

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

ФАКУЛТЕТ ПО ПЕДАГОГИКА

Книга Социални дейности

Том 107

ANNUAL OF SOFIA UNIVERSITY “ST. KLIMENT OHRIDSKI”

FACULTY OF EDUCATION

Social Work

Volume 107

---

## ДЕПРЕСИЯ И СОЦИАЛНО ФУНКЦИОНИРАНЕ ПРИ ЛИЦА В НАПРЕДНАЛА И СТАРЧЕСКА ВЪЗРАСТ – ПОТРЕБИТЕЛИ НА СОЦИАЛНИ УСЛУГИ

ГИНКА МЕХАНДЖИЙСКА\*

**Резюме:** Настоящата студия представя изследване на взаимовръзките между измерените нива на депресия и група от променливи, свързани със социалното функциониране при лица в напреднала и старческа възраст – потребители на социални услуги. Включени в измерванията и анализа са: социална адаптация; социална активност; удовлетвореност от качеството на живота; честота на практикуване на любими занимания, депресия; самота; възраст; образование; здравен, когнитивен и материално-битов статус. Резултатите от корелационния анализ показаха, че депресията е значимо и обратнопропорционално свързана с голяма част от индикаторите на удовлетвореността и пълноценното социално функциониране. Факторният анализ определи три фактора, които имат стабилизиращо и неутрализиращо действие по отношение на депресията при възрастните хора. Това са: (1) биопсихосоциалната стабилност, емоционалната задоволеност и сигурност; (2) интелектуално, духовно и креативно ориентираните съзнание и активност на личността; (3) самоуправлението, обезпечеността и задоволеността от основните потребности в ежедневието. Резултатите от изследването могат да послужат в практиката при съставяне на програми за индивидуална и групово работа с възрастни потребители на социални услуги.

**Ключови думи:** лица в напреднала и старческа възраст, депресия, социално функциониране, социални услуги.

---

\* mehandj@abv.bg

## DEPRESSION AND SOCIAL FUNCTIONING IN OLDER ADULTS – USERS OF SOCIAL SERVICES

Ginka Mehandjiiska

**Abstract:** *The current paper presents an empirical study of the relationships between measured levels of depression and a group of variables related to social functioning of older users of social services. In the measurement and analysis are included: social adaptation; social activity; quality of life satisfaction; frequency of hobbies and recreations practicing; depression; loneliness; age; education; health; cognitive and material living status. The results of the correlation analysis indicate that the depression is significantly and inversely correlated with the large part of the indicators of satisfaction and complete social functioning. The factor analysis defines three factors that are able to stabilizing and neutralizing action on depression in the elderly. These are: (1) biopsychosocial stability, emotional satisfaction and security; (2) intellectual, spiritual and creative oriented consciousness and activity of the individual; (3) self-management, independence, provision and satisfaction of basic needs in everyday life. The results of the research can serve in practice for development of programs for individual and group work with older users of social services.*

**Key words:** *older adults, depression, social functioning, social services.*

### Увод

С напредването на възрастта преживяванията с депресивен характер могат да бъдат обусловени от немалко фактори – социални, материално-битови, медицински или индивидуално-личностни. В някои случаи измененията, и преди всичко уязвимостта на икономическия или здравния статус на възрастния човек, поддържат трайна тревожност и несигурност, които се преживяват като депресивни състояния или се извяват като депресивно заболяване. В други случаи индивидуално-присъщият модел на личността за справяне със специфични обстоятелства и събития неблагоприятно предразполага развитието на депресия. Като цяло в третата възраст необратимостта и тежестта на някои промени, загуби и изпитания имат тенденцията да надхвърлят индивидуалните психосоциални сили на възрастния човек и да го изправят по този начин пред риска от емоционално страдание.

Депресивните разстройства имат многолика вътрешна субективна картина на индивидуалното им преживяване. И във външното си проявление те засягат множество области на социалното функциониране и качеството на живота. В контекста на социалната работа взаимовръзката между депресиите в напреднала възраст и качеството на социалното функциониране представлява интерес главно в два аспекта. Единият е етиологичен, а другият се отнася до разбирането за ролята и възможностите на социалните услуги в оказване-

то на подкрепа при депресивни състояния и в превенцията на евентуалното нарушаване на социалните функции. Развитието на депресия и влошаването на социалното функциониране могат да се обуславят двупосочно и взаимно, като също така могат да имат и общ фактор (например значими здравословни проблеми, самота, стресогенни житейски събития, личностова предразположеност и други). В този смисъл индивидуалната етиология и път на детерминация показват на социалния работник и индивидуално адекватния път за помощ. Какъвто и да е индивидуално специфичният механизъм на взаимозависимост между депресия и социално функциониране, установяването на най-често срещаните тенденции на съпътстване на депресивните състояния и разстройства от влошаване на определени социални функции може много категорично да покаже областите, които социалните услуги и методите на социална работа следва да покриват, за да предотвратят, неутрализират, компенсират или облекчават нарушението и страданието. Самото обстоятелство на ползване на социална услуга, особено такава от дългосрочен характер, от една страна, създава чувство на защитеност и сигурност, но от друга, би могло и да затвърди или засили чувството за непълноценност, безпомощност, загуба на идентичност, самостоятелност и автономност.

В реда на тези съображения целта на изследването е да бъдат проверени посоките и характера на взаимовръзките на депресията с ключови за качеството на социалното функциониране категории като социална адаптация, социална активност, удовлетвореност от качеството на живота. При това се допуска, че депресията може да участва двупосочно във взаимодействията си в полето на социалното функциониране на възрастните хора. Предполага се също, че тя има психосоциален и личностно детерминиран механизъм на възникване, а респективно и на интервениране. В изследването са обобщени оценки по 48 индивидуални случая на лица в напреднала и старческа възраст – потребители на социални услуги. Конкретните променливи, включени в измерванията и анализа, са: възраст; образование; здравен, когнитивен и материално-битов статус; социална адаптация; социална активност; удовлетвореност от качеството на живота; честота на практикуване на любими занимания, депресия и самота.

## **Преглед на проучвания и теоретични интерпретации**

При дефиниране на депресията се подхожда главно медицински, като по този начин се предлагат и съответните диагностични ориентири, диференциации и класификации. Разпознават се депресивни епизоди в рамките на биполарното афективно разстройство (МКБ-10, 1992: 76–80); депресивни реакции в обхвата на реакциите на стрес и разстройствата в адаптацията (пак там, с. 106). Класификациите визират и като характерно за напредналата възраст ре-

курентното депресивно разстройство, проявено в повтарящи се депресивни епизоди или в трайна депресивност (пак там, с. 81). Много често присъединявана към разновидностите на депресията е дистимията – състояние на хронична потиснатост на настроението, в което хората през повечето време „се чувстват отпаднали и потиснати; всичко за тях представлява усилие и нищо не ги радва. Те са мрачни и се оплакват, спят зле и се преживяват непълноценни, но обикновено успяват да се справят с основните изисквания на ежедневието“ (пак там, с. 85).

В историята на изучаването на депресиите можем да проследим как за класификациите им (Kendell, R., 1977: 3–15) често е било сложно да отразят взаимодействията както между отделните разновидности на депресията, така и между различните депресивни симптоми и диагностичните картини на други сходни състояния и разстройства. Изследователи и практики обаче са единомислени по отношение на многообразието в индивидуално специфичния начин на преживяване на депресивните състояния, както и в културните влияния върху тяхната тежест и проявления (Хелл, Д., 1999: 30). Въпреки това най-честите изяви на депресията могат донякъде да бъдат систематизирани и както се вижда в таблица 1, те засягат в доста широк спектър емоциите, поведението, социалната активност, общото функционално състояние.

**Таблица 1.** Водещи проявления на депресията (Хелл, Д., 1999: 33; Hughes, C., 2005: 531)

|                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Безрадостно, угнетено състояние                                                            |
| Липса на интерес и удоволствие                                                             |
| Невъзможност за съсредоточаване, намалена концентрация на вниманието, нарушение на паметта |
| Неспособност за вземане на решение; постоянно натрапливо връщане към едни и същи въпроси   |
| Ниско самочувствие, неувереност                                                            |
| Страх (при изправяне пред ежедневието или неопределен), вътрешно безпокойство              |
| Идеи за вина и малоценност                                                                 |
| Мрачни и песимистични очаквания                                                            |
| Автоагресия или мисли за самоубийство                                                      |
| Чувство на умора, липса на енергия, уморяемост, понижена активност                         |
| Нарушения на съня                                                                          |
| Загуба на апетит, понижаване на теллото                                                    |
| Отсъствие на сексуално влечение                                                            |
| Чувство за натиск, тежест или болка (в епигастриума, гърдите, главата)                     |
| Вегетативни симптоми (напр. сухота в устата, констипация и други)                          |
| Потиснато настроение                                                                       |

Систематизации като тази в таблица 1 предлагат на практикуващите социални работници широк диапазон от индикатори за налично разстройство и проблем. Едновременно с това се забелязва и специфичната за геронтологичната сфера трудност в диагностицирането на депресия при лица в напреднала и старческа възраст – немалка част от симптомите могат да имат като произход възрастово специфични изменения (например смущенията в паметта, вегетативните дисфункции) или да представляват акцентуирани с напредването на възрастта черти на характера и особености на личността. И диференциалните диагнози на депресия в напреднала и старческа възраст също се сблъскват със специфични усложнения, отнасящи се например до динамичната връзка между депресия и деменция (вж. по-подробно: Атанасова, П., Р. Масалджијева, Н. Чалъков, 2005: 68–70; Dimitrova, M., Z. Stoeva, 2006: 52–53) или до някои ефекти от локализацията на слединсултните изменения в определени области и функции на мозъка (Миланов, И., 2001: 5–6). Определено се смята за възможно соматични заболявания, които предизвикват изменения във физиологията на мозъка, да причиняват вторична депресия. Това може да става и опосредствано като следствие от нарушеното функциониране и затрудненията в изпълнението на ежедневни дейности, породени от физическите заболявания (Pettit, J. et al., 2007: 460).

