

**Министерство труда и социальной
защиты Республики Беларусь**

Государственное учреждение образования
«Республиканский институт повышения квалификации
и переподготовки работников Министерства труда и
социальной защиты Республики Беларусь»

Психология старости и старения

Учебное электронное издание



Минск

РИПК Минтруда и соцзащиты
2023

УДК 159.922.63(075.9)

ББК 88.44

Рекомендовано к изданию

Советом государственного учреждения образования
"Республиканский институт повышения квалификации работников
Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь"

А в т о р – с о с т а в и т е л ь

О.В. Белановская – заведующий кафедрой психологии ГУО
«Республиканский институт высшей школы», кандидат
психологи- ческих наук, доцент.

Р е ц е н з е н т ы :

доцент кафедры педагогики и психологии УО «Минский
государственный лингвистический университет», кандидат
психологических наук, доцент *Т.Л. Валуйская*;

заведующий кафедрой проектирования образовательных систем
ГУО «Республиканский институт высшей школы», кандидат
психологических наук, доцент *В.А. Хриптович*.

В пособии рассматривается актуальная тема старости и старения, ее психологические и социальные аспекты. Особое внимание уделяется вопросам приспособления к старости, нормативным возрастным изменениям пожилого возраста, особенностям психического развития в период геронтогенеза, личностным аспектам старения. Адресовано специалистам системы социальной защиты, психологам, социальным работникам, студентам, аспирантам и преподавателям высших учебных заведений.

Редактор *О.В. Белановская*

Компьютерная верстка, оформление *А.А. Халиманович*

Подписано к использованию 2023

Размещено на сайте 2023

Объем издания 1.54 МБ

Системные требования: ПО для просмотра документов в формате pdf

ГУО «Республиканский институт повышения квалификации и переподготовки
работников Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя
и распространителя печатных изданий № 1/564 от 15.06.2022.

Ул. В. Хоружей, 29, 220123, г. Минск. Тел.: (017) 224-73-46

ISBN 978-985-548-066-3

© О.В. Белановская, 2023

© РИПК Минтруда и соцзащиты, 2023

© Оформление. А.А. Халиманович, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
1. Старость в современном обществе	7
2. Особенности психического развития в период старости и старения	13
3. Личность и ее развитие в период старости и старения	34
4. Психологические проблемы смысла жизни в старости	50
Литература	61
ПРИЛОЖЕНИЯ	65
<i>Опросник «Готовность к возрастным изменениям»</i>	<i>65</i>
<i>Опросник «Методика определения индекса жизненной удовлетворенности»</i>	<i>72</i>
<i>Опросник «Самочувствие. Активность. Настроение»</i>	<i>76</i>
<i>Опросник «Краткая шкала оценки психического статуса» .</i>	<i>80</i>
<i>Опросник «Монреальская шкала оценки когнитивных функций»</i>	<i>88</i>

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сколько мне жить?.. Впереди – неизвестность.
Жизненный пламень еще не потух;
Бодрую силу теряет телесность, Но,
пробудясь, окрыляется дух. Грустны и сладки
предсмертные годы!

Это привычное мне бытие, Эти картины
родимой природы – Все это словно уже не
мое.

Плоти не чувствую прежней обузы;
Жду перехода в обитель теней;
С милой землей расторгаются узы, Дух
возлетает все выше над ней. Чужд
неспокойному страсти недугу, Ведая тихую
радость одну, Словно хожу по цветистому
лугу, Но ни цветов, ни травы уж не мну!..

Алексей Жемчужников

Население мира стареет – увеличение доли пожилых людей в общей численности и структуре населения отмечается практически во всех странах. Процесс старения населения становится одной из наиболее значимых социальных трансформаций двадцать первого века.

Каждый шестой человек в мире к 2050 году будет старше 65 лет по сравнению с каждым 10-м в 2023 году. При этом за последние 50 лет естественный прирост населения в мире замедлился почти вдвое – до 10,9 человека на 1000 в 2015–2020 годах с 20,5 в 1965–1970 годах.

