, что может свидетельствовать о комплексности и мультифакторности психологических реакций в условиях острого сосудистого заболевания.

Особое внимание следует уделять снижению депрессии и формированию позитивных ожиданий у пациентов с ОНМК и ЗН, а также поддержке мотивации к лечению у пациентов с ИБС. Разработка целевых психологических интервенций с учётом особенностей каждого контингента может способствовать улучшению общего качества жизни и эффективности медицинской терапии.

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В настоящей главе представлено обсуждение результатов экспериментального психологического исследования факторов оптимального старения у пожилых пациентов с тяжёлыми соматическими заболеваниями, на примере ОНМК и ИБС. Полученные данные сопоставлялись с результатами отечественных и зарубежных исследований. В исследовании приняли участие 175 пациентов в возрасте от 60 до 85 лет, страдающих сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. Пациенты были распределены на группы в соответствии с нозологией: ЗН, ОНМК и ИБС. Критериями включения в исследование являлись отсутствие коморбидных психических расстройств и сохранность когнитивных функций на уровне не ниже 24 баллов по тесту МоСА.

В задачи нашего исследования входили **определение особенностей геротрансцендентности и элементов оптимального старения для формирования профиля пациентов в разных нозологиях, определение факторов оптимального старения в условиях тяжелого соматического заболевания и степени их влияния на приверженность лечению у пациентов разных нозологий.**

Результаты нашего исследования, посвященного пациентам пожилого возраста с **острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК)**, предоставляют важные сведения о клинических и психологических характеристиках данной группы. В выборке из 64 человек с ишемическим инсультом мы выявили ряд закономерностей, которые могут иметь значительное влияние на реабилитацию и качество жизни этих пациентов.

Большинство пациентов в группе были пожилыми людьми с высшим и средним специальным образованием (86%), что может свидетельствовать о высоком уровне социальной интеграции. Наличие супруга (53%) и проживание с семьей (59%) также указывает на наличие социальной поддержки, что является важным фактором в процессе реабилитации. Однако, несмотря на это, 47%

пациентов находились на пенсии, что может ограничивать их активность и участие в социальной жизни.

По *клиническим данным*, преобладание первичного инсульта (58%) и речевых нарушений (42%) подчеркивает необходимость комплексного подхода к лечению и реабилитации. Дизартрия и монопарезы, как наиболее распространенные нарушения, требуют специальных методов логопедической и физической терапии. Эти данные подчеркивают важность раннего вмешательства и индивидуализированного подхода к каждому пациенту.

Анализ *психологических характеристик* показал, что у пациентов с ОНМК наблюдаются выраженные депрессивные проявления легкой степени тяжести (средний балл 13,5 при норме 9). Показатель личностного роста и автономии (элементы психологического благополучия) также оказался ниже нормативных значений, что говорит о субъективном ощущении беспомощности, несамостоятельности и зависимости от окружающих людей.

Был определен нормативный (средний) уровень сформированности геротрансцендентности и всех ее компонентов (личностное измерение, социальное измерение и генерализованное мировосприятие), что говорит об адаптации к актуальному возрастному периоду. Однако, у пациентов выявлена низкая приверженность лечению, что противоречит модели оптимального старения, в которой отмечается, что нормативные показатели геротрансцендентности оказывают положительное влияние на отношение к своему здоровью.

Установлено, что у пациентов с ОНМК восприятие прошлого лучше, чем восприятие настоящего и будущего времени. Важно отметить, что восприятие будущего статистически более положительное, чем настоящее, но не достигает уровня отношения к прошлому. Т.о., пациенты с ОНМК верят в улучшение своего состояния и в повышение качества жизни, однако полного восстановления и возвращения к предыдущему образу жизни не ожидают. Вероятно, с этим связана и депрессивная симптоматика, выраженная в легкой степени тяжести

В структуре оптимального старения пациентов с ОНМК обнаружены отличия от условно здоровой выборки. Установлено, что геротрансцендентность в первую очередь связана с клиническими характеристиками (тяжесть нарушений после инфаркта мозга и первичность / повторность инфаркта мозга) и социально-демографическими характеристиками (сохранность трудовой деятельности). С остальными компонентами оптимального старения геротрансцендентность связана только через выраженность тяжести нарушений. Было установлено, что геротрансцендентность и ее компоненты не связаны с показателем возраста, что сочетается с результатами исследования О.Ю. Стрижицкой, в котором указана независимость показателей от возраста респондентов.

Взаимосвязей геротрансцендентности и ее компонентов с приверженностью лечению выявлено не было. Установлены прямые связи приверженности лечению с восприятием будущего, что говорит о важности формирования положительного отношения к своему будущему. Мы полагаем, что именно восприятие будущего у пациентов с ОНМК является ключевым элементом в разработке эффективных методов реабилитации и психологической поддержки, что может существенно повысить приверженность лечению.

С помощью факторного анализа было выявлено 5 факторов оптимального старения, объясняющих 62% выборки:

- Фактор 1 – «Психологическое благополучие, связанное с оценкой настоящего». данный фактор отражает психологическое благополучие, поддерживаемое восприятием актуальной жизненной ситуации
- Фактор 2 – «Положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность». Данный фактор отражает положительное восприятие будущего времени при отсутствии негативной эмоциональной симптоматики в настоящем.
- Фактор 3 – «Положительная оценка прошлого». Данный фактор отражает зависимое от пола восприятие прошлого времени жизни: мужчины

оценивают свое прошлое положительно, в то время как женщины – негативно

- Фактор 4 – «Первое столкновение с соматической патологией». Данный фактор отражает первичное столкновение с тяжелыми последствиями инфаркта головного мозга.
- Фактор 5 – «Самостоятельность / независимость». Данный фактор отражает самостоятельность пациента с ОНМК / возможность пациентов с ОНМК самостоятельно организовывать и структурировать свою жизнь, без посторонней помощи удовлетворять свои потребности.

Таким образом, у пациентов, перенёсших острое нарушение мозгового кровообращения, часть факторов оптимального старения воспроизводит закономерности, свойственные условно здоровой пожилой популяции, в частности «положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность» и «положительная оценка прошлого». Вместе с тем в данной группе были выявлены новые, специфические детерминанты: «психологическое благополучие, связанное с оценкой настоящего», «первое столкновение с соматической патологией» и «самостоятельность / независимость».

Для изучения влияния указанных факторов на уровень приверженности лечению был проведён регрессионный анализ. Наиболее выраженными предикторами приверженности оказались «положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность» ($\beta = 5,387$) и «самостоятельность / независимость» ($\beta = 5,681$). Совокупное влияние психологических детерминант объясняет лишь 29% вариации данного показателя, что указывает на ограниченную прогностическую ценность модели. Основным же фактором, определяющим уровень приверженности, выступил клинический показатель тяжести неврологического дефицита, на долю которого приходится 71% объяснённой дисперсии

Т.о., приверженность лечению у пожилых пациентов, переживших ОНМК, определяется тяжестью имеющихся нарушений. Однако, работа с факторами «Положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность» и

«Самостоятельность / независимость» является не менее значимой и требует внимания со стороны медицинского психолога.

Результаты нашего исследования, посвященного пациентам пожилого возраста с **ишемической болезнью сердца (ИБС)**, предоставляют важные сведения о клинических и психологических характеристиках данной группы. В выборке из 60 человек с ИБС с инфарктом миокарда мы выявили ряд закономерностей, которые могут иметь значительное влияние на реабилитацию и качество жизни этих пациентов.

Результаты показали, что большинство участников исследования имеют высшее образование (43%), а также проживают с семьей (57%). Это может свидетельствовать о наличии социальной поддержки, что является важным фактором в период реабилитации после инфаркта миокарда. Средний возраст участников составил $70,9 \pm 9,5$ лет, что соответствует возрастной группе, подверженной высоким рискам сердечно-сосудистых заболеваний. Интересно, что 53% пациентов продолжали трудовую деятельность, что может указывать на их желание оставаться активными и вовлеченными в общественную жизнь, несмотря на наличие серьезного заболевания. *Клинические данные* показали, что большинство пациентов (58%) перенесли повторные инфаркты миокарда, а 71% из них имели первичный инфаркт менее 5 лет назад.