По-значимите изменения в здравния статус, съпътствани от загуба на функции, довеждат и до сериозни неблагоприятни психосоциални последиствия, като по този начин участват и в произхода на дезадаптивните състояния и депресивните разстройства. Проучване при възрастни хора, развили депресия след загуба на зрение, описва преживяванията им като „загуба на воля и желание; неспособност за справяне със стрес; ужасен емоционален шок, тотална катастрофа; нещастие; чувство, че боли, че нещо е мъртво; нещо, постоянно те кара да плачеш; изпадане в състояние да се криеш и да се пазиш от другите; чувство за провал, за загуба; чувство, че всичко, което си бил и което си имал вече няма стойност; убеждение, че човек може да се измъкне сам от това положение и в резултат – надценяване на възможностите; мисли и вярвания на човека, че е луд (луда); чувство, че е крехък, чувствителен, настроен и предразположен към потиснатост“. Зрителното увреждане е било преживявано като особено тревожно и травмиращо събитие, предизвикващо загуба на самоконтрол, страдание, непоносимост да се живее повече и пожелаване на смъртта (Baignée, D., 2012: 92–93).

Медико-социалният аспект на взаимовръзката депресия и социално функциониране действително е от особено значение във възрастта около и над 65 години. Тогава различни по произход и характер възрастово специфични соматични заболявания или просто изменения във функционирането, придружени от характерни за напредването на възрастта промени в протичането на когнитивните процеси и в интензитета и качеството на изпълнение на

социални функции, се наслагват и така усложняват силно идентифицирането на депресивното състояние. Те влияят и върху коректното диагностициране на типа депресивно разстройство, като особено затрудняват проследяването на неговия механизъм и произход. Тези усложнения на практика често изправят социалните работници пред недиагностицирани и съответно нелекувани депресии. А липсата на медицинска интерпретация и интервенция в подобни случаи дезориентира социалния работник в правилното разбиране на случая, в неговата формулировка и в намирането на индивидуално приложимо обяснение за състоянието, преживяванията и поведението на възрастния клиент. Това пък от своя страна може да доведе до неточности в индивидуалната оценка на потребностите и планирането на интервенциите.

Медицинските проучвания се спират и на ролята на възрастовите изменения във функциите на централната нервна система при развитие на депресия. Особена честота на нарушения на настроението се наблюдава в началния стадий на интелектуалния упадък. Проучвания и наблюдения на пациенти с Алцхаймер показват обаче, че със стадиалността на сенилно-атрофичните процеси в главния мозък са свързани преди всичко *тежестта и интензивността* на депресивната симптоматика. За редица случаи на лица със сенилна деменция се установява, че самото ѝ възникване протича по обичайни механизми – като реакция на загуба на близки хора, конфликтни отношения в семейството и други (Соколичик, Е., 1983: 127–130). Понякога се установява, че депресията отключва дементно заболяване или много често го влошава (Thomas, Ph., 2008: 147). Тя също така може да маскира при диагностика някои психични и поведенчески разстройства, свързани с деменция (пак там). Като цяло единодушно се приема голямата честота на срещане на депресиите в напреднала и старческа възраст, взаимодействието на психогенни, ендогенни и соматогенни фактори. Във връзка със схващането, „че депресията при много хора от третата възраст се явява съпътстваща процеса на стареене“, З. Савова систематизира и такива фактори, провокиращи депресивни разстройства, които се явяват специфични именно за напредването на възрастта. Сред тях са например промените в метаболизма в мозъка, стресогенните фактори, статусите на соматично и терминално болни, гериатричните умствени заболявания, индивидуалната диспозиция на възрастния човек (Савова, З., 2009: 140–141). В цитирания анализ се коментират и особено трудностите при диагностицирането на депресия при гериатрични пациенти, доколкото състояния на печал, траур и скръб могат да са преходни, но близки като преживяване до депресивно разстройство или пък при депресивни състояния пациентът да се възприема като дементен, ако поради намалена мотивация и енергия проявява когнитивни нарушения, затруднения с концентрацията и други (пак там, 142–143).

Медицинската гледна точка безспорно е водеща в диагностицирането и терапията на тежките депресивни разстройства. Тук обаче е важно да отбе-

лежим, че психосоциално ориентирани проучвания на депресията при възрастни хора и особено интересът към този проблем в помагащите професии, включително и в социалната работа, се нуждаят от концептуалната опора на такива разбирания, които разчупват мисленето, съсредоточено върху патологията и симптомите. Така например депресията може да се разгледа и като феномен, който се развива „на фона на нормален здравен статус и се трактува по-скоро като възможен вариант на реакция към въздействието на едно или друго натоварване“. В този смисъл „депресивният процес представлява сам по себе си биосоциален модел, чиято възможност за използване се предоставя на повечето хора, оказали се в неблагоприятна ситуация“ (Хелл, Д., 1999: 28).

Винаги при депресия в напреднала и старческа възраст се отчита, че конкретното ѝ клинично проявление зависи и от тежестта на въздействие на социалната среда върху психиката на възрастния човек, от неговия тип личност, от стратегиите за справяне, които е придобил през изминалия живот (Thomas, Ph., 2008: 143). Различни социални фактори се проучват и интерпретират както като рискови, така и като протективни по отношение на развитието на депресия в напреднала и старческа възраст. За *благоприятно* обикновено се счита действието на социалната подкрепа, която получава възрастният човек в семейството и като цяло в обкръжението си. Социалните контакти и семейството обаче нямат безусловно протективно действие, тъй като емоционалната удовлетвореност и стабилност зависят преди всичко от природата на взаимоотношенията. Като *рискови* за депресивните разстройства се смятат уврежданията, тежките загуби, негативните житейски събития. Те имат обаче най-силен ефект при индивиди, които имат определена предразположеност и са уязвими при стрес (Fisk, A., 2006: 37).

Систематизирането в различни приложни професионални издания на някои основни рискови фактори на депресията при възрастните хора е полезен ориентир за предприемане на превантивни интервенции. В една такава систематизация се диференцират:

***Промени във физическото здраве или функциониране:***

- наличие на ново или хронично физическо заболяване, като например диабет, или развитие на множествени хронични физически разстройства;
- инсулт, байпас операция, тазобедрена фрактура;
- влошено здраве, физическо или функционално увреждане; сензорно увреждане;
- силна и хронична болка.

***Промени в психичното здраве:***

- минали епизоди на депресия;
- тежка депресия в семейната анамнеза;
- когнитивни нарушения;

- злоупотреба с алкохол или рисково пиене;
- неправилна употреба или злоупотреба с медикаменти;
- странични ефекти от някои лекарства;
- промени в лекарствата или предписани нови лекарства за други заболявания.

***Промени в житейските обстоятелствата и социалната подкрепа:***

- промени в доходите, като например пенсиониране или финансови затруднения;
- социални промени;
- скорошна загуба на близък човек;
- живот в самота или социална изолация;
- ограничаване на мрежата на социалните връзки (Depression and Older Adults, 2011: 5).

Подобни систематизации имат приложение и в геронтологичната социална работа, където могат да служат при изготвянето на оценки на риска от влошаване на биопсихосоциалния статус на клиентите.

Обусловеността на депресията се конкретизира и в други публикувани научни изследвания. Според Ph. Thomas и С. Hazif-Thomas сред психосоциалните фактори на депресиите в напреднала възраст са също така обедняването на афективния обмен, самотата, изолацията, отхвърлянето от по-младите. Също така загубата на контрол над околната среда, която поставя възрастния човек в положение на зависимост, може да бъде морално болезнена и да се отрази на самочувствието му, а то е необходимо за адаптацията и успешното справяне с емоционалните натоварвания във всекидневния живот, за ангажирането с дейности, които подпомагат преминаването през трудностите и възстановяването (Thomas, Ph., С. Hazif-Thomas, 2008: 149). Авторите подкрепят и мнението, че на по-голям риск от депресия са изложени възрастни хора с ниски доходи и живеещи в бедност, което от своя страна има решаващо въздействие върху субективната оценка на собственото здраве и качеството на живота. Несигурността на материалния статус определя липсата на социална сигурност и води до оттегляне от редица дейности – развлекателни и комуникативни. Бедността е придружена и с лошо хранене, тя повишава нивата на стрес и усилва тежестта на преживяване на проблемите. При всички тези условия депресията придобива специално значение (пак там, 153–154). В спектъра на взаимовръзките между депресия и социално функциониране търсенията обхващат още променливи като атрибутивен стил, дисфункционални нагласи и предразположения, особености на личността, качество на социалната подкрепа, умения за справяне, семейни взаимоотношения (Barnett, P., I. Gotlib., 1988: 97).