Старение населения – глобальная тенденция и Беларусь – не исключение. С 1990 года, когда пожилые белорусы составляли 10,7 процента граждан, к 2017 году их доля выросла до 14,5 процента. А к середине века люди старше 65 лет составят четверть населения. Примерно такими же темпами растет и доля «тех, кому за 80».

Меняется не только «количественная» характеристика числа людей старших возрастов, но и факторы, качественно определяющие положение данной социальной группы:

возрастает средняя продолжительность жизни, за счет эволюционных изменений и достижений медицины; заметно увеличивается период активного долголетия; переосмысливается экономическая и политическая роль пенсионеров; трансформируются семейные роли прародителей и тип их семейной поддержки.

Старение населения в последние десятилетия рассматривается как серьезная мировая проблема, которая затрагивает все сферы жизнедеятельности общества и каждого человека, предъявляет новые требования к организации жизни и деятельности людей, к выработке новых принципов социального взаимодействия. В новых условиях усилия государства и общества должны направляться на раскрытие для пожилых и старых людей дополнительных возможностей дальнейшего развития, создание благоприятных условий для реализации ими собственного потенциала.

Вместе с тем, у части специалистов, работающих с пожилыми людьми, сохранилось видение граждан старших возрастов, как потребителей услуг, чья жизнь лишена самостоятельного смысла и не имеет социальной ценности. Старость многими людьми не воспринимается в качестве необходимого субстрата целокупного человечества, а понимается как «ущербное продолжение взрослости».

Однако пожилой возраст не просто продолжение зрелости, он другой, со своей культурой и своим временным измерением. В этой непохожести заключается собственный самобытный мир личности, недоступный младшим поколениям, собственная культурная реальность: жизнь, эстетика и этика, стиль поведения, ценности, то, что позволяет рассматривать данный период развития как "уникальную фазу целостного бытия" (Т.С. Афанасьева, 2010)

Поэтому в системе подготовки специалистов необходимо уделять особое внимание формированию ценностного отношения к пожилым людям, осмыслению старости как самоценности.

Данные тенденции определяют геронтологическую компетентность необходимым условием профессиональной подготовки специалистов помогающих профессий, способных

успешно и квалифицированно разрешать проблемы пожилых людей, создавать условия для их полноценного участия в жизни общества. К числу таких специалистов относится и специалист по социальной работе, одним из основных профессиональных объектов которого в сложившихся социально-демографических условиях и являются люди старших возрастов.

Психологическая составляющая системной работы с пожилыми людьми охватывает множество задач, относящихся к возрастной, клинической и социальной психологии. А именно,

- изучение нормативных возрастных изменений пожилого возраста в биологическом и психологическом аспектах;

- диагностика инволютивных процессов, в частности когнитивных нарушений; анализ целей и задач данного возраста в контексте жизненного пути личности;

- изучение закономерностей личностных изменений, поведения и деятельности пожилых и старых людей, обусловленных их принадлежностью к различным социальным микро- и макрогруппам;

- социально-психологическая поддержка лиц позднего возраста, помогающая им адаптироваться к старости за счет формирования микросоциальных условий, которые соответствуют структуре практических, социальных и когнитивных навыков.

Цель данного пособия – сформировать у специалистов по социальной работе представление об основных закономерностях психического и личностного развития человека в период старости и старения, познакомить с особенностями практического применения данных знаний.

Пособие состоит из трех глав. Первая глава посвящена анализу геронтогенеза как психологической проблемы, социальных стереотипов старости и старения. Вторая глава – особенностям психического развития человека в период старости и старения. В третьей главе рассмотрены личностные аспекты старения, приводятся типологии старения и психологические типы лиц преклонного возраста. В приложении представлена психологическая диагностика возрастных особенностей в период старости.