Анализ психологического состояния пациентов с ишемической болезнью сердца показал, что их субъективная оценка психологического благополучия в целом остаётся на достаточно высоком уровне, несмотря на имеющиеся функциональные ограничения, обусловленные заболеванием. При этом единственным показателем, статистически ниже нормативных значений, оказался параметр «наличие цели в жизни». Данный результат можно интерпретировать как следствие осознания пациентами ограничений, связанных с хроническим течением ИБС, а также понимания вероятности рецидивов заболевания. В то же время временная перспектива у данной группы характеризуется преимущественно позитивным восприятием, причём наиболее высокие значения наблюдаются по шкале, отражающей ожидания, связанные с

собственным будущим. Вместе с тем у пациентов в подостром периоде после инфаркта миокарда отмечается низкая мотивация к лечению и соблюдению медицинских рекомендаций, что повышает риск повторного заболевания. Предполагается, что такая низкая приверженность терапии может быть связана с завышенной субъективной оценкой будущего, формирующей нереалистичное представление о собственных возможностях и перспективах.

Результаты исследования показали, что у пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца уровень выраженности геротрансцендентности и её отдельных компонентов остаётся сравнительно низким, что может указывать на недостаточную психологическую адаптацию к возрастным изменениям и ограничениям, обусловленным заболеванием. При этом были выявлены статистически значимые взаимосвязи геротрансцендентности с приверженностью лечению, возрастом, выраженностью депрессивной симптоматики и особенностями восприятия будущего времени. Следует подчеркнуть, что прямое влияние геротрансцендентности прослеживается исключительно в отношении восприятия будущего, тогда как её связи с другими компонентами оптимального старения реализуются преимущественно опосредованно через этот показатель.

Кроме того, установлено, что рост уровня геротрансцендентности сопряжён с повышением приверженности лечению. Приверженность, отражающая стремление к восстановлению здоровья и соблюдению врачебных предписаний, согласуется с данными О. Ю. Стрижицкой (2017), рассматривающей здоровье как одно из проявлений геротрансцендентности у пожилых людей. Таким образом, развитие геротрансцендентности приобретает особую значимость в зрелом и позднем возрасте, так как именно на этом этапе она становится ведущим фактором, поддерживающим мотивацию к лечению и ответственное отношение к медицинским рекомендациям

Установлено, что давность постановки диагноза и количество инфарктов в анамнезе имеет прямую устойчивую взаимосвязь с показателями возраста, что говорит о рецидивировании данного заболевания в изучаемой группе. Мы

предполагаем, что именно увеличение частоты возникновения заболевания и приводит к ухудшению показателей геротрансцендентности, что подтверждается результатами регрессионного анализа. Также важно отметить, что показатели возраста связаны с таким компонентом геротрансцендентности, как «социальное измерение» ($r = -0,342$, $p \leq 0,05$). Мы предполагаем, что именно данный компонент является наиболее чувствительным к неблагоприятному воздействию заболевания (клинических характеристик). Вынужденное изолирование от общества на период госпитализации, снижение социальной активности в условиях восстановления после соматической патологии является наиболее дестабилизирующими / разрешительными / негативными факторами для пациентов изучаемой нозологии

В рамках проведённого исследования установлено, что у пациентов восприятие будущего времени тесно связано с уровнем их приверженности лечению. Этот результат может быть интерпретирован следующим образом: у части обследованных наблюдается нереалистично оптимистичное отношение к собственному будущему. Недостаточная осознанность возрастных изменений, слабое понимание потенциальных рисков, связанных с заболеванием, а также завышенные ожидания относительно собственных возможностей и жизненных планов могут приводить к снижению мотивации соблюдать врачебные предписания и, как следствие, к низкой приверженности терапии. Напротив, формирование более реалистичного взгляда на будущие ограничения (например, необходимость изменения привычного образа жизни с учётом заболевания) способствует укреплению мотивации к выполнению медицинских рекомендаций. При этом сохранение позитивного отношения к будущему, даже в условиях осознания предстоящих ограничений, становится важным ресурсом для поддержания приверженности лечению.

Применение факторного анализа позволило выделить пять факторов оптимального старения, совокупно объясняющих 67% дисперсии:

- Фактор 1 – «Психологическое благополучие, связанное с оценкой будущего». Отражает общее состояние психологического благополучия, опосредованное восприятием собственных жизненных перспектив.
- Фактор 2 – «Положительная оценка прошлого и будущего». Характеризует восприятие прошлого как упорядоченного, наполненного смыслом, целями и активностью, а также связанное с этим позитивное отношение к будущему, представленному как период, насыщенный событиями и положительными эмоциями.
- Фактор 3 – «Положительная оценка настоящего». Отражает субъективную оценку текущего периода жизни, при этом выявлены гендерные различия: женщины чаще воспринимают настоящее в негативном ключе, тогда как мужчины склонны оценивать его более положительно.
- Фактор 4 – «Понимание ограничений будущего». Связан с осознанием и принятием пациентом необходимости адаптации к ограничениям, обусловленным соматическим заболеванием (ИБС).
- Фактор 5 – «Длительность соматической патологии». Отражает особенности первого столкновения пациента с данной нозологической формой и её продолжительность в клинической истории.

Анализ результатов исследования показал, что часть факторов, формирующих оптимальное старение у пациентов с ишемической болезнью сердца, во многом повторяет закономерности, свойственные условно здоровым пожилым людям. В первую очередь это касается позитивной оценки прошлого и будущего времени, сохранения субъективного ощущения психологического благополучия, а также способности к конструктивному восприятию настоящего периода жизни. Подобные характеристики могут рассматриваться как универсальные детерминанты субъективного благополучия в пожилом возрасте, независимо от наличия или отсутствия соматической патологии.

Однако наряду с этими универсальными параметрами были выявлены и специфические факторы, отражающие особенности адаптации именно пациентов с ишемической болезнью сердца. К их числу относятся осознанное

принятие ограничений, связанных с перспективой будущего, и длительность существования соматической патологии. Эти показатели демонстрируют характерный процесс личностной трансформации и перестройки жизненных стратегий в условиях хронического течения заболевания, когда пациент вынужден не только учитывать медицинские ограничения, но и интегрировать их в собственную систему смыслов и целей.

Для оценки степени влияния выявленных факторов на приверженность лечению был проведён регрессионный анализ. Результаты статистической обработки позволили установить, что ведущими детерминантами мотивации к соблюдению медицинских рекомендаций выступают: осознание ограничений, сопряжённых с будущим, позитивная оценка прошлого и будущего времени, а также длительность течения соматического заболевания. Напротив, фактор оценки настоящего времени вносит менее выраженный и преимущественно отрицательный вклад в формирование приверженности, что может быть связано с эмоциональными трудностями актуального этапа болезни.

На основании проведённого анализа была сконструирована прогностическая модель приверженности терапии у больных с ишемической болезнью сердца, осложнённой инфарктом миокарда. Высокий уровень мотивации к лечению у данной категории пациентов обусловлен реалистичной интерпретацией перспектив собственного будущего, готовностью корректировать образ жизни с учётом медицинских ограничений, а также сохранением позитивного отношения к прошлому и будущему, даже несмотря на осознаваемое снижение активности и ресурсов в дальнейшем. Подобная позиция чаще всего характерна для лиц, впервые столкнувшихся с заболеванием, демонстрирующих способность к адекватной переработке новой жизненной ситуации и установку на ответственное следование врачебным рекомендациям, что в конечном счёте снижает риск рецидива.

В практическом контексте психологического сопровождения пациентов с ИБС и перенесённым инфарктом миокарда были выделены ключевые психотерапевтические направления. К ним относятся: формирование

реалистичной и адекватной оценки актуального состояния здоровья, работа над гармонизацией восприятия будущего времени с учётом неизбежных ограничений, поддержка позитивной перспективы личного развития, а также коррекция депрессивных симптомов, препятствующих формированию эффективной стратегии совладания с болезнью

Результаты нашего исследования, посвященного пациентам пожилого возраста со **злокачественным новообразованием (ЗН)**, предоставляют важные сведения о клинических и психологических характеристиках данной группы. В выборке из 51 человек с ЗН мы выявили ряд закономерностей, которые могут иметь значительное влияние на реабилитацию и качество жизни этих пациентов.

Результаты показали, что большинство пациентов (69%) имели высшее образование, что может свидетельствовать о высоком уровне социальной поддержки и ресурсов для борьбы с заболеванием. Проживание с семьей (73%) и высокая доля продолжающих трудовую деятельность (76%) также указывают на наличие социальной сети, что является важным фактором в период реабилитации. Средний возраст участников составил $67,9 \pm 8,4$ года, что соответствует возрастной группе, подверженной риску развития злокачественных новообразований.