В теоретичните анализи и в практиката на помагащите професии определено се следва психосоциалната перспектива в етиологията на депресиите в напреднала и старческа възраст. В този контекст се проучват и проследяват

връзки на депресията в напреднала възраст с променливи като: социодемографски фактори, личността и нейните умения, ресурсите в обкръжението. Проучване, посветено на рисковите фактори на депресията в напреднала възраст, извежда на преден план значението на такива *социално-демографски фактори* като увеличаването на възрастта, женския пол и по-ниското образование. Установява се също, че животът с брачен партньор намалява риска, но само при по-леките форми на депресия (Paradopoulos F. и др., 2005: 252).

При оценки в социалната работа по индивидуални случаи обаче трябва да се отчита, че социално-демографските особености имат отношение към развитието на депресивни състояние не сами по себе си, а винаги в комплекса от други фактори. Така например изследване в голяма извадка от лица на 54 и повече години установява, че съществен рисков фактор за поява на депресивни симптоми е самотата. При това включените променливи възраст, пол, етническа принадлежност, образование, доходи и семейно положение, макар при благоприятна картина по принцип да противодействат на депресивните разстройства, в случая са показали слаб ефект върху връзката „самота – депресивни симптоми“ (Cacioppo, J., M. Hughes, L. Waite, L. Hawkey, R. Thisted, 2006: 147).

В редица проучвания се коментира и ролята на личността, както и наличието или липсата на потенциал за устойчивост срещу депресия. Собствените *личностни ресурси* на възрастния човек засягат справянето с житейски промени, със специфични събития и обстоятелства. Те включват личностните особености, образователното ниво, здравния статус, социалните умения, способността за решаване на проблеми, способността за контрол над средата. Ресурсите в *обкръжението* се отнасят до материалното положение, мрежата от социални връзки и контакти, емоционалната подкрепа от близки, приятели и семейство. Тези ресурси обуславят индивидуалния отговор, реакцията и способността за справяне в стресови ситуации и тежки обстоятелства, като решаващо влияние върху качеството на функциониране и адаптацията на индивида оказва неговото лично възприятие и интерпретиране на стресорите (Carpeliez, P., 1993: 341–342). Всъщност способността за справяне зависи в голяма степен от взаимодействието между различните фактори (пак там, с. 341), като някои от тях могат и да се компенсират взаимно. Психосоциалният модел на етиологията на депресиите означава да се интерпретира именно взаимодействието между факторите при оценката и практическата работа по конкретен индивидуален случай.

Доколкото тук изследваме депресията във връзка с набор от аспекти на социалното функциониране (социална активност, социална адаптация, самота, удовлетвореност от качеството на живота, включително и удовлетвореността от получаваната социална подкрепа и контакти с близки), важно е да засегнем накратко и тяхната интеркорелационна картина. Така например в проучвания

на социалната активност се подчертава въздействието по-скоро на качеството ѝ, отколкото на нейното количество и социалните връзки като предиктори на удовлетвореността от живота (Lemon, B., V. Bengtson, J. Peterson, 1972: 519). Тази обусловеност може да бъде опосредствана и от неблагоприятните ефекти, до които водят заболяванията в напреднала и старческа възраст и влошаването общия статус. Те поставят на изпитание адаптационния потенциал на възрастния човек, като го изправят пред необходимостта да ограничи или реорганизира своята физическа, социална, психична активност, така че да продължи да живее удовлетворително дори и след инвалидизация (Миланов, И., 2001: 7) Подобни предизвикателства към адаптацията и социалната активност по-скоро се усложняват от развитието на придружаваща депресия и така нарушенията на социалното функциониране се задълбочават.

Както изглежда, характерът на преживяванията на социалните връзки и социалното участие има особена функция по отношение на развитието на депресия. Смята се, че изолацията прави възрастния човек „много по-нещастен, отколкото болестите, лишенията, страховете“ (Петрова, К., 2010: 226). Наблюдава се обаче и обратната зависимост – за хората с депресия е характерно да се отдръпват и изолират от близките си, от тези, които биха могли да им помогнат. Особено в напреднала и старческа възраст това води до бърза загуба на връзки и социални мрежи, които трудно могат да бъдат възстановени (Thomas, Ph., C. Nazif-Thomas, 2008: 154). Така по оста на социалните контакти динамиката на депресията се нуждае преди всичко от превенция на дефицитите в задоволяването на потребностите от емоционална близост и общуване със значими хора.

Категорично в научните изследвания се открояват и становищата, според които семейният дистрес и ниската социална интеграция могат да бъдат включени в етиологията на депресиите. За когнитивните нарушения и за дисфункциите в междуличностните отношения и общуването се смята, че могат както да предхождат депресията, така и да са следствие от нея. Обикновено се установява и личностна предразположеност към депресивни реакции или развитие на депресивно заболяване – проявена например в екстраверсия и невротизъм (Wood, A. M., S. Joseph., 2010: 214; Barnett, P., I. Gotlib., 1988: 100–102)

Установява се също, че ниските нива на субективното чувство за благополучие са рисков фактор и съответно индикатор за възможно развитие на депресия особено при възрастни хора. При това се препоръчват интервенции за повишаване на степента на психично благополучие като превантивна мярка срещу развитие на депресия (Wood, A. M., S. Joseph., 2010: 216–217).

Своеобразно научно предизвикателство представлява и проучването на взаимовръзките между религиозност и депресия. Доколкото обаче и двете категории променливи са сложно повлияни от редица фактори – психологически, социални, биологически, то връзката между тях не се приема за едно-

посочна. Т.е. много фактори, които се приемат за причинители на депресия, могат да бъдат и последствия от нея, а същото е характерно и за факторите на религиозността (Smith, T. B., M. E. McCullough, J. Poll, 2003: 615). Отделни проучвания показват, че в някои случаи изострянето на депресивните симптоми води до отдръпване от религиозни дейности, но в други случаи засилването на депресивните преживявания в период на нещастия и страдания по-скоро подтиква хората да потърсят утеха в религията си. Смята се също, че религиозно обвързаните хора имат в по-голяма степен позитивни очаквания и надежда. Религиозните им вярвания също така ги улесняват при интерпретирането и приемането на едни или други негативни житейски събития. Всичко това също би могло да допринесе за повече устойчивост и постигане на успокоение при преживяване на болка в тежки периоди от живота (пак там, с. 629).

Действително обстоятелствата, социалната ситуацията, качеството на социалния живот имат определени роли в механизма на възникване на депресия. Констатациите от редица проучвания явно насочват към връзки с различна посока – някои психосоциални променливи предшестват депресията, други я съпътстват или се оказват следствие от нея. Особена детерминираща роля при нарушения на социалното функциониране обаче се приписва на тежестта на депресията в комбинация с определен (екстравертен) тип личност и свързана с това предразположеност (Ranjith, G., A. Farmer, P. McGuffin, A. J. Cleare, 2005: 75). Други проучвания на предразполагащите към депресия личностни особености сочат още: характерното за напредването на възрастта понижаване на социалната адаптивност със загуба на гъвкавостта и фиксирането на индивидуалната позиция по отношение на различни явления от обкръжаващата действителност; преобладаващ екстрапунитивен характер на реагирането към фрустриращи фактори, придружен с нетолерантност и нетърпимост; афективна лабилност; ограничаване на кръга на интересите и афективно-значимите импулси с възрастта (Воронков, Г. и др., 1983: 47).

Можем, следователно, да допуснем, че депресия с емоционален произход ще бъде в по-голяма степен зависима от качеството на социално функциониране. При подобно положение определено може да се разчита на ролята на социалната подкрепа, социалните услуги и възможностите за социално включване за успеха на превенцията или терапията, за разлика от случаите с друг тип етиология на депресивното състояние, при които водещо е медикаментозното лечение с антидепресанти. Както показва прегледът, значителен брой изследвания констатира, че развитието на депресия се придружава от нарушения в социалното функциониране. В някои случаи се установява, че депресивното разстройство се предхожда от социални дисфункции, а в други – че вследствие на депресията се нарушават и възможностите на личността за пълноценен социален живот. В прегледаните позиции по отношение на депресията се вижда още, че те като цяло се ориентират към комбинации от взаи-

мовръзки или комплекси от психосоциални фактори и също такива по характер последствия от депресията. Това усложнява анализа и преди всичко намирането на посоките на въздействията, тъй като в сферата на психосоциалните процеси и явления както възможните фактори на депресията, така и нейните последици влизат в специфични връзки и помежду си. Опирайки се на това, преминаваме към емпиричното изследване, където е направен опит за изясняване на особената картина на отношенията на депресията със социалното функциониране при възрастни потребители на социални услуги.

## Методи на изследването

### *Гериатрична скала за депресия (Geriatric depression scale – GDS-15).*

Инструментът се състои от 15 въпроса, на които участниците в изследването отговарят с „да“ или „не“ (вж. таблица 2). При обработката и интерпретирането на резултатите се сумира по 1 точка за отрицателни отговори на 5 от въпросите (1, 5, 7, 11, 13) и за положителни отговори на всички останали. Състояние в норма се оценява при сума от 0 до 4 точки. Депресия се оценява при сума над 5 точки, като по-конкретно: резултат от 5 до 9 се определя като средно ниво на депресия, а между 10 и 15 – като високо ниво и съответно – значително изявена депресия (McDowell, I., 2006: 359; Snarski, M., F. Scogin, 2006: 56).