СТАРОСТЬ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Простые, тихие, седые,
Он с палкой, с зонтиком она, –
Они на листья золотые
Глядят, гуляя дотемна.
Их речь уже немногословна,
Без слов понятен каждый взгляд,
Но души их светло и ровно
Об очень многом говорят.

Николай Заболоцкий

Вплоть до семнадцатого века только 1% людей достигал 65-летнего возраста. К началу девятнадцатого века таковых было уже 4%. Под влиянием роста продолжительности жизни населения, сокращения смертности и роста доходов случилось небывалое в истории человечества увеличение численности и доли населения старших возрастов в возрасте более 60 лет. По демографическим прогнозам, 70% населения современной Западной Европы проживут более 65 лет, а 30-40% более 80 лет. Человечество столкнулось с эффектом «необратимого старения», которое эксперты ООН называли «триумфом развития человечества».



Динамика численности и доли населения возрастной группы более 60 лет в структуре населения мира

Современное население развитых стран можно описать как «прямоугольное» общество, так как равное количество людей находятся во всех возрастных десятилетиях: в группах 0-9 лет, 10-19 лет, 20-29 лет и т. д. До 1900 года график распределения населения по возрастам имел «пирамидальную» форму.

Старение населения носит «женский» характер. Обычно число мужчин и женщин в возрастных группах до 45-летнего возраста примерно одинаковое. После 45-летнего возраста процент смертности мужчин растет быстрее, поэтому уже к 70-летнему возрасту на 6 женщин приходится 5 мужчин, а к 80 годам соотношение составляет 4:1.

С конца XX столетия интерес к геронтологическим проблемам заметно возрос, что связано с «демографическим старением» – удлинением человеческой жизни, возрастанием среднего возраста людей и, соответственно, с ростом удельной доли представителей преклонного возраста. В то же время, как подчеркивает А.В. Толстых, старость лишь начинает осмысливаться как возраст, который таит в себе большие резервы и возможности (А.В.Толстых, 1988). При этом изучение старости является не только значимой научной проблемой, но и связано с решением важной социальной задачи обеспечения возможности людям этого возраста вести наполненную, общественно полезную жизнь.

Период, охватывающий поздний возраст человека, до сих пор недостаточно изучен (М. Р. Минигалиева, 2004). Исследование психических механизмов старения только начинается, вместе с тем оно открывает перспективы решения или смягчения психологических проблем людей преклонного возраста, помощи психологически адаптироваться к нему.

Старость – важный этап в жизни человека. Это натуральное явление, последний период в жизни человека, который протекает индивидуально в зависимости от множества факторов. Современная культура, как отмечают многие исследователи, не признает за старостью никакого собственного смысла. Старости выпадает участь лишь символизировать абстрактную жизнь, взятую в аспекте ее непрерывного воспроизводства (Т.В. Сенько, 2012).

Трудно не согласиться с тем, что нравственное здоровье общества определяется среди прочего тем, как в нем относятся к старости и пожилым людям, а это отношение включает как социальную политику государства, так и бытовое отношение к людям старших возрастов.

Анализ стереотипов и социальных установок современного общества в отношении к пожилым людям показывает, что на данную проблему нет однозначного взгляда. В общественном сознании существуют как позитивные, так и негативные стереотипы, связанные со старением и старостью, и далеко не всегда имеющие под собой реальную основу.

Несмотря на существование многочисленных исследований, подтверждающих наличие у людей старшего поколения ряда позитивных психологических и личностных характеристик, способных положительно влиять на их взаимодействие с окружающими людьми, в современном обществе распространен образ стариков как бесполезных и обременяющих общество людей (Р. Косимска, 2003).

Подобные стереотипы и социальные установки отрицательно влияют на самочувствие пожилых людей и формируют дискомфорт во взаимодействии с окружающими в целом. Кроме того, они мешают воспринимать пожилых людей дифференцированно, как индивидуумов с действительно существующими между ними различиями и могут приводить к негативным последствиям не только для пожилых людей и для молодого поколения, но и для общества в целом.