Анализ *клинических данных* показал, что 59% пациентов получили диагноз менее 3 лет назад, что подчеркивает значимость ранней диагностики и своевременного лечения. Рецидивы заболевания были зарегистрированы у 35% пациентов, а стадия заболевания на момент обследования была преимущественно второй (53%).

При изучении психологических характеристик была выявлена низкое психологическое благополучие. Наблюдается неудовлетворенность взаимодействием с окружающими людьми и уровнем социальной активности, отсутствие целей в жизни и возможностей развития и самореализации. При этом, сохранными остаются самопринятие, автономия и независимость, возможность управления средой. Однако временная перспектива достаточно высоко оценивалась пациентами исследуемой выборки, где наиболее высокие значения

относились к параметру «Восприятие своего прошлого времени». Статистически значимых различий в восприятии прошлого, настоящего и будущего не выявлено. Были выявлены депрессивные нарушения легкой степени тяжести.

У пациентов с ЗН наиболее значимым компонентом, определяющим общий (интегративный) уровень геротрансцендентности, является принятие возрастных изменений во внешности и функционировании организма (личностное измерение). Мы предполагаем, что это может быть связано с тем, что пациенты, принимавшие участие в исследовании, были после резекции опухоли (молочная железа и мочевого пузыря), что вносит коррективы в их внешний вид и привычное функционирование организма. Установлены взаимосвязи геротрансцендентности и ее компонента генерализованного мировосприятия с приверженностью лечению, возрастом, психологическим благополучием, наличием рецидивов заболевания и давностью постановки диагноза. Мы предполагаем, что именно генерализованное мировосприятие является компонентом наиболее чувствительным к неблагоприятному воздействию заболевания (клинических характеристик). Негативная ретроспективная оценка своей жизни, неприятие смерти, потеря смысла жизни являются наиболее дестабилизирующими / разрушительными / негативными факторами для пациентов изучаемой нозологии.

Важным результатом исследования является установление обратной связи геротрансцендентности с показателями возраста, давностью постановки диагноза (длительность заболевания) и наличие рецидивов и, через них, с восприятием будущего и прошлого времени. Мы предполагаем, что именно рецидивирование онкологического заболевания и приводит к ухудшению показателей геротрансцендентности. Повторное столкновение с заболеванием, которое казалось «побежденным» становится значимым элементом разрушения геротрансцендентности.

С помощью факторного анализа было выявлено 7 факторов оптимального старения, объясняющих 69% выборки:

- Фактор 1 – «Положительная оценка прошлого и будущего». Этот фактор указывает на то, как пациенты воспринимают и оценивают свое прошлое и будущее время. Люди с высокой нагрузкой по этому фактору могут быть более склонны к рефлексии о своем прошлом и активному планированию своего будущего.
- Фактор 2 – «Психологическое благополучие». Фактор отражает субъективно высокое психологическое благополучие.
- Фактор 3 – «Первое столкновение». Этот фактор указывает на то, что молодые люди с недавними заболеваниями и без рецидивов имеют более позитивное восприятие своего здоровья и жизни в целом.
- Фактор 4 – «Положительная оценка настоящего». Данный фактор отражает положительное восприятие актуального периода своей жизни.
- Фактор 5 – «Нацеленность на будущее и эмоциональная стабильность». Данный фактор отражает положительное восприятие будущего времени, понимание его значимости и наполненности положительными эмоциями.
- Фактор 6 – «Женщины, удовлетворенные социальной поддержки». Данный фактор отражает женщин, удовлетворенных уровнем социальной поддержки от окружающих их людей.
- Фактор 7 – «Адаптация к болезни». Более высокая стадия заболевания, принятие физических изменений и низкая активность настоящего отражает адаптацию к своему заболеванию.

Анализ результатов показал, что часть факторов, детерминирующих оптимальное старение у пациентов с тяжёлой соматической патологией, во многом воспроизводит закономерности, характерные для условно здоровой пожилой выборки. К универсальным характеристикам можно отнести такие показатели, как позитивная оценка жизненного прошлого, сохранение субъективного чувства психологического благополучия, ориентация на будущее в сочетании с эмоциональной устойчивостью, а также положительное восприятие настоящего времени. Эти параметры отражают наличие у пациентов

ресурсов, способствующих поддержанию субъективного благополучия, несмотря на наличие заболевания.

В то же время были выделены и специфические факторы, характерные именно для лиц с онкологическим заболеванием, — прежде всего это «первое столкновение с болезнью» и «адаптация к её проявлениям». Данные характеристики отражают необходимость качественной перестройки жизненных стратегий, связанных с осмыслением новой реальности и поиском способов интеграции болезни в личностную и временную перспективу.

Для оценки вклада выявленных факторов в формирование приверженности медицинским рекомендациям был проведён регрессионный анализ. Его результаты продемонстрировали, что ведущими предикторами мотивации к соблюдению предписанного лечения являются такие показатели, как положительная оценка прошлого и будущего, факт первого столкновения с болезнью, а также принадлежность к женской выборке в сочетании с субъективной удовлетворённостью уровнем социальной поддержки. Эти характеристики оказывают наиболее выраженное влияние на приверженность терапии, определяя готовность пациентов следовать врачебным предписаниям.

Менее значимый вклад в объяснение вариативности приверженности внесли такие факторы, как психологическое благополучие, позитивная оценка настоящего времени, ориентация на будущее с сохранением эмоциональной устойчивости, а также процесс адаптации к заболеванию. Несмотря на их меньшую предиктивную силу, данные характеристики сохраняют важное значение как дополнительные ресурсы, обеспечивающие долговременную психологическую стабилизацию и субъективное принятие сложной жизненной ситуации.

Т.о., наиболее значимыми мишенями в работе психолога с данной онкологической группой будут гармонизация восприятия прошлого и будущего времени своей жизни, работа с депрессивной симптоматикой для нормализации эмоциональной сферы и формирование удовлетворительного уровня социальной поддержки.

Исходя из полученных результатов установлено, что у пациентов с ОНМК наиболее значимыми являются: геротрансцендентность (социальное измерение, генерализованное мировосприятие), приверженность лечению, положительное восприятие будущего и автономия (сохранение трудовой деятельности). Для пациентов с ИМ на фоне ИБС значимыми являются: геротрансцендентность (социальное измерение), приверженность лечению и реалистичное восприятие будущего времени. У пациентов с ЗН – геротрансцендентность (генерализованное мировосприятие), приверженность лечению и переосмысление прошлого времени.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты пожилого возраста после перенесенного ОНМК характеризуются средним уровнем геротрансцендентности, легкой степенью выраженности депрессивной симптоматики, низкими показателями психологического благополучия (автономии и личностного роста). Временная перспектива личности характеризуется положительным восприятием прошлого и негативным восприятием настоящего.
2. Определены факторы оптимального старения у пациентов с ОНМК, из которых наибольшее влияние на приверженность лечению оказывают: «положительная оценка будущего и эмоциональная стабильность» и «самостоятельность / независимость». Наиболее значимым предиктором приверженности лечению является тяжесть неврологической симптоматики.
3. Пациенты после ИМ на фоне ИБС демонстрируют низкий уровень геротрансцендентности, высокие показатели психологического благополучия, отсутствие депрессивной симптоматики и положительное восприятие будущего. Наиболее актуальным компонентом геротрансцендентности является социальное измерение, отражающее значимость сохранения прежних социальных связей.
4. Определены факторы оптимального старения у пациентов после ИМ на фоне ИБС, из которых значимое влияние на приверженность лечению оказывают: «понимание ограничений будущего», «положительная оценка прошлого и будущего» и «длительность соматического неблагополучия».
5. Пациенты с ЗН характеризуются низкой геротрансцендентностью, высоким уровнем депрессивной симптоматики, низкими показателями психологического благополучия и ориентацией на прошлый период своей жизни. Наиболее актуальными в условиях болезни компонентами геротрансцендентности являются личностное измерение (принятие себя после хирургического вмешательства) и генерализованное мировосприятие.

6. Определены факторы оптимального старения у пациентов с ЗН, из которых наибольшее влияние на приверженность лечению оказывают: «положительная оценка прошлого и будущего», «первое столкновение с болезнью» и «важность социальной поддержки».
7. Общими факторами оптимального старения для пациентов и для условно здоровых пожилых людей, являются: положительное восприятие прошлого и будущего времени, эмоциональная стабильность (отсутствие депрессивной симптоматики) и уровень психологического благополучия. Специфические факторы, обеспечивающие оптимальное старение в условиях болезни: уровень автономии/самостоятельности и тяжесть нарушений (для ОНМК); реалистичное понимание ограничений и позитивная временная перспектива (для ИМ на фоне ИБС); принятие себя и физических изменений, наличие социальной поддержки (для ЗН).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое исследование позволило глубоко проанализировать особенности оптимального старения у пожилых пациентов с различными формами тяжёлых соматических заболеваний (ОНМК, ИБС и ЗН), выявить специфические клинико-психологические и социальные характеристики каждой нозологической группы, а также определить значимые факторы, влияющие на приверженность лечению.