**Таблица 2.** Гериатрична скала за депресия – Geriatric Depression Scale (GDS-15)

|                                                                                               |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Като цяло удовлетворен(а) ли сте от своя живот?                                            | Да / Не |
| 2. Намалели ли са вашата активност и интерес към живота?                                      | Да / Не |
| 3. Имате ли чувството, че животът ви е празен?                                                | Да / Не |
| 4. Предпочитате ли по-скоро да си стоите в къщи пред това да се занимавате с нещо извън дома? | Да / Не |
| 5. Най-общо смятате ли се щастлив(а)?                                                         | Да / Не |
| 6. Често ли изпитвате скука?                                                                  | Да / Не |
| 7. Често ли сте в добро настроение?                                                           | Да / Не |
| 8. Изпитвате ли опасения че може да ви се случи нещо лошо?                                    | Да / Не |
| 9. Усещате ли се безпомощен(на)?                                                              | Да / Не |
| 10. Смятате ли, че паметта ви е по-лоша от тази на другите?                                   | Да / Не |
| 11. Смятате ли, че да се живее е прекрасно?                                                   | Да / Не |
| 12. Чувствате ли се сега безполезен(на)?                                                      | Да / Не |
| 13. Чувствате ли се пълен(на) с енергия и жизнени сили?                                       | Да / Не |
| 14. Усещате ли безнадеждност в ситуацията, в която се намирате понастоящем?                   | Да / Не |
| 15. Смятате ли, че обкръжаващите ви хора живеят по-пълноценен живот в сравнение с вас?        | Да / Не |

Използваната в изследването скала е продукт на редукция и адаптация на прилагани в клиничната гериатрична практика по-обемни и сложни форми за диагностика на депресии. J. Yesavage, T. Brink, T. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey и V. Leirer (1983) валидират първоначално кратка форма на Geriatric depression scale (GDS-30), състояща се от 30 айтема, при извадка от 100 лица в напреднала и старческа възраст. От тях 40 са психично здрави възрастни хора, с добро социално функциониране, ползващи услуги в дневни центрове и в домашна среда. Останалите 60 лица преминават лечение на депресия в момента на изследването. Сред тях има както стационарни, така и амбулаторни пациенти, като авторите делят тази част от извадката на още 2 подкатегории – с „лека“ (n=26) и „тежка“ (n=34) форма на депресия (Yesavage, J. и съавтори, 1983: 42). При цитираното изследване измереният коефициент на вътрешна консистентност на скалата Алфа на Кронбах е 0,94 (пак там, с. 43). Като алтернативна кратка форма на гериатричната скала за депресия широко приложение намира и GDS-15, предложена от J. Sheikh и J. Yesavage за приложение при специфични категории лица и обстоятелства (Sheikh, J. I., J. A. Yesavage, 1986: 165). Скалата включва селекция от 15 айтема (пак там, с. 170) при аналогична процедура на провеждане на изследването. Авторите апробират едновременно и двете форми на скалата (с 30 и с 15 айтема) и установяват, че те коректно диференцират депресирани от недепресирани лица, при това при доста висока степен на корелация (0,84), от което заключават, че кратката форма GDS-15 може успешно да се прилага като средство за оценка и скрининг на депресия при лица в напреднала и старческа възраст (пак там, с. 169).

Създателите на скалата и специалистите, които я използват, препоръчват GDS като сигурен инструмент за скрининг, защото тя разграничава добре състоянията в норма и в депресия. Изследвания, провеждани със скалата, я намират за надеждна в групи от възрастни хора с физически заболявания, както и при такива с деменция (Novaguimian, T., 1986: 350). Измереният в настоящето изследване коефициент Алфа на Кронбах за Гериатричната скала за депресия е 0,85.

**Скала за оценяване на социалната активност.** Изработена е от автора и се състои от две части – „Социална активност – количествен аспект“ и „Социална активност – качествен аспект“ (вж. таблица 3). Структурирането и съставянето на съдържанието на скалата се опират на теоретични класификации на типовете активност, присъщи на хората в напреднала и старческа възраст (Lemon, B., V. Bengtson, J. Peterson, 1972: 513). Скалата е фокусирана върху социалния аспект на активността, затова от класификацията са обхванати само категориите на неформалните съвместни занимания с хора от близкото обкръжение, които са междуличностни по характер, и доброволната активност с елемент на социално включване и участие във форми на обществена дейност.

**Таблица 3.** Субскали и айтеми на Скалата за оценяване на социалната активност

| <b>Социална активност – количествен аспект</b> |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                                             | Участвам в съвместна работа (трудова или доброволна) с други хора.                                                |
| 2.                                             | Контактувам с хора от моя семеен и роднински кръг.                                                                |
| 3.                                             | Участвам в обществени дейности (клубове, организации; сбирки, инициативи и др.).                                  |
| 4.                                             | Участвам в развлекателни занимания (или хоби, спорт) заедно с други хора.                                         |
| 5.                                             | През последните няколко години извършвам нови дейности, каквито не съм правил(а) преди.                           |
| <b>Социална активност – качествен аспект</b>   |                                                                                                                   |
| 1.                                             | Включвам се дейно, активно в съвместни занимания с други хора.                                                    |
| 2.                                             | Когато съм заедно с други хора, присъствието ми се забелязва.                                                     |
| 3.                                             | Привличат ме срещите и дейностите, при които съм заедно с други хора.                                             |
| 4.                                             | От някои неща, които правя, има практическа полза и за други хора.                                                |
| 5.                                             | Организирам по своя инициатива срещи, дейности, занимания, в които да има и други хора.                           |
| 6.                                             | Увеличав, вдъхновявам, стимулирам хората да се събират, да вършат нещо съвместно, да прекарват времето си заедно. |

По първата субскала участниците в изследването оценяват честотата на практикуване на изброените форми на активност. По втората субскала лицето преценява степента, в която всяко от изброените твърдения се отнася до него. За всяка от субскалите отговорите се разпределят в степени от 0 до 5 и се пресмятат средни стойности. Коефициентът Алфа на Кронбах за първата субскала е 0,82; за втората е 0,92. Измерва се и още една *обща* средна стойност на социалната активност според отговорите по всички 11 твърдения. Измереният коефициент Алфа на Кронбах за цялата скалата е 0,93.

**Скала за самооценка на социалната адаптация (Social Adaptation Self-Evaluation Scale – SASS)** (по: Akkaya, C. et al., 2008: 9–10). Използва се често като предпочитан инструмент за оценяване на качеството на социално функциониране, включително при възрастни хора и при изследвания на депресия. Измерва в степени от 0 до 3 набор от 21 променливи, разпределени в 4 субскали. Те обхващат съответно 4 области на социално функциониране – труд, свободно време, семейство и справяне в обкръжаващата среда. Променливите включват: интерес към трудова дейност; интерес към домашна работа (битов труд); удоволствие, наслада от работата; интереси към хоби; качество на свободното време; активно поведение и стремеж към връзки със семейството; качество на отношенията в семейството; общителност, контакти извън семейството; активно поведение на стремеж към другите; качество на външните отношения; придаване на ценност на външните отношения; социална привлекателност за другите; съобразяване със социалните норми; приобщеност (социално включване в обществен живот); социална любознателност; инте-

реси към интелектуални занимания; комуникативни трудности (задръжки при общуване); чувство за отхвърляне от околните; суетност; трудности при управление на финансови средства; контрол над външната среда. Крайният резултат за нивото на социална адаптация се изразява в сума на стойностите по всяка отделна променлива. (Briley, M., Ch. Moret., 2010: 649; Weissman, M., M. Olfson, M. J. Gameroff, A. Feder, M. Fuentes, 2001: 461; Akkaya, C., A. Sarandol, A. Esen Danaci, E. Sivrioglu, E. Kaya, S. Kirli.et al., 2008: 2). Първият от айтемите се отнася за *професионална* трудова дейност и затова беше изключен от обработката на данните в извадката, при което получените крайни суми могат да се разпределят между 0 и 60. За представеното тук изследване скалата показва коефициент Алфа на Кронбах 0,90 за 20-те айтема от 2 до 21.

**Скала за самота.** Използваният инструмент е кратка форма на UCLA Loneliness Scale (Russell, D., 1996: 23). Приложения на скалата в изследвания на лица в напреднала и старческа възраст (пак там, с. 29) са показвали отрицателна корелация (-0,54) с получаваните социални грижи и с удовлетвореността от живота (-0,36), както и положителна корелация с депресия (0,45), което предполага адекватността ѝ към кръга на променливите на настоящето изследване. Участниците в изследването отговарят в каква степен се чувстват така по отношение на 10 твърдения, описващи преживявания, мисли и състояния, като се предлагат стойности от 1 до 4 (вж. таблица 4). Степента на чувството за самота на всяко изследвано лице се изразява със средна стойност в диапазона между 1 и 4. В изследването измереният коефициент Алфа на Кронбах на скалата е 0,84.