Култ молодости – *ювенализм* – лег в основу «жизненной» философии XX века, обыденного мировоззрения. Оттого в обществе господствуют явно негативные образы старости и старения. По данным М.Р. Минигалиевой, только 30 % респондентов дают позитивные оценки старости и лишь 10 % характеризуют ее как период активной жизнедеятельности. Остальные дают негативные оценки, а некоторые респонденты не допускают ее возможность для себя лично по принципу «Не буду старым, и все тут!» (М.Р. Минигалиева, 2004).

А.В. Юревич отмечает, что в обществе идет процесс падения авторитета старости. Необходимость быть молодым,

полным жизненной энергии, сегодня рассматривается своего рода моральной обязанностью члена современного общества, а старение и болезнь – как в некотором смысле моральный проступок. Распространение в обществе подобных стереотипов оказывает тяжелое психологическое давление на престарелых (А.В. Юревич, 2018).

В сознании многих людей существует восприятие старения и старости как угасания жизни. Обнаруживается дискриминационное отношение к людям пожилого возраста, которое получило название *эйджизма*. Эйджизм выражается, прежде всего, в отсутствии толерантного отношения к старости, а также в существовании стереотипов старости, через призму которых воспринимаются пожилые люди.

В данных стереотипах зачастую отражаются не только положительные, но и отрицательные характеристики старости. Часто эти стереотипы чрезмерно обобщены или упрощены и оказывают влияние на самовосприятие и Я-концепцию человека в старости.

Специалисты наблюдают асимметрию восприятия пожилых людей ими самими и более молодыми окружающими. В то время как пожилой человек воспринимает себя как неторопливого, трезвого, осторожного, серьезного, сдержанного, представители молодого возраста, исходя из тех же его качеств видят его как скрытного, инертного, болезненного и консервативного (А.А. Гудзовская, 2018).

В психологической литературе описываются распространенные *негативные стереотипы* восприятия старых людей: это люди болезненные, слабые, без средств к существованию, которые не могут работать и нуждаются в постоянной помощи и опеке; заброшенные и одинокие, консервативные, нередко страдающие нарушениями мозговой деятельности, со сниженными интеллектуальными способностями; с плохой материальной обеспеченностью; со сниженной творческой активностью; утратившие умение принимать правильные решения, их развитие затормаживается, они не способны к дальнейшему обучению, постепенно утрачивают память и сексуальные функции и т.п.

Общественные стереотипы пассивного пожилого человека, нуждающегося в постоянном уходе, являющегося дополнительной нагрузкой для здоровых людей, способствуют появлению у пожилых чувства вины. Негативные стереотипы и аттитюды к ним говорят о том, что общество не смогло найти адекватные формы взаимодействия с ними (О.В. Краснова, 1998).

В то же время реальность опровергает такое шаблонное видение пожилых людей. *Позитивные стереотипы* людей пожилого возраста выглядят совершенно иначе: они мудрые и умиротворенные, склонные делиться своим опытом и согласные жертвовать своими интересами ради детей и внуков; они готовы помогать своим родным, и эта помощь огромна.

Несомненно, стереотипы восприятия старости кроме социально-экономических факторов определяются и социокультурными традициями, и мировоззренческими установками. Поэтому в одних культурах преобладает уважительное отношение к старикам, восприятие их сквозь призму мудрости. В других – отношение к старым людям как к бесполезной части населения, представляющей непосильную нагрузку на бюджет страны.

Важно понимать, что неприятие старости в обществе приводит к возникновению, минимум, трех проблем: неприятия пожилым человеком процесса собственного старения и формирование негативного отношения к нему; неприятие молодежью старшего поколения, его жизненного опыта, знаний и умений; невозможности создания позитивного межпоколенного взаимодействия в семьях и в обществе (Т.В. Сенько, 2012).

В целом, негативные стереотипы находятся в противоречии с объективным медицинским и психологическим статусом пожилых людей. Большинство из них сохраняют работоспособность, компетентность, интеллектуальный потенциал, могут осваивать новые профессии, совершенствоваться в сфере своей деятельности и получать новые знания.