В целом, можно констатировать, что в условиях тяжёлой соматической патологии структура оптимального старения становится более многослойной и комплексной по сравнению с условно здоровой пожилой популяцией. Наряду с универсальными детерминантами — такими, как позитивная оценка прошлого и будущего жизненного опыта, эмоциональная устойчивость и субъективное психологическое благополучие, — в каждой нозологической группе выявляются специфические факторы. Эти факторы отражают уникальные аспекты переживания заболевания, процессы адаптации к его ограничениям, а также влияние клинических характеристик на эмоционально-психологическое состояние пациентов.

У пациентов с ОНМК ключевыми компонентами, влияющими на оптимальное старение и приверженность лечению, стали восприятие будущего, самостоятельность/независимость и тяжесть клинических нарушений. При этом геротрансцендентность, несмотря на нормативные показатели, не демонстрировала прямой связи с приверженностью лечению, что подчёркивает важность целенаправленного формирования позитивного образа будущего и поддержки повседневной автономии пациента.

Для пациентов с ИБС важную роль играет реалистичное восприятие ограничений, связанных с заболеванием, а также способность сохранять позитивную временную перспективу. Повышенная геротрансцендентность в этой группе положительно коррелирует с приверженностью лечению, подтверждая её значимость как внутреннего ресурса зрелости и адаптации. В то

же время нереалистично завышенные ожидания от будущего, без учета медицинских ограничений, могут снижать мотивацию к соблюдению терапии.

У пациентов с тяжёлыми соматическими заболеваниями особое значение приобретают процессы принятия возрастных и физических изменений, способности к адаптации к болезни, а также качество и доступность социальной поддержки. Повторные обострения и длительное течение заболевания оказывают дестабилизирующее влияние на уровень геротрансцендентности и восприятие жизненной перспективы, особенно затрагивая компонент целостного мировосприятия. В этих условиях актуализируется необходимость психологического сопровождения, ориентированного на переосмысление личного жизненного пути, восстановление ценностно-смысловой сферы и поддержание позитивного отношения к себе и собственному будущему.

Таким образом, выявленные различия в структуре оптимального старения и его влиянии на приверженность лечению подчеркивают необходимость индивидуализированного подхода к психологическому сопровождению пожилых пациентов с различными нозологиями. Важно не только учитывать клиническое состояние и стадию заболевания, но и работать с личностными и экзистенциальными аспектами восприятия возраста, здоровья и жизненной перспективы. Это позволит повысить мотивацию к лечению, улучшить качество жизни и сформировать условия для более гармоничного прохождения пожилого возрастного этапа даже в условиях тяжёлого соматического заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Aben, I. Personality and vulnerability to depression in stroke patients: A 1-year prospective follow-up study / I. Aben, J. Denollet, R. Lousberg, F. Verhey, F. Wojciechowski, A. Honig // *Stroke*, 2002. — 2391–2395 p.
2. Antonovsky A. Health, stress, and coping. — San Francisco: Jossey-Bass, 1979. — 255 p.
3. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. — San Francisco: Jossey-Bass, 1987. — 210 p.
4. Antonucci T.C., Ajrouch K.J., Birditt K.S. The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. — *Gerontologist*. — 2014. — Vol. 54(1). — P. 82–92.
5. Antonucci T.C., Akiyama H. Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. — *Journal of Gerontology*. — 1987. — Vol. 42. — P. 519–527.
6. Baltes M.M., Carstensen L.L. The process of successful ageing. — *Ageing & Society*. — 1996. — Vol. 16(4). — P. 397–422.
7. Baltes M.M., Silverberg S. The dynamics between dependency and autonomy: Illustrations across the life span. — In: Baltes P.B., Featherman D.L., Lerner R.M. (Eds.). *Life-span development and behavior*. Vol. 7. — Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1985. — P. 41–90.
8. Baltes P.B., Baltes M.M. *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. — Cambridge: Cambridge University Press, 1990. — 400 p.
9. Baltes P.B., Lindenberger U., Staudinger U.M. Life-span theory in developmental psychology. In: Lerner R.M. (Ed.), *Handbook of child psychology*. Vol. 1. — New York: Wiley, 2006. — P. 569–664.
10. Baltes P.B., Smith J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. — *Gerontology*. — 2003. — Vol. 49. — P. 123–135.

11. Baltes P.B., Staudinger U.M. Interactive minds: Life-span perspectives on the social foundation of cognition. — New York: Cambridge University Press, 1996. — 384 p.
12. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. — New York: Freeman, 1997. — 604 p.
13. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. — Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986. — 617 p.
14. Berkman L.F., Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. — In: Berkman L.F., Kawachi I. (Eds.). Social epidemiology. — Oxford: Oxford University Press, 2000. — P. 137–173.
15. Berkman L.F., Kawachi I., Glymour M.M. Social epidemiology. 2nd ed. — Oxford: Oxford University Press, 2014. — 560 p.
16. Berkman L.F., Syme S.L. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. — American Journal of Epidemiology. — 1979. — Vol. 109(2). — P. 186–204.
17. Bowling A. Measuring successful ageing. — In: Bowling A. (Ed.). Ageing well. — Maidenhead: Open University Press, 2005. — P. 1–22.
18. Bowling A., Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? — BMJ. — 2005. — Vol. 331. — P. 1548–1551.
19. Brandtstädter J., Lerner R.M. Action and self-development: Theory and research through the life span. — Thousand Oaks, CA: Sage, 1999. — 496 p.
20. Carstensen L.L. Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. — In: Jacobs J.E. (Ed.). Nebraska Symposium on Motivation. Vol. 40. — Lincoln: University of Nebraska Press, 1993. — P. 209–254.
21. Carstensen L.L. Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. — Gerontologist. — 1992. — Vol. 32. — P. 208–215.

22. Carstensen L.L., Fung H.H., Charles S.T. Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. — *Motivation and Emotion*. — 2003. — Vol. 27(2). — P. 103–123.
23. Carstensen L.L., Isaacowitz D.M., Charles S.T. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. — *American Psychologist*. — 1999. — Vol. 54. — P. 165–181.
24. Carstensen L.L., Mikels J.A. At the intersection of emotion and cognition. — *Current Directions in Psychological Science*. — 2005. — Vol. 14(3). — P. 117–121.
25. Charles S.T., Carstensen L.L. Social and emotional aging. — *Annual Review of Psychology*. — 2010. — Vol. 61. — P. 383–409.
26. Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. — *Psychological Bulletin*. — 1985. — Vol. 98(2). — P. 310–357.
27. Csikszentmihalyi M. *Flow: The psychology of optimal experience*. — New York: Harper & Row, 1990. — 303 p.
28. Cumming E., Henry W.E. *Growing old: The process of disengagement*. — New York: Basic Books, 1961. — 296 p.
29. Datan, N., Rodeheaver, D., & Hughes, F. Adult development and aging // *Annual Review of Psychology*. 1987, VOL. 38. P. 153–180. doi: [10.1146/annurev.ps.38.020187.001101](https://doi.org/10.1146/annurev.ps.38.020187.001101)
30. De Ryck A. Risk Factors for Poststroke Depression: Identification of Inconsistencies Based on a Systematic Review / A. De Ryck, R. Brouns, M. Geurden et al. // *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. – 2014. – Vol. 27, №3. – P. 1–12.
31. Deci E.L., Ryan R.M. Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. — *Canadian Psychology*. — 2008. — Vol. 49(1). — P. 14–23.
32. Deci E.L., Ryan R.M. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. — New York: Plenum Press, 1985. — 372 p.