**Таблица 4.** Въпроси в Скалата за измерване на самота

|     |                                                                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Колко често се чувствате нещастен/на, като правите толкова много неща сам/а?                            |
| 2.  | Колко често имате чувството, че няма с кого да си поговорите?                                           |
| 3.  | Колко често чувствате, че повече не можете да понасяте да бъдете толкова самотен?                       |
| 4.  | Колко често се чувстват така, сякаш всъщност никой не ви разбира истински?                              |
| 5.  | Колко често забелязвате, че чакате някой да Ви потърси, да се обади или да пише?                        |
| 6.  | Колко често се чувствате напълно сам/а?                                                                 |
| 7.  | Колко често имате чувството, че не сте в състояние да протегнете ръка и да общувате с хората около вас? |
| 8.  | Колко често жадувате за компания?                                                                       |
| 9.  | Колко често чувствате, че Ви е трудно да се сприятелявате?                                              |
| 10. | Колко често се чувствате изолирани и изключени от другите хора?                                         |

**Скала за оценяване на удовлетвореността от качеството на живота.** Изработена е от автора и се базира на обобщение и систематизация на теоретични класификации и аналогични инструменти, отнасящи се до областите на оценяване на качеството на живота. Обикновено в това отношение се използват

инструменти за външна обективна оценка на качеството на живота или сходни, но за измерване на субективната удовлетвореност от живота според самооценката на изследваното лице. Използваната тук скала е от втория тип и е с усилена психосоциална ориентация на съдържанието. По-конкретно скалата се опира на известни в научната литература инструменти като „The Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire“, който се състои от 16 айтема, оценявани по 5-степенна скала (Rapaport, M., C. Clary, R. Fayyad, J. Endicott, 2005: 1173–1174; Stevanovic, D., 2011: 745); „Brief Multidimensional Life Satisfaction Scale“, включваща 8 айтема (Büssing, A., J. Fischer, A. Haller, P. Heusser, T. Ostermann, P. Matthiessen, 2009: 173) и редица други подобни в частност и със специфично приложение при лица в напреднала и старческа възраст (Kane, R., 2003: 30–31; Poirier, H., J.-P. Bonin, A. Lesage, D. Reinharz, 2000: 201–203).

Изработената за изследването скала е съставена от 32 айтема – представени в таблица 5. Наборът от области на оценяване на удовлетвореността е развит и въз основа на някои класификации на потребностите, подходящи при изготвянето на оценки на клиентите в социалната работа (по: Механджийска, Г., 2011: 33–34). Променливите в скалата имат и ценностен характер. За всяка отделна област участникът в изследването определя доколко се чувства удовлетворен, като му се предлагат стойности от 0 до 6. Обработката на отговорите дава средни стойности по всяка от областите и още една средна стойност за общата удовлетвореност от качеството на живота на базата на цялата скала. В настоящето изследване измереният коефициент Алфа на Кронбах за скалата е 0,88.

**Таблица 5.** Области на удовлетвореност от качеството на живота

|                                                                |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| (1) Здраве                                                     | (17) Свобода, независимост                                            |
| (2) Храна                                                      | (18) Неприкосновеност на личния живот                                 |
| (3) Облекло                                                    | (19) Емоционална стабилност и спокойствие в живота                    |
| (4) Сън                                                        | (20) Възможност за самостоятелен избор, вземане на решения,           |
| (5) Жилищни условия                                            | (21) Любов                                                            |
| (6) Получаване на помощ и подкрепа                             | (22) Получаване на признание и одобрение                              |
| (7) Сигурност, защита от опасности и несправедливости          | (23) Пари                                                             |
| (8) Религия, духовни занимания                                 | (24) Обществен живот, социално включване                              |
| (9) Възможности за контакти, общуване с други хора – като цяло | (25) Успехи, постижения                                               |
| (10) Притежание на собственост, имущество                      | (26) Самочувствие                                                     |
| (11) Семейство, семеен живот                                   | (27) Получаване на информация, нови знания                            |
| (12) Деца                                                      | (28) Развлечения, отиди, хоби, интереси, занимания в свободното време |
| (13) Приятелства                                               | (29) Цели и смисъл на живота                                          |

|                                                           |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| (14) Роднини                                              | (30) Организиране на времето в ежедневието според собствените желания |
| (15) Съседи                                               | (31) Управление на собствения живот                                   |
| (16) Получаване на внимание и заинтересованост от другите | (32) Трудова дейност, работа                                          |

Изследването събира информация още за *възрастта, образованието, пола, вида и продължителността на ползваната услуга (в месеци), честотата на практикуване на любими занимания (по скала от 0 до 3)*. Към променливите са включени и три оценки, направени от социалните работници, водещи съответните случаи – на *здравния, когнитивния и материално-битовия статус*. За тези оценки е използвана скала със стойности от 0 до 5. Данните са обработени с SPSS 10. По променливите са измервани: средна стойност, стандартно отклонение, вариация. За интерпретацията е отчитана статистическата значимост на резултатите при ниво 0,05. Направени са също корелационен, регресионен и факторен анализ.

### Извадка и процедура

Изследването е проведено в извадка, съставена от индивидуални случаи (n=48) на лица във възрастовия диапазон между 60 и 92 години. Средната възраст е 75,2 години. Образователната структура на извадката се разпределя така: 0,19 лица с висше образование; 0,52 участници със средно; 0,25 – с основно и 0,04 – с начално.

Всички участници в проучването са *потребители на социални услуги* и това е основната характеристика, според която е формирана извадката. Част от участниците в изследването (n=26) ползват институционална услуга и са настанени в домове за стари хора, а останалите (n=22) са потребители на услуги в общността – дневни центрове (дневни центрове за възрастни хора с увреждания, клубове за възрастни хора с увреждания в пенсионна възраст) и домашни грижи (домашен социален патронаж и услуги по програма „Помощ в дома“).

Изследването е проведено в периода март–септември 2013 г. в социални услуги в областите София, Плевен и Шумен. Във всяко от заведенията е получено съдействието на ръководителите и социалните работници. Потребителите на услугите участват доброволно, информирани са за предназначението на изследването и начина, по който ще бъдат използвани резултатите, гарантирана е конфиденциалността. Работата със скалите и въпросниците протича в условията на пряк индивидуален контакт с участниците в изследването. Всяко от лицата попълва лично или дава отговорите си устно на изследователя, като при втория вариант в хода на попълване на отговорите има и визуален достъп до формулярите за събиране на данни.

## Резултати

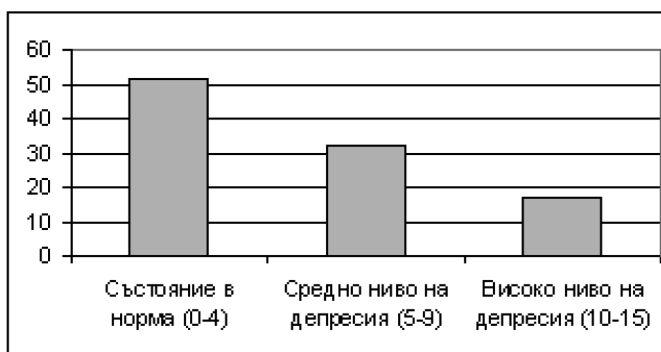
### *Дескриптивен анализ*

Както се вижда от резултатите в таблица 6, измерената за извадката средна стойност (5,04) по скалата за депресия е граничната за нейното диагностициране. Попадайки в диапазона на средното ниво на депресия, тази стойност показва тенденция на проявеност на депресивни преживявания сред значителна част от участниците в изследването. По-детайлното разпределение на нивата на депресия в проценти е представено във фигура 1. Според данните депресия е измерена общо при 48,94% от участниците в извадката, като при 31,92% нивото ѝ е средно, а при 17,02% – високо.

**Таблица 6.** Описателна статистика

| Променливи                                     | N  | Средна стойност | Стандартно отклонение | Вариация |
|------------------------------------------------|----|-----------------|-----------------------|----------|
| Възраст                                        | 48 | 75,21           | 8,20                  | 67,23    |
| Продължителност на услугата (в месеци)         | 48 | 47,86           | 49,76                 | 2476,14  |
| Здравен статус                                 | 48 | 2,90            | ,66                   | ,44      |
| Когнитивен статус                              | 48 | 3,58            | ,87                   | ,76      |
| Материално-битов статус                        | 48 | 3,63            | ,98                   | ,96      |
| Честота на практикуване на любими занимания    | 46 | 2,39            | ,91                   | ,82      |
| Депресия                                       | 47 | 5,04            | 3,86                  | 14,91    |
| Самота                                         | 48 | 1,97            | ,68                   | ,46      |
| Социална активност (обща)                      | 48 | 2,77            | 1,32                  | 1,75     |
| Социална активност (количествен аспект)        | 48 | 2,51            | 1,29                  | 1,66     |
| Социална активност (качествен аспект)          | 48 | 2,91            | 1,42                  | 2,01     |
| Социална адаптация                             | 47 | 42,28           | 10,38                 | 107,81   |
| Удовлетвореност от качеството на живота (обща) | 48 | 4,18            | 1,01                  | 1,02     |

**Фигура 1.** Процентно разпределение на измерените нива на депресия



За основните променливи, описващи социалното функциониране – социална активност, социална адаптация, удовлетвореност от качеството на живота – средните стойностите за извадката са около или над средните степени.

Честотата на практикуване на любими занимания (измерена в степени от 0 до 3) като цяло за извадката е в ниво над средното. Самотата при изследваните лица също е в обхвата на средното ниво.

Трите оценки, направени от социалните работници, показват обобщено за извадката нива малко над средните за когнитивния и материално-битовия статус и ниво на здравния статус в рамките на средното.