33. Deci E.L., Ryan R.M. Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. — New York: Guilford Press, 2017. — 756 p.
34. Diener E., Biswas-Diener R. Happiness: Unlocking the mysteries of psychological wealth. — Malden, MA: Blackwell, 2008. — 304 p.
35. Diener E., Chan M.Y. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. — *Applied Psychology: Health and Well-Being*. — 2011. — Vol. 3(1). — P. 1–43.
36. Diener E., Lucas R.E., Scollon C.N. Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. — *American Psychologist*. — 2006. — Vol. 61(4). — P. 305–314.
37. Diener E., Oishi S., Lucas R.E. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. — In: Snyder C.R., Lopez S.J. (Eds.). *Handbook of positive psychology*. — New York: Oxford University Press, 2002. — P. 63–73.
38. Diener E., Seligman M.E.P. Beyond money: Toward an economy of well-being. — *Psychological Science in the Public Interest*. — 2004. — Vol. 5(1). — P. 1–31.
39. Diener E., Suh E., Lucas R.E., Smith H. Subjective well-being: Three decades of progress. — *Psychological Bulletin*. — 1999. — Vol. 125. — P. 276–302.
40. Diener E., Tay L., Oishi S. Rising income and the subjective well-being of nations. — *Journal of Personality and Social Psychology*. — 2013. — Vol. 104(2). — P. 267–276.
41. Erikson E.H. *Identity and the life cycle*. — New York: International Universities Press, 1959. — 171 p.
42. Erikson E.H. *The life cycle completed*. — New York: Norton, 1982. — 124 p.
43. Folkman S., Moskowitz J.T. Positive affect and the other side of coping. — *American Psychologist*. — 2000. — Vol. 55(6). — P. 647–654.
44. Freak-Poli R. Depressive symptoms prior to and after incident cardiovascular disease and long term survival. A population-based study of older person / R.

- Freak-Poli, A. Hofman, M. Arfan Ikram et al. // *Depression and anxiety*. – 2018. – Vol. 35, №1. – P. 18-31.
45. Freak-Poli, R. Depressive symptoms prior to and after incident cardiovascular disease and long term survival. A population-based study of older person / R. Freak-Poli, A. Hofman // *Depression and anxiety*, 2018. -18-31 p.
46. George L.K. Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. — *Journals of Gerontology: Series B*. — 2010. — Vol. 65B(3). — P. 331–339.
47. Havighurst R.J. Successful aging. — *Gerontologist*. — 1961. — Vol. 1. — P. 8–13.
48. Heckhausen J., Schulz R. A life-span theory of control. — *Psychological Review*. — 1995. — Vol. 102. — P. 284–304.
49. Heckhausen J., Wrosch C., Schulz R. A motivational theory of life-span development. — *Psychological Review*. — 2010. — Vol. 117(1). — P. 32–60.
50. Hofstede G. Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations. 2nd ed. — Thousand Oaks, CA: Sage, 2001. — 596 p.
51. House J.S., Landis K.R., Umberson D. Social relationships and health. — *Science*. — 1988. — Vol. 241. — P. 540–545.
52. Huppert F.A., Baylis N., Keverne B. The science of well-being. — Oxford: Oxford University Press, 2005. — 568 p.
53. Isaacowitz D.M., Blanchard-Fields F. Linking process and outcome in the study of emotion and aging. — *Perspectives on Psychological Science*. — 2012. — Vol. 7. — P. 3–17.
54. Kahneman D. Thinking, fast and slow. — New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011. — 499 p.
55. Kahneman D., Diener E., Schwarz N. Well-being: The foundations of hedonic psychology. — New York: Russell Sage Foundation, 1999. — 604 p.

56. Keyes C.L.M. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. — *Journal of Health and Social Behavior*. — 2002. — Vol. 43(2). — P. 207–222.
57. Keyes C.L.M., Ryff C.D. Subjective change and mental health: A self-concept theory. — *Social Psychology Quarterly*. — 2000. — Vol. 63. — P. 264–279.
58. Keyes C.L.M., Shmotkin D., Ryff C.D. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. — *Journal of Personality and Social Psychology*. — 2002. — Vol. 82(6). — P. 1007–1022.
59. Kitayama S., Markus H.R. Emotion and culture: Empirical studies of mutual influence. — Washington, DC: APA, 1994. — 365 p.
60. Kitwood T. Dementia reconsidered: The person comes first. — Buckingham: Open University Press, 1997. — 224 p.
61. Lawton M.P. Competence, environmental press, and the adaptation of older people. — In: P.B. Baltes, O.G. Brim (Eds.). *Life-span development and behavior*. Vol. 1. — New York: Academic Press, 1976. — P. 333–366.
62. Lawton M.P. Environment and aging. — Albany: Center for the Study of Aging, 1980. — 432 p.
63. Lawton M.P., Nahemow L. Ecology and the aging process. — In: Eisdorfer C., Lawton M.P. (Eds.). *The psychology of adult development and aging*. — Washington, DC: APA, 1973. — P. 619–674.
64. Lazarus R.S. Stress, appraisal, and coping. — New York: Springer, 1984. — 456 p.
65. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. — New York: Springer, 1986. — 456 p.
66. Lyubomirsky S. The show of happiness. — New York: Penguin, 2008. — 384 p.
67. Lyubomirsky S., Sheldon K.M., Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. — *Review of General Psychology*. — 2005. — Vol. 9(2). — P. 111–131.

68. Markus H.R., Kitayama S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. — *Psychological Review*. — 1991. — Vol. 98(2). — P. 224–253.
69. Martin, C. Subjective experience after stroke / C. Martin, G. Dellatolas, D. Viguier, L. Willadino-Braga, G. Deloche // *Applied neuropsychology*, 2002. — 148-158 p.
70. Napoles, A.M. Coping resources and self-rated health among Latina breast cancer survivors / A.M. Napoles, C. Ortiz, H. O'Brien, A.B. Sereno, C.P. Caplan // *Oncology Nursing Forum*; Vol. 38 (5), 2011. — 523-531 p.
71. Neugarten B.L. Personality and aging. — In: Birren J.E. (Ed.). *Handbook of the psychology of aging*. — New York: Van Nostrand Reinhold, 1977. — P. 626–649.
72. Neugarten B.L. *The meanings of age: Selected papers*. — Chicago: University of Chicago Press, 1996. — 304 p.
73. Nussbaum J.F., Pecchioni L.L., Robinson J.D., Thompson T.L. *Communication and aging*. 2nd ed. — Mahwah, NJ: Erlbaum, 2000. — 336 p.
74. Oishi S., Diener E., Lucas R.E. Optimal happiness is not the goal: Why a moderate level of subjective well-being is desirable. — *Perspectives on Psychological Science*. — 2007. — Vol. 2(4). — P. 346–360.
75. Palmore E. *Ageism: Negative and positive*. — New York: Springer, 1999. — 272 p.
76. Piquart M., Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. — *Psychology and Aging*. — 2003. — Vol. 18(2). — P. 250–267.
77. Piquart M., Sörensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. — *Basic and Applied Social Psychology*. — 2001. — Vol. 23(4). — P. 245–266.
78. Pudrovskaya, T. What makes you stronger: age and cohort differences in personal growth after cancer / T. Pudrovskaya // *Journal of Health and Social Behavior*, 2019. — 260-273 p.

79. Rebecca L. Siegel, Kimberly D. Miller, Ahmedin Jemal. Cancer statistics // CA: a cancer journal for clinicians. 2020. Vol. 70, №1. P. 7-30. doi: 10/3322/caac.21590.
80. Rowe J.W., Kahn R.L. Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. — Journals of Gerontology: Series B. — 2015. — Vol. 70(4). — P. 593–596.
81. Rowe J.W., Kahn R.L. Successful aging. — Gerontologist. — 1987. — Vol. 27. — P. 433–440.
82. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. — American Psychologist. — 2000. — Vol. 55(1). — P. 68–78.
83. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. — Journal of Personality and Social Psychology. — 1989. — Vol. 57(6). — P. 1069–1081.
84. Ryff C.D. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. — Psychotherapy and Psychosomatics. — 2014. — Vol. 83(1). — P. 10–28.
85. Ryff C.D., Keyes C.L.M. The structure of psychological well-being revisited. — Journal of Personality and Social Psychology. — 1995. — Vol. 69(4). — P. 719–727.
86. Ryff C.D., Singer B.H. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. — Journal of Happiness Studies. — 2008. — Vol. 9. — P. 13–39.
87. Ryff C.D., Singer B.H. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. — Psychotherapy and Psychosomatics. — 1996. — Vol. 65(1). — P. 14–23.
88. Ryff C.D., Singer B.H., Love G.D. Positive health: Connecting well-being with biology. — Philosophical Transactions of the Royal Society B. — 2004. — Vol. 359. — P. 1383–1394.

- 89.Saracino, R.M. Towards a new conceptualization of depression in older cancer patients: a review of the literature / R.M. Saracino, B. Rosenfeld, C.J. Nelson // *Aging and Mental Health*, 2016. – 1230-1242 p.
- 90.Schroyen, S. Association between self-perception of aging, view of cancer and health of older patients in oncology: a one-year longitudinal study / S. Schroyen, P. Missotten, G. Jerusalem, M. Van den Akker, F. Buntinx, S. Adam // *BMC Cancer*, 2017. – 3-11 p.
- 91.Schulz R., Heckhausen J. A life-span model of successful aging. — *American Psychologist*. — 1996. — Vol. 51(7). — P. 702–714.
- 92.Schulz R., Martire L.M. Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. — *American Journal of Geriatric Psychiatry*. — 2004. — Vol. 12(3). — P. 240–249.
- 93.Schwartz S.H. A theory of cultural values and some implications for work. — *Applied Psychology*. — 1999. — Vol. 48(1). — P. 23–47.
- 94.Schwartz S.H. Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests. — *Advances in Experimental Social Psychology*. — 1992. — Vol. 25. — P. 1–65.
- 95.Seligman M.E.P. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. — New York: Free Press, 2011. — 368 p.
- 96.Seligman M.E.P., Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. — *American Psychologist*. — 2000. — Vol. 55(1). — P. 5–14.
- 97.Stepto A., Deaton A., Stone A.A. Subjective wellbeing, health, and ageing. — *Lancet*. — 2015. — Vol. 385(9968). — P. 640–648.
- 98.Stepto A., Wardle J. Positive affect and biological function in everyday life. — *Neurobiology of Aging*. — 2005. — Vol. 26(1). — P. 108–112.
- 99.Steverink N., Westerhof G.J., Bode C., Dittmann-Kohli F. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. — *Journals of Gerontology: Series B*. — 2001. — Vol. 56(6). — P. P364–P373.
100. Taylor S.E. Health psychology. — New York: McGraw-Hill, 1999. — 688 p.

101. Taylor S.E., Brown J.D. Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. — *Psychological Bulletin*. — 1988. — Vol. 103(2). — P. 193–210.
102. Thoits P.A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. — *Journal of Health and Social Behavior*. — 2011. — Vol. 52(2). — P. 145–161.
103. Tornstam L. Gerotranscendence from young old age to very old age. — *International Journal of Aging and Human Development*. — 2011. — Vol. 73(3). — P. 203–229.
104. Tornstam L. Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging. — New York: Springer, 2005. — 256 p.
105. Tornstam L. Gerotranscendence: A theory about maturing into old age. — *Journal of Aging and Identity*. — 1997. — Vol. 2(1). — P. 17–36.
106. Tornstam L. Gerotranscendence: the contemplative dimension of aging // *Journal of Aging Studies*, 2017. Vol. 11, issue 2. P. 143-154.
107. Tornstam L. Maturing into Gerotranscendence // *Journal of Transpersonal Psychology*. 2011. Vol.43, N 2. P. 166-180.
108. Triandis H.C. Individualism and collectivism. — Boulder, CO: Westview Press, 1995. — 259 p.
109. Vaillant G.E. Aging well: Surprising guideposts to a happier life. — Boston: Little, Brown, 2002. — 336 p.
110. Vaillant G.E. Triumphs of experience: The men of the Harvard Grant Study. — Cambridge, MA: Harvard University Press, 2012. — 480 p.
111. Van Rijsbergen M.A, Mark R.E., Kop W.J., et al. Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety / M.A. Van Rijsbergen, R.E. Mark, W.J. Kop et al. // *Neuropsychological Rehabilitation*. – 2019. – Vol. 29, №10. – P. 1671-1684.
112. Van Rijsbergen M.A. The role of objective cognitive dysfunction in subjective cognitive complaints after stroke /M.A. Van Rijsbergen, R.E. Mark,

- W.J. Kop et al.// *European Journal of Neurology*. – 2017. – Vol. 24, №3. – P. 475–482.
113. Van Rijsbergen, M.A. Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety/ M.A.van Rijsbergen, R.E. Mark, W.J. Kop, P.L. M. Kort, M.M.Sitskoorn // *Neuropsychological Rehabilitation*, 2019. – 1671-1684 p.
114. Van Rijsbergen, M.A. The role of objective cognitive dysfunction in subjective cognitive complaints after stroke / M.A.van Rijsbergen, R.E. Mark, W.J. Kop, P.L.M. Kort, M.M. Sitskoorn // *European Journal of Neurology*, 2017. – 475–482 p.
115. Waterman A.S. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. — *Journal of Personality and Social Psychology*. — 1993. — Vol. 64(4). — P. 678–691.
116. Westerhof G.J., Bohlmeijer E.T. Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review. — *Research on Aging*. — 2014. — Vol. 36(3). — P. 267–285.
117. World Health Organization. Decade of healthy ageing: Baseline report. — Geneva: WHO, 2020. — 228 p.
118. World Health Organization. World report on ageing and health. — Geneva: WHO, 2015. — 260 p.
119. Zarit S.H., Zarit J.M. Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment. — New York: Guilford Press, 2011. — 448 p.
120. Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. Л.: Изд-во ЛГУ, 1974. 135 с.
doi.org/10.18087/cardio.2021.12.n1879
121. Алекян Б.Г., Бойцов С.А., Маношкина Е.М., Ганюков В.И. Анализ российских национальных показателей реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом в 2022 г. // *Эндоваскулярная хирургия*. 2023; Т10, №3. С. 260-9.

122. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. — М.: Наука, 1977. — 380 с.
123. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. — Л.: ЛГУ, 1968. — 339 с.
124. Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: перестройка, развитие и самореализация. — М.: Смысл, 1994. — 390 с.
125. Анциферова Л.И. Психология старости и старения. — М.: Академический проект, 2006. — 527 с.
126. Анцыферова Л.И. Методологические проблемы психологии развития // Принцип развития в психологии. М.: Наука, 1977. - С. 5-28.
127. Анцыферова Л.И. Новые стадии поздней жизни: время теплой осени или суровой зимы? // Психологический журнал. - Т. 15. - № 3. - 1994. - С. 99-105.
128. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. - 512 с.
129. Анцыферова Л.И. Человек перед лицом жизни и смерти // Российский менталитет: вопросы психологической теории и практики / Под ред К.А. Абульхановой, А.В. Брушлинского и М.И. Воловиковой. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 1997. - С.44-55.
130. Ахмадеева Л.Р. Личностные защитные системы и их психодиагностика в геронтопсихологии / Л.Р. Ахмадеева, Э.М. Харисова, И.Р. Хох // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2018. – Т. 20, №12. – С. 22-25.
131. Белоконь, О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых людей в России (результаты проведенных опросов) / О. В. Белоконь // *Успехи геронтологии*, 2005. – 87-101 с.
132. Бергфельд, А.Ю. Динамика жизненных ценностей женщин с онкологическим диагнозом: опыт апробации программы

- психологического сопровождения /А.Ю. Бергфельд // *Образовательный вестник «Сознание»*, 2019. – 5-10 с.
133. Бочаров В.В. Психологические особенности переживания старости. — СПб.: Речь, 2008. — 247 с.
134. Братусь Б.С. Личностный смысл как системообразующий фактор сознания. — Вопросы психологии. — 1981. — №5. — С. 109–117.
135. Братусь Б.С. Психология личности. — М.: Академия, 2007. — 367 с.
136. Великанов А.А., Лисакова А.А., Демченко Е. А., Левашкевич Ю.Л., Круглова Н.Е. Психологические методы в системе лечебно-реабилитационных мероприятий для больных с ишемической болезнью сердца // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2022; №2. С. 109-120. doi: 10.23888/humJ2022102109-120.
137. Водопьянова Н.Е. Психология здоровья. — СПб.: Питер, 2009. — 384 с.
138. Глазачев, О.С. Качество жизни пожилым возрастом возможности управления на основе принципов адаптационной медицины / О. С. Глазачев // *Вестник международной академии наук*, 2018. – 64-71 с.
139. Глозман Ж.М. Клиническая психология. — М.: Академия, 2005. — 340 с.
140. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психология времени. — М.: Смысл, 1984. — 288 с.
141. Громова Н.Л. Психология старости: учебное пособие. — М.: Академия, 2003. — 240 с.
142. Данишев, Р.Р. Эффективность ЛФК, психотерапии и ароматерапии, как комплекса реабилитационных мероприятий в постинфарктный период / Р.Р. Данишев, А.С. Чирин // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*, 2017. – 128-137 с.
143. Демченко Т.В. Временная перспектива личности, геротрансцендентность и приверженность лечению // *Успехи геронтологии*. - 2022. - № 4. - С. 592-594.