### ***Корелационен анализ***

За преобладаващата част от променливите бяха получени статистически значими коефициенти на корелация с измерената депресия. Както се вижда от таблица 7 в извадката е добре изявена обратнопропорционалната връзка между по-високите нива на депресия и:

- ✓ честотата на практикуване на любими занимания ( $-0,54$ );
- ✓ социалната адаптация ( $-0,46$ );
- ✓ общата удовлетвореност от качеството на живота ( $-0,42$ );
- ✓ качеството на социалната активност ( $-0,42$ );
- ✓ общата социална активност ( $-0,39$ );
- ✓ социалната активност в нейния количествен аспект ( $-0,34$ ).

Всички изброени променливи, описващи интензитета и качеството на социалното функциониране, показват тенденция да влошават стойностите си, когато са съпътствани от депресия.

Депресията също така е в по-голяма степен проявена при по-възрастните хора ( $0,48$ ) и се намира в отрицателна корелационна зависимост със здравния статус ( $-0,32$ ), макар тази точно връзка да не е толкова силна. Много по-изразена е взаимовръзката между депресия и самота ( $0,64$ ). От своя страна

самотата (както и депресията) също показва обратнопропорционална връзка с честотата на практикуване на любими занимания (-,42), както и с когнитивния статус (-,33).

Практикуването на любими занимания традиционно е на фокус в практиката на геронтологичната социална работа като предмет на подкрепа и планиране. Корелационният анализ показва наистина особеното му значение при потребителите на социални услуги в напреднала и старческа възраст, ограничаването му при депресивни състояния и едновременно с това – високите му корелации със социалната адаптация (.77) и удовлетвореността от качеството на живота (.62).

В таблица 8 отделно са показани измерените коефициенти на корелация между депресията и всички 32 на брой области на удовлетвореност от качеството на живота, включени в изследването. Тук посоката на взаимовръзките определено е обратнопропорционална. По-силно изразена е отрицателната зависимост между депресия и удовлетвореност в областите: „сън“ (-,56), „здраве“ (-,51), „развлечения, отдих, хоби, интереси, занимания в свободното време“ (-,47), „успехи, постижения“ (-,46), „Емоционална стабилност и спокойствие в живота“ (-,44), „любов“ (-,43), „цели и смисъл на живота“ (-,43).

Депресията корелира също така, макар и по-слабо, с *ниска удовлетвореност* в области „храна“ (-,32), „приятелства“ (-,39), „възможности за контакти, общуване с други хора“ (-,38), „самочувствие“ (-,38), „организиране на времето в ежедневието според собствените желания“ (-,35), „получаване на информация, нови знания“ (-,30).

Таблица 7. Корелационни стойности

| ПРОМЕНЛИВИ                                          | (1)                    | (2)   | (3)   | (4)          | (5)   | (6)   | (7)          | (8)          | (9)         | (10)         | (11)         | (12)         | (13)         | (14)         |
|-----------------------------------------------------|------------------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| (1) Възраст                                         | Pearson<br>1,000       | -,463 | ,029  | -,228        | -,092 | ,100  | -,361        | <b>,476</b>  | ,236        | -,339        | -,310        | -,322        | -,330        | -,339        |
|                                                     | Sig.                   | ,001  | ,846  | ,119         | ,535  | ,500  | ,014         | ,001         | ,106        | ,019         | ,032         | ,026         | ,024         | ,018         |
| (2) Образование                                     | Pearson<br>-,463       | 1,000 | ,157  | -,072        | ,319  | -,130 | ,147         | -,258        | -,253       | ,037         | -,026        | ,057         | ,118         | ,185         |
|                                                     | Sig.                   | ,001  | ,286  | ,626         | ,027  | ,379  | ,328         | ,080         | ,082        | ,805         | ,861         | ,698         | ,430         | ,207         |
| (3) Продължителност на услугата в месеци            | Pearson<br>,029        | ,157  | 1,000 | -,028        | ,093  | ,194  | ,272         | ,093         | -,095       | ,193         | ,173         | ,176         | ,280         | ,170         |
|                                                     | Sig.                   | ,846  | ,286  | ,849         | ,531  | ,188  | ,067         | ,534         | ,521        | ,189         | ,239         | ,231         | ,057         | ,248         |
| (4) Здравен статус                                  | Pearson<br>-,228       | -,072 | -,028 | 1,000        | ,256  | ,300  | ,429         | <b>-,319</b> | -,293       | ,619         | ,555         | ,650         | ,626         | ,608         |
|                                                     | Sig.                   | ,119  | ,626  | ,849         | ,079  | ,038  | ,003         | ,029         | ,043        | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         |
| (5) Когнитивен статус                               | Pearson<br>-,092       | ,319  | ,093  | ,256         | 1,000 | ,286  | ,196         | -,226        | -,334       | ,227         | ,115         | ,273         | ,208         | ,423         |
|                                                     | Sig.                   | ,535  | ,027  | ,531         | ,079  | ,049  | ,192         | ,126         | ,020        | ,121         | ,438         | ,060         | ,160         | ,003         |
| (6) Материално-битов статус                         | Pearson<br>,100        | -,130 | ,194  | ,300         | ,286  | 1,000 | ,164         | -,058        | -,192       | ,226         | ,189         | ,233         | ,218         | ,308         |
|                                                     | Sig.                   | ,500  | ,379  | ,188         | ,038  | ,049  | ,277         | ,698         | ,192        | ,123         | ,198         | ,111         | ,141         | ,033         |
| (7) Честота на практикуване на любими занимания     | Pearson<br>-,361       | ,147  | ,272  | ,429         | ,196  | ,164  | 1,000        | <b>-,542</b> | -,422       | ,510         | ,434         | ,512         | ,769         | ,618         |
|                                                     | Sig.                   | ,014  | ,328  | ,067         | ,003  | ,192  | ,277         | ,000         | ,004        | ,000         | ,003         | ,000         | ,000         | ,000         |
| (8) Депресия                                        | Pearson<br><b>,476</b> | -,258 | ,093  | <b>-,319</b> | -,226 | -,058 | <b>-,542</b> | 1,000        | <b>,636</b> | <b>-,389</b> | <b>-,339</b> | <b>-,417</b> | <b>-,461</b> | <b>-,423</b> |
|                                                     | Sig.                   | ,001  | ,080  | ,534         | ,029  | ,126  | ,698         | ,000         | ,000        | ,007         | ,020         | ,004         | ,001         | ,003         |
| (9) Самота                                          | Pearson<br>,236        | -,253 | -,095 | -,293        | -,334 | -,192 | -,422        | <b>,636</b>  | 1,000       | -,197        | -,095        | -,274        | -,403        | -,385        |
|                                                     | Sig.                   | ,106  | ,082  | ,521         | ,043  | ,020  | ,192         | ,004         | ,000        | ,181         | ,519         | ,060         | ,005         | ,007         |
| (10) Социална активност (обща средна стойност)      | Pearson<br>-,339       | ,037  | ,193  | ,619         | ,227  | ,226  | ,510         | <b>-,389</b> | -,197       | 1,000        | ,936         | ,946         | ,818         | ,717         |
|                                                     | Sig.                   | ,019  | ,805  | ,189         | ,000  | ,121  | ,000         | ,007         | ,181        | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         |
| (11) Социална активност – количествен аспект        | Pearson<br>-,310       | -,026 | ,173  | ,555         | ,115  | ,189  | ,434         | <b>-,339</b> | -,095       | ,936         | 1,000        | ,790         | ,708         | ,643         |
|                                                     | Sig.                   | ,032  | ,861  | ,239         | ,000  | ,438  | ,003         | ,020         | ,519        | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         |
| (12) Социална активност – качествен аспект          | Pearson<br>-,322       | ,057  | ,176  | ,650         | ,273  | ,233  | ,512         | <b>-,417</b> | -,274       | ,946         | ,790         | 1,000        | ,841         | ,711         |
|                                                     | Sig.                   | ,026  | ,698  | ,231         | ,000  | ,060  | ,000         | ,004         | ,060        | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         |
| (13) Социална адаптация (социално функциониране)    | Pearson<br>-,330       | ,118  | ,280  | ,626         | ,208  | ,218  | ,769         | <b>-,461</b> | -,403       | ,818         | ,708         | ,841         | 1,000        | ,798         |
|                                                     | Sig.                   | ,024  | ,430  | ,057         | ,000  | ,160  | ,000         | ,001         | ,005        | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         |
| (14) Удовлетвореност от качеството на живота (обща) | Pearson<br>-,339       | ,185  | ,170  | ,608         | ,423  | ,308  | ,618         | <b>-,423</b> | -,385       | ,717         | ,643         | ,711         | ,798         | 1,000        |
|                                                     | Sig.                   | ,018  | ,207  | ,248         | ,000  | ,003  | ,000         | ,003         | ,007        | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         | ,000         |

Забележка: Интерпретират се стойности на коефициента на Pearson с нива на значимост Sig.  $\leq 0,05$ .