144. Демченко Т.В. Геронтологические аспекты соматических заболеваний: обзор современного состояния исследований / Т.В. Демченко, Е.Р. Исаева // сетевой научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». – 2020. – №4. – С. 379-388
145. Демченко Т.В. Геротрансцендентность, отношение к будущему и приверженность лечению у пациентов с онкологическими заболеваниями // Вестник психотерапии. - 2022. - №83. – С. 29-39.
146. Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Демченко Е.А., Великанов А.А. Геротрансцендентность и приверженность лечению у пожилых пациентов с первичным и повторным инфарктом миокарда в реабилитационном периоде // Вестник психотерапии. – 2025. - №94. – С. 38-49.
147. Демченко Т.В., Исаева Е.Р., Демченко Е.А., Великанов А.А. Факторы оптимального старения и их влияние на приверженность лечению у пациентов с ишемической болезнью сердца, осложненной инфарктом миокарда // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2025. - Т.13, №2 (49). – С. 239-248.
148. Добрынина Л.А. Социальная психология старости. — М.: Наука, 2001. — 243 с.
149. Дубровина И.В. Психология развития и возрастная психология. — М.: Просвещение, 2004. — 398 с.
150. Ениколопов С.Н. Личность и болезнь: психологические аспекты. — М.: Смысл, 2002. — 212 с.
151. Еремина Д.А. Роль когнитивного функционирования в успешности социально-трудовой реабилитации кардиохирургических больных / Д.А. Еремина, О.Ю. Щелкова, Е.А. Демченко // *Научный сетевой журнал «Медицинская психология в России»*, 2018, – 1-10 с.
152. Ермолаева М. В. Субъектный подход в психологии развития взрослого человека (вопросы и ответы). Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. -200 с.

153. Ермолаева М.В. Жизненный опыт как критерий личностного развития в старости // Мир психологии. - 2007. - № 3. - С. 142-152.
154. Ермолаева М.В. Практическая психология старости. - М.: Изд-во Эксмо-Пресс, 2002. - 320 с.
155. Ермолаева М.В. Проблема личностного самоопределения в старости // Психология зрелости и старения. - 2009. - № 3(47). - С. 64-85.
156. Ермолаева М.В. Психология зрелого и позднего возрастов в вопросах и ответах. М.: Издательство МПСИ; Воронеж: «МОДЭК», 2003. - 280 с.
157. Ермолаева М.В. Психология развития: Методическое пособие для студентов заочной и дистанционной форм обучения. - М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2009 г. - 376 с.
158. Ермолаева М.В. Психолого-педагогическое сопровождение пожилого человека. Автореф. дис. ... докт. психол. наук: 19.00.07 / М.В. Ермолаева. - М., 2010. - 43 с.
159. Ермолаева М.В. Психолого-педагогическое сопровождение пожилого человека: учебное пособие. М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный университет, 2011. - 464 с.
160. Ермолаева М.В., Приходько. Особенности развития личности пожилого человека // Психология XXI века: теория, практика, перспектива: материалы международной научно-практической конференции (15-16 февраля) 2011 года. - Пенза - Витебск - Ереван: Научно-издат. Центр Социосфера, 2011. - С. 100-123.
161. Ермолаева М.В., Федотова Е.В. Организация обучения пожилых людей как социальный механизм противостояния стрессам позднего возраста / М.В. Ермолаева, Е.В. Федотова // Мир психологии. - 2008. - № 4. - С. 87-93.
162. Жучкова Светлана Михайловна. Социально-психологические детерминанты удовлетворенности жизнью в пожилом возрасте: дис. канд. психол. Наук, 2018, 220 с.

163. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития. — М.: Академия, 2003. — 320 с.
164. Зимбардо Ф., Бойд Дж. Парадокс времени. — СПб.: Речь, 2010. — 384 с.
165. Зотов П.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях / П.Б. Зотов, Е.Б. Любов // Тюменский медицинский журнал. — 2017. — Т. 19, №1. — С. 3-24.
166. Исаева Е.Р. Медицинская психология: учебное пособие. — СПб.: Питер, 2019. — 348 с.
167. Исаева Е.Р. Психология здоровья и болезни. — СПб.: Речь, 2010. — 320 с.
168. Исаева Е.Р., Демченко Т.В. Эмоциональная и ценностно-смысловая сферы, самовосприятие и отношение к своему будущему в условиях тяжелого соматического заболевания (на примере пациентов с ОНМК). — Ученые записки университета П.Ф. Лесгафта. — 2021. — №5. — С. 470-479.
169. Исакова Е.В. Немедикаментозная реабилитация постинсультных когнитивных нарушений у пациентов пожилого возраста / Е.В. Исакова, Ю.В. Егорова // Клиническая геронтология. — 2020. — Т. 26, №3-4. — С. 34-42.
170. Каменская О.В., Клинова А.С., Логинова И.Ю., и др. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов до и в отдаленные сроки после протезирования аорты / О.В. Каменская, А.С. Клинова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2024. Т. 124, №8. С. 83-89.
171. Касаткина М.Ю. Маркеры инсульта и депрессии: существуют ли специфические маркеры постинсультной депрессии? / М.Ю. Касаткин, И.С. Жанин, Н.В Гуляева// Нейрохимия. — 2020. — Т. 37, №4. — С. 318-327.
172. Ключко В.Е. Саморазвитие личности. — Томск: Изд-во Томского университета, 2007. — 320 с.

173. Ключко В.Е., Гришина Н.В. Психология развития субъекта. — Томск: Томский гос. ун-т, 2012. — 410 с.
174. Колосова В.В. Исследования стереотипов возраста в новой социально-психологической реальности (взгляды отечественных учёных) // Мир науки. Педагогика и психология. — 2019. — Т. 7, № 5. — С 1-13.
175. Кудрявцев Т.В. Психология старения: теория и практика. — М.: Наука, 2009. — 310 с.
176. Кужелева Е.А., Федюнина В.А., Гарганеева А.А. Приверженность лечению и качество жизни больных ССЗ на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи / Е.А, Кужелева, В.А, Федюнина, А.А. Гарганеева // Евразийский Кардиологический Журнал, 2020 Т. 2. С. 34-40.
177. Кулагина И.Ю. Возрастная психология. — М.: Академия, 2004. — 336 с.
178. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. — М.: Педагогика, 1986. — 240 с.
179. Марцинковская Т.Д. Возрастная психология. — М.: Академия, 2004. — 432 с.
180. Менделевич В.Д. Клиническая психология. — М.: МЕДпресс, 2005. — 576 с.
181. Моросанова В.И. Индивидуальные стили саморегуляции. — М.: Наука, 2004. — 304 с.
182. Моросанова В.И. Психология саморегуляции. — М.: Академия, 2010. — 320 с.
183. Нечаев Н.Н. Психология развития личности. — М.: Академия, 2005. — 415 с.
184. Николаева, Э.Ф. Качество жизни как фактор стрессовых состояний у лиц пожилого возраста / Э.Ф. Николаева // *Балканское научное обозрение*, 2020. — 56-59 с.
185. Носко В.А. Психология личности в зрелом возрасте. — Ростов н/Д: Феникс, 2008. — 272 с.

186. Обуховская В.Б. Ресурсные и дефицитные характеристики внутренней картины болезни пациентов с неврологической патологией в контексте психологической болезни / В.Б. Обуховская, Э.И. Мещерякова // Психология. – 2018. – №5. – С. 1-13.
187. Орлов А.Б. Смысл жизни и психология личности. — М.: Смысл, 2006. — 356 с.
188. Орлова М.А. Психология старения. — М.: Академический проект, 2011. — 280 с.
189. Панферов В.Н. Социальная психология. — СПб.: Питер, 2000. — 352 с.
190. Петрова Т.И. Приверженность больных ИБС пожилого и старческого возраста к медикаментозной терапии на догоспитальном этапе перед реваскуляризацией миокарда/ Петрова Т.И., Лубинская Е.И., Зеленская И.А., Демченко Е.А.// Образовательный форум «Российские дни сердца» 2019, Санкт-Петербург, 18-20 апреля 2019 г.: Сборник тезисов. – С.231
191. Петрова, Т.И. Инсульт и другие неврологические осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных ИБС пожилого и старческого возраста после коронарного шунтирования / Т.И. Петрова, Е.И. Лубинская, Т.А. Павлова, Е.А. Демченко // *Сборник тезисов Российский национальный конгресс кардиологов 2019.* – 2019. – 850 с.
192. Петровский А.В. Психология развития и возрастная психология. — М.: Академия, 2000. — 416 с.
193. Погосова Г.В., Белова Ю.С., Рославцева А.Н. Приверженность к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевой элемент снижения сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, Ю.С. Белова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. Т. 6, №1. С. 99-104.
194. Погосова Н.В., Бойцов С.А. Профилактическая кардиология 2024: состояние проблемы и перспективы развития // Кардиология. 2024; Т 64, №1. С. 4-13. doi.org/10.18087/cardio.2024.1.n2636

195. Погосова Н.В., Бойцов С.А., Аушева А.К., Соколова О.Ю., Арутюнов А.А., Осипова И.В., Поздняков Ю.М. Медикаментозная терапия и приверженность к ней пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V / Н.В. Погосова, С.А. Бойцов // Кардиология. 2021. Т. 61, №8. С. 4-13.
196. Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Юферева Ю.М., Курсаков А.А., Аушева А.К., Арутюнов А.А. и др. Психосоциальные факторы риска у пациентов с наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями – артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (по данным исследования КОМЕТА) // Кардиология. 2019; Т. 59, №8. С. 54-63. doi.org/10.18087/cardio.2019.8.n469
197. Потехина А.В., Щинова А.М., Долгушева Ю.А., и др. Влияние различных форм диспансерного наблюдения на выживаемость больных после острого коронарного синдрома // Кардиологический вестник. 2024, Т. 19, №4. С. 172-181. doi.org/10.17116/Cardiobulletin202419042172.
198. Протасов Е.А., Великанов А.А., Трегубенко И.А., Старунская Д.А., Левашкевич Ю.Л., Демченко Е.А. Особенности мотивации пациентов с ишемической болезнью сердца к участию в программе амбулаторной кардиологической реабилитации//Кардиология: новости, мнения, обучение. 2018. № 1. С. 74-81 http://cardio-nmo.geotar.ru/ru/jarticles_cardio/213.html?SSr=170133ed6914ffffff27c__07e2031d0e1123-6bfc
199. Протасов Е.А., Великанов А.А., Трегубенко И.А., Старунская Д.А., Левашкевич Ю.Л., Демченко Е.А. Особенности мотивации пациентов с ишемической болезнью сердца к участию в программе амбулаторной кардиологической реабилитации//Кардиология: новости, мнения, обучение. 2018. № 1. С. 74-81 http://cardio-nmo.geotar.ru/ru/jarticles_cardio/213.html?SSr=170133ed6914ffffff27c__07e2031d0e1123-6bfc

200. Психология личности / Под ред. А.В. Петровского. — М.: Академия, 2007. — 400 с.
201. Психология личности / Под ред. Б.Г. Ананьева. — СПб.: Питер, 2002. — 432 с.
202. Пышкина Л.И., Тяжелников А.А., Кабанов А.А., Шеразадишвили Д.Т., Осмаева З.Х., Приказчиков С.В., Камчатнов П.Р. Факторы риска и приверженность лечению пациентов с цереброваскулярными заболеваниями / Л.И. Пышкина, А.А. Тяжелников // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023. Т. 123, №8. С. 84-89.
203. Реан А.А. Психология адаптации личности. — СПб.: Питер, 2006. — 320 с.
204. Реан А.А. Психология личности. — СПб.: Питер, 2008. — 288 с.
205. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — СПб.: Питер, 2003. — 713 с.
206. Сергиенко Е.А. Психология развития: теория и практика. — М.: Институт психологии РАН, 2006. — 384 с.
207. Смирнов С.Д. Психология личности. — М.: Аспект-Пресс, 2000. — 336 с.
208. Смородская И.В., Чернявская Т.К. Ишемическая болезнь сердца: анализ медицинских свидетельств о смерти / И.В. Смородская, Т.К. Чернявская // Российский кардиологический журнал, 2022. Т. 27, № 1: 4637. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2022-4637>.
209. Соколова Е.Т. Личность и эмоциональные нарушения. — М.: Смысл, 2002. — 268 с.
210. Соколова Н.Ю. Приверженность к терапии у пациентов со стабильной ИБС после различных реваскуляризирующих операций / Н.Ю. Соколова // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2019. Т. 12, №1. С. 25-30.

211. Степанов С.Ю. Методология и методы психологии. — М.: Академия, 2007. — 334 с.
212. Стилиди И.С. Тревожность и когнитивная дисфункция у пожилых пациентов с опухолями брюшной полости / И.С. Стилиди, А.Ю. Котюков, В.К. Лядов // Современная онкология. — 2017. — Т. 19, №1. — С. 61-63.
213. Столин В.В. Самосознание личности. — М.: Изд-во МГУ, 1983. — 284 с.
214. Стрижицкая О.Ю. Геротрансцендентность: концептуальные и эмпирические основания. — Психология зрелости и старения. — 2012. — №4. — С. 39–50.
215. Стрижицкая О.Ю. Геротрансцендентность: психологическое содержание и теоретические модели / О.Ю. Стрижицкая // Вестник Санкт-Петербургского университета: Психология и педагогика, 2017. Т. 7, Вып.3. С. 268-279.
216. Стрижицкая О.Ю. Оптимальное старение: методологические подходы. — Вестник СПбГУ. Сер. 16. — 2019. — №3. — С. [заполнить].
217. Стрижицкая О.Ю. Психология старения: современное состояние и перспективы исследований. — Психологический журнал. — 2017. — Т. 38. — №1. — С. 17–27.
218. Стрижицкая О.Ю. Самоотношение и временная перспектива личности в период поздней взрослости: дис. канд.психол.наук. СПб, 2006, 221 с.
219. Стрижицкая О.Ю. Современные и классические исследования старения // О.Ю. Стрижицкая. СПб.: СПбГУ, 2014.
220. Стрижицкая, О.Ю. Основы психогеронтологии: Учебно-методическое пособие / О.Ю. Стрижицкая. – СПб.: Психология (СПбГУ), 2016. –154с.
221. Стрижицкая, О.Ю. Психология позитивного старения: условия, факторы и социальные эффекты геротрансцендентности: Дис. ... доктора

- психологич. наук: 19.00.13 – психология развития, акмеология / О.Ю. Стрижицкая. – СПб, 2018. – 263 с
222. Тхостов А.Ш. Психология болезни. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
223. Тхостов А.Ш. Психология здоровья. — М.: Академия, 2012. — 340 с.
224. Тяпаева А.Р., Наумова Е.А., Семенова О.Н., Булаева Ю.В., Тяпкина Д.А., Бородай А.А. Приверженность лекарственной терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, перенесших COVID-19 (6 месяцев наблюдения) // А.Р. Тяпаева, Е.А. Наумова. Российский кардиологический журнал, 2024. Т. 29, №1.
225. Фельдштейн, Давид Иосифович. Психология взросления: Структур.-содерж. характеристики процесса развития личности: Избр. тр. / Д. И. Фельдштейн. — 2-е изд. — Москва: Моск. психол.-соц. ин-т, Флинта, 2004. — 670 с
226. Хатькова С.Е. Современные подходы к реабилитации больных после инсульта / С.Е. Хатькова, М.А. Акулова, О.Р. Орлова, А.С. Орлова// Нервные болезни. – 2016. – №3. – С. 27-33.
227. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. — СПб.: Питер, 2008. — 608 с.
228. Шаповаленко, И.В. Макартурское исследование успешного старения: на пути к новой геронтологии (реферативный обзор книги Rowe J. W., Kahn R. L. «Successful Aging») / И. В. Шаповаленко // *Электронный журнал «Современная зарубежная психология»*, 2017. – 13-21 с.
229. Шахматов И.В. Психология старения. — М.: Наука, 1989. — 296 с.
230. Шестопалова И.М. Личностные реакции онкологических больных пожилого и старческого возраста / И.М. Шестопалова, Г.А. Ткаченко // *Клиническая геронтология*, 2007. – 26-28 с.
231. Шмилович, А.А. Враждебность, тревожность и жизненное истощение в патогенезе инфаркта миокарда / А.А. Шмилович, Е.О. Таратухин // *Российский кардиологический журнал*, 2017. – 173-177 с.
232. Яковлева М. В., Лубинская Е. И. Изучение приверженности лечению

после операции коронарного шунтирования в аспекте внутренней картины болезни / Психология – наука будущего: Материалы VI Международной конференции молодых ученых 19–20 ноября 2015 года Москва, С. 560-563.
<http://www.psy-future.ru/2015%20Psy-future.pdf>

233. Яковлева М.В., Лубинская Е.И., Демченко Е.А. Внутренняя картина болезни как фактор приверженности лечению после операции коронарного шунтирования//Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология».2015. Т. 8, № 2. С. 59–70.