**Таблица 8.** Корелации между измерената депресия и удовлетвореността от качеството на живота по области (от 1 до 32\*)

|          | (1)  | (2)  | (3)  | (4)  | (5)  | (6)  | (7)  | (8)  | (9)  | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) | (24) | (25) | (26) | (27) | (28) | (29) | (30) | (31) | (32) |  |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| Депресия |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |  |
| Pearson  | -,51 | -,32 | -,11 | -,56 | -,14 | -,20 | -,24 | ,02  | -,38 | ,02  | -,17 | -,19 | -,39 | -,05 | -,27 | -,21 | -,19 | ,03  | -,44 | -,22 | -,43 | -,26 | -,27 | -,12 | -,46 | -,38 | -,30 | -,47 | -,43 | -,35 | -,06 | -,16 |  |
| Sig.     | ,000 | ,028 | ,460 | ,000 | ,355 | ,210 | ,111 | ,892 | ,010 | ,895 | ,271 | ,199 | ,006 | ,766 | ,081 | ,174 | ,206 | ,872 | ,003 | ,150 | ,007 | ,088 | ,071 | ,434 | ,002 | ,010 | ,042 | ,001 | ,005 | ,018 | ,671 | ,307 |  |

Забележка: Интерпретират се стойности на коефициента на Pearson с нива на значимост Sig.  $\leq 0,05$ .

**\* Области на удовлетвореност от качеството на живота:**

|                                                                |                                                                       |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| (1) Здраве                                                     | (17) Свобода, независимост                                            |
| (2) Храна                                                      | (18) Неприкосновеност на личния живот                                 |
| (3) Облекло                                                    | (19) Емоционална стабилност и спокойствие в живота                    |
| (4) Сън                                                        | (20) Възможност за самостоятелен избор, вземане на решения            |
| (5) Жилищни условия                                            | (21) Любов                                                            |
| (6) Получаване на помощ и подкрепа                             | (22) Получаване на признание и одобрение                              |
| (7) Сигурност, защита от опасности и несправедливости          | (23) Пари                                                             |
| (8) Религия, духовни занимания                                 | (24) Обществен живот, социално включване                              |
| (9) Възможности за контакти, общуване с други хора – като цяло | (25) Успехи, постижения                                               |
| (10) Притежание на собственост, имущество                      | (26) Самочувствие                                                     |
| (11) Семейство, семеен живот                                   | (27) Получаване на информация, нови знания                            |
| (12) Деца                                                      | (28) Развлечения, отиди, хоби, интереси, занимания в свободното време |
| (13) Приятелства                                               | (29) Цели и смисъл на живота                                          |
| (14) Роднини                                                   | (30) Организиране на времето в ежедневието според собствените желания |
| (15) Съседи                                                    | (31) Управление на собствения живот                                   |
| (16) Получаване на внимание и заинтересованост от другите      | (32) Трудова дейност, работа                                          |

### **Регресионен анализ**

Както показват измерените коефициенти, наличие на статистически значимо факторно влияние върху развитието на депресия е установено от страна на променливи, които са свързани основно с емоционалните потребности и характера на преживяванията на изследваните лица. Факторите в таблица 9 обясняват малко над половината (0,55) от измененията в измерените нива на депресия, а особено видима (0,614) е тежестта на самотата като влияещ фактор.

Едновременно с това, при търсене на връзки и в обратна посока, трябва да кажем, че посредством регресионния анализ в изследваната извадка не бяха установени значими нива на факторно влияние на депресията върху социалната активност и социалната адаптация. По отношение на социалната адаптация обаче беше измерено известно факторно влияние с тежест 0,47 (sig.=0,007) от страна на удовлетвореността от обществения живот и възможностите за социално включване.

**Таблица 9.** Установени влияния върху развитието на депресия чрез многофакторен регресионен анализ

| <b>Фактори, влияещи върху депресията</b>                                            | <b>Нестандартизиран регресионен коефициент В</b> | <b>Стандартизиран регресионен коефициент Beta</b> | <b>Sig.</b> | <b>VIF</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------|------------|
| <b>Самота</b>                                                                       | 3,510                                            | ,614                                              | ,001        | 1,220      |
| <b>Любов</b><br>/като една от областите на удовлетвореност от качеството на живота/ | -,505                                            | -,292                                             | ,060        | 1,118      |

Други статистически значими резултати от регресионния анализ показват още, че нивото на социална активност оказва влияние върху общата удовлетвореност от качеството на живота (0,51). Подобно макар и слабо влияние върху удовлетвореността (0,18) беше измерено и от страна на когнитивния статус.

Проверката за факторни въздействия върху социалната активност от кръга на измерваните променливи установи много високо и статистически значимо подобно влияние (0,738) от страна на социалната адаптация и по-слабо (0,28) от страна на самотата.

Макар депресията да присъства във факторните модели на социалната активност, социалната адаптация и удовлетвореността от качеството на живота, нейната тежест се оказа минимална.

### **Факторен анализ**

Във факторния анализ са включени променливите възраст, образование, здравен, когнитивен и материално-битов статус, социална адаптация, социална активност, удовлетвореност от качеството на живота, честота на практикуване на любими занимания, депресия и самота. Целта е да бъдат установени скрити фактори в полето на изследваните признаци, а именно – в полето на социалното функциониране, към което подходждаме психосоциално, като включваме и измерените променливи депресия и самота.

Използван е методът на главните компоненти с варимакс ротация (Varimax Rotation). Адекватността на модела е сравнително висока със стойност 0,77 на коефициента на Кайзер-Майер-Олкин (Kaiser-Meyer-Olkin).

**Таблица 10.** Факторен анализ по метода на главните компоненти с ротация

| Променливи                                  | Компоненти   |              |             |
|---------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|
|                                             | 1            | 2            | 3           |
| Социална адаптация                          | <b>,938</b>  | ---          | ---         |
| Социална активност                          | <b>,868</b>  | ---          | ---         |
| Удовлетвореност от качеството на живота     | <b>,842</b>  | -,108        | ,240        |
| Честота на практикуване на любими занимания | <b>,777</b>  | -,182        | ---         |
| Здравен статус                              | <b>,754</b>  | ,172         | ,184        |
| Депресия                                    | <b>-,576</b> | ,512         | ---         |
| Възраст                                     | -,507        | <b>,560</b>  | ,310        |
| Самота                                      | -,399        | <b>,495</b>  | -,407       |
| Когнитивен статус                           | ,195         | <b>-,387</b> | <b>,710</b> |
| Образование                                 | ---          | <b>-,840</b> | ---         |
| Материално-битов статус                     | ,264         | ,283         | <b>,730</b> |

Резултатите от факторния анализ (вж. таблица 10) изведоха три латентни фактора, които интерпретираме по-долу.

#### **Фактор 1**

Допускането тук на първо място е за наличието на доста силно действащ положителен социален фактор. Това определено може да бъде самата социална услуга и сигурността, грижите и подкрепата, които тя осигурява. Като цяло можем да допуснем, че това са стабилните условия на живот и наличието на позитивна социална подкрепа в обкръжението на възрастния човек. Сред индикаторите на фактора е и здравният статус, застъпва се и областта на преживяванията (в конкретния случай – депресия и самота). Това дава основание да определим първия фактор като **биопсихосоциална стабилност**.

## **Фактор 2**

Тук допускането е за влияние на психологически фактор и по-конкретно за латентната роля на определен *тип личност*. Както изглежда, типът личност с по-слабо изявена интелектуално-духовна или креативна ориентация прави личността уязвима към развитие на депресия. Възможно е този фактор да отразява също манталитета и културата на личността, макар да е трудно това да бъде аргументирано категорично. Факторът се характеризира с усиляване на преживяването на депресия и самота и едновременно с това с понижена удовлетвореност от живота и ограничено занимание с любими дейности.

## **Фактор 3**

Третият изведен фактор има на пръв поглед нееднородна структура. Обединявайки оценките по признаците *когнитивен* и *материално-битов статус*, той би могъл да изразява способността на лицето да прави преценки и да взема решения едновременно с разполагане с ресурси. В този смисъл факторът би могъл да бъде определен като *самоуправление* и да се отнесе към възможностите на възрастния човек да се грижи сам за себе си, да обезпечава и задоволява потребностите си, да направлява живота си автономно, без да е зависим в начина си на живот от други хора, външна помощ и грижи.

От разпределението на променливите в структурата на факторите се вижда, че *депресията* участва сред индикаторите и на първия, и на втория фактор, при това сравнително балансирано, с което можем да потвърдим сложния двустранен характер на нейната детерминация чрез едновременното въздействие на социални и индивидуално-личностни характеристики, а заедно с това и присъствието ѝ в обусловеността на психосоциалната стабилност и индивидуалната предразположеност на личността към психосоциални дисфункции. Това се обяснява и с очевидно „уловената“ от анализа комплексност на първия и втория фактор, при които, посредством участието на депресията и самотата, е доста проявен и аспектът на човешките преживявания.

## **Заклучение**

Констатираното дотук явно не показва изцяло необратимо и крайно неблагоприятно въздействие на депресията върху социалното функциониране на възрастните хора, участвали в изследването. Можем да направим заключението, че установените взаимовръзки са по-скоро обнадеждаващи от гледна точка на възможностите и методическите ресурси на социалните услуги. Например фактът, че депресивността сред възрастните хора е повлияна в значителна степен от техните преживявания, общуването, емоционалната им удовлетвореност, навежда към нуждата от такива мерки и интервенции, които

изграждат или усилват трайно системата от емоционално значими връзки с близки хора и механизмите за емоционална подкрепа.

Можем също така в известна степен да очакваме, че възрастните хора, преживяващи самота, но в по-висока степен социално адаптивни, ще проявяват и тенденция на по-висока социална активност. Това вероятно би могло да противодейства на развитието на депресия. Индивидуалните особености и обстоятелства в случая са от особено значение, доколкото вече установихме, че преживяването на самота по принцип има факторно влияние върху депресивните състояния. Т.е. в случаите на психосоциална и в частност емоционална обусловеност на депресивното състояние подкрепата на адаптационния потенциал на личността може да се използва като протективен фактор за превенция на депресиите в напреднала възраст. Така социално ориентираното активно поведение на възрастния човек може да служи като път при удовлетворяването на потребностите му от социален живот, близост, смисъл.

Друго заключение, което се налага, е, че качеството на социално функциониране е в значителна степен психосоциално по природа, т.е. психосоциално повлияно и психосоциално проявено в живота на възрастните хора. По този начин депресивните преживявания се придружават и от предхождащи или последващи ги ограничения в социалното функциониране. Сред най-явните в изследването са взаимовръзките между депресията и влошаване на качеството на живота в аспектите на независимостта и осмислеността чрез контакти, привлекателни занимания, развлечения, възможности за постижения.

Ако е по-скоро закономерно депресивните разстройства да провокират и усилват нарушенията на социалното функциониране, то изследването дава основание да приемем, че *неутрализираща роля* спрямо задействието на този механизъм могат да имат:

- *био психосоциалната стабилност, емоционалната сигурност и задоволеност;*
- *интелектуално, духовно и креативно ориентираните съзнание и активност на личността;*
- *самоуправлението, обезпечеността и задоволеността на основните потребности в ежедневието.*

Едновременно с обобщенията, в социалната работа не е без значение фактът, че депресиите в напреднала и старческа възраст все пак могат да имат различен специфичен произход и генезис при всеки отделен случай. Ето защо за подбора и планирането на индивидуално адекватни психосоциални интервенции водещ следва да бъде екипният подход с внимателно проследяване на индивидуалната хронология на факторите и механизмите, действали при развитието на състоянието на възрастния клиент.

По отношение на съдържанието на *програмите за индивидуална и групова работа в заведенията за социални услуги* изследването дава основание

за поставяне на приоритет върху занимания, които да протичат в атмосфера на емоционална близост с индивидуално привлекателни и значими други хора, да бъдат съпътствани от позитивно общуване, да осмислят ежедневието, да създават усещане за обществено участие и ангажираност, да доставят емоционална и интелектуална удовлетвореност. И не на последно място – да повишават и разширяват проактивната и духовно-креативната ориентация на личността, която, съдейки по резултатите от изследването, би могла да има възпиращ и неутрализиращ ефект спрямо рисковите фактори на депресията при възрастните хора.

## ЛИТЕРАТУРА

- Атанасова, П., Р. Масалджиева, Н. Чалъков. Деменция и депресия в късната възраст – диагностичен проблем с нарастваща значимост за лекарската практика. – *Българска неврология*, том 5, 2, 2005.
- Воронков, Г., В. Блейхер, И. Шевчук, Л. Завилянская. Клинические особенности и симптоматика депресии позднего возраста. – В: *Депресии позднего возраста. Клиника, вопросы патогенеза, лечение. Сборник научных трудов. Изд. Московского НИИ психиатрии*. М., 1983.
- Механджийска, Г. Методи на социалната работа в сферата на психичното здраве. – В: *Живот в общността. Наръчник за професионалисти в организации за психосоциална рехабилитация. Човеколюбие, Пазарджик*, 2011.
- Миланов, И. Депресия при болни с мозъчен инсулт. – *Българска неврология*, том 1, 1, 2001.
- МКБ-10. Международна класификация на болестите, X ревизия. Психични и поведенчески разстройства. Клинични описания и диагностични указания. Център за сътрудничество със СЗО по проблемите на психичното здраве, С., 1992.
- Петрова, К. Помощ за старите хора. В.Т., Фабер, 2010.
- Савова, З. Тревожни и дапресивни разстройства в напреднала и старческа възраст. – В: *Актуални проблеми на стареенето и старостта*. С., Симел, 2009.
- Сокольник, Е. Депрессивные расстройства в картина сенильно-атрофических процессов головного мозга. – В: *Депресии позднего возраста. Клиника, вопросы патогенеза, лечение. Сборник научных трудов. Изд. Московского НИИ психиатрии*. М., 1983.
- Хелл, Д. Ландшафт депресии. Интегративный подход. М., Алетея, 1999.
- Akkaya, C., A. Sarandol, A. Esen Danaci, E. Sivrioglu, E. Kaya, S. Kirli. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). – *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3), 2008.
- Barnett, P., I. Gotlib. Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. – *Psychological Bulletin*, Vol. 104, 1, 1988.
- Baignée, D. La parole donnée aux personnes âgées ayant une déficience visuelle et leurs perceptions psychosociales de la dépression (These). Université du Québec à Montréal,

2012. – [www.erudit.org/these/liste.html](http://www.erudit.org/these/liste.html) ([www.archipel.uqam.ca/4611/1/M12427.pdf](http://www.archipel.uqam.ca/4611/1/M12427.pdf)) (14.03.2014).
- Briley, M., Ch. Moret. Improvement of social adaptation in depression with serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors. – *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 6, 2010.
- Büssing, A., J. Fischer, A. Haller, P. Heusser, T. Ostermann, P. Matthiessen. Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. – *European Journal of Medical Research*, 14, 2009.
- Cacioppo, J. T., M. E. Hughes, L. J. Waite, L. C. Hawkley, R. A. Thisted. Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. – *Psychology and Aging*, Vol. 21, 1, 2006.
- Cappeliez, P. Depression in Elderly Persons: Prevalence, Predictors, and Psychological Intervention. – In: *Depression and the Social Environment: Research and Intervention with neglected population*. Ed. by Philippe Cappeliez, Robert J. Flynn. McGill-Queen's University Press, 1993.
- Depression and Older Adults: Key Issues. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011. – <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA11-4631CD-DVD/SMA11-4631CD-DVD-KeyIssues.pdf> (26.03.2014).
- Dimitrova, M., Z. Stoeva. Differential diagnosis between depression and dementia by the means of psychological methods WMS (Wechsler Memory Scale). – *Military medicine*, LVIII, 1, 2006.
- Fisk, A. The nature of depression in later life. – In: *Psychotherapy for depression in older adults*. Ed. By S. Qualls and B. Knight, Hoboken, N.J., 2006.
- Hovaguimian, T. Instruments used in the assessment of depression in psychogeriatric patients. – In: *Assessment of depression*. Ed. by N. Sartorius and T. Ban, Springer – Verlag, Berlin, 1986.
- Hughes, C. Depression in older people. – In: *Nursing older people: independence, autonomy and self-fulfilment*. Ed. By S. Redfern and F. Ross, Elsevier Health Sciences, 2005.
- Kane, R. Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda. – *The Gerontologist*, Vol. 43, Special Issue II, 2003.
- Kendell, R. The classification of depressions: A review of contemporary confusion. – In: *Handbook of studies on depression*. Ed. by G. D. Burrows, Elsevier/ North-Holland Biomedical Press, Amsterdam, 1977.
- Lemon, B., V. Bengtson, J. Peterson. An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity Types and Life Satisfaction among In-Movers to a Retirement Community. – *Journal of Gerontology*, Vol. 27, 4, 1972.
- McDowell, I. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. N.Y., Oxford University Press, 2006.
- Papadopoulos F. C., E. Petridou, S. Argyropoulou, V. Kontaxakis, N. Dessypris, A. Anastasiou, K. P. Katsiardani, D. Trichopoulos, C. Lyketsos. Prevalence and correlates of depression in late life: a population based study from a rural Greek town. – *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 20, Issue 4, 2005.
- Pettit, J. W., K. E. Grover, P. M. Lewinsohn. Interrelations between psychopathology,

- psychosocial functioning, and physical health: An integrative perspective. – *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 7, 2, 2007.
- Poirier, H., J.-P. Bonin, A. Lesage, D. Reinhartz. Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : Perceptions d'une équipe itinérance-outreach. – *Santé mentale au Québec*, vol. 25, 2, 2000.
- Rapaport, M., C. Clary, R. Fayyad, J. Endicott. Quality-of-Life Impairment in Depressive and Anxiety Disorders. – *American Journal of Psychiatry*, Vol. 162, 6, June, 2005.
- Russell, D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. – *Journal of Personality Assessment*, Vol. 66, 1, 1996.
- Sheikh, J. I., J. A. Yesavage. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. – *Clinical Gerontologist*, Vol. 5, 1/2, June, 1986.
- Smith, T. B., M. E. McCullough, J. Poll. Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. – *Psychological Bulletin*, Vol. 129, 4, 2003.
- Snarski, M., F. Scogin. Assessing depression in older adult. In: *Psychotherapy for depression in older adults*. Ed. By S. Qualls and B. Knight, Hoboken, N.J., 2006.
- Thomas, Ph., C. Hazif-Thomas. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. – *Gérontologie et société*, 126, 3, 2008.
- Weissman, M., M. Olfson, M. J. Gameroff, A. Feder, M. Fuentes. A Comparison of Three Scales for Assessing Social Functioning in Primary Care. – *American Journal of Psychiatry*, 158, 3, 2001.
- Wood, A. M., S. Joseph. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. – *Journal of Affective Disorders*, 122, 2010.
- Yesavage, J. A., T. L. Brink, T. L. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey, V. O. Leirer. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. – *Journal of Psychiatric Research*, Vol. 17, 1, 1983.

Постъпила май 2014 г.

Рецензент:  
Доц. д-р Вержиния Боянова