К старости человек не исчерпывает свои резервные возможности и потенциал своего развития, которое «уходит вглубь», а понимание резервных возможностей и потенциала становится качественно иным.

Сегодня общество поставлено перед острой необходимостью выработать не только новые подходы к решению ряда социальных проблем людей пожилого возраста – больных, инвалидов и др. (О.И. Дорогина, 2020; М.Р. Минигалиева, 2004; A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądź, 2013), но и новые нормы отношений между людьми разных поколений. Для этого важно хорошо знать, что представляет собой с психологической точки зрения данный возрастной этап в жизни людей.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ПЕРИОД СТАРОСТИ И СТАРЕНИЯ

Про старика сказали: – В детство впал,
Так стоит ли считаться с ним на свете?!
А он не в детство впал, а прежним стал,
Естественным, как могут только дети.

Эдуард Асадов

Исследования разных периодов взрослости до недавнего времени не были представлены в психологии достаточно широко. Еще Б. Г. Ананьев указывал на парадоксальность сложившейся ситуации, при которой в центре психологического познания развития человека оказался ранний и поздний онтогенез, а на периферии – те фазы, когда человек живет наиболее продуктивной творческой и социальной жизнью. Он выдвинул тезис, согласно которому, «единая научная теория индивидуального психического развития не может быть построена без специальной разработки ее фундаментального отдела – возрастной психологии зрелости или взрослости» (Б. Г. Ананьев, 1980).

В последние десятилетия стали более дифференцированно изучаться микровозрастные различия в развитии и поведении взрослых людей, выделилась акмеология как особая дисциплина о психологической и социальной зрелости человека, состоящей из фаз развития, не только предшествующей, но и противостоящей инволюционным процессам.

Акмеология (от греч. «акме» – вершина) – наука, возникшая на стыке естественных, общественных и гуманитарных наук и изучающая феноменологию, закономерности, механизмы и способы развития человека на ступени становления его зрелости, и особенно при достижении им наиболее высокого уровня в этом развитии. Акмеология призвана, по мнению ученых, создать научный аппарат, который позволит адекватно отразить проблему эффективного развития и становления человека во всей совокупности его качеств.

Взрослое развитие отличается тем, что предшествующие события и последствия отличны от действующих в более ранние и поздние периоды.

Особенности развития в период зрелости:

1. В период зрелости развитие – процесс асинхронный.
2. Взрослое развитие – гибкий процесс.
3. Взрослое развитие – процесс включенный (Белановская, 2001).

Относительно возрастных границ периода зрелости среди психологов отсутствует единое мнение. В классификациях разных авторов границы зрелости имеют разные возрастные показатели. Д. Биррен (J. E. Birren, 1985) выделяет *раннюю зрелость* (17 – 25 лет), *зрелость* как таковую (25 – 50 лет) и *позднюю зрелость* (50–75 лет). Д. Бромлей (D. V. Bromley, 1966) выделяет четыре периода зрелости, называемой им *взрослостью*: *ранняя взрослость* (21–25 лет), *средняя взрослость* (25–40 лет), *поздняя взрослость* (40–55 лет), *предпенсионный возраст* (55–65 лет). Все авторы отмечают неоднородность зрелости, которая расчленяется на раннюю и позднюю.

Классификация возрастных границ зрелости

Автор	Возрастные границы зрелости	
	Ранняя зрелость	Поздняя зрелость
Д. Биррен	17–25 лет	50–75 лет
Д. Бромлей	21–25 лет	40–55 лет
В. В. Бунак	25–35 лет (м) 20–30 лет (ж)	после 35 лет после 30 лет
Ш. Бюлер	25–45 лет	45–65 лет
В. В. Гинзбург	24–40 лет	45–50 лет
Ж. Годфруа	20–40 лет	40–60 лет
Д. Векслер	20–35 лет	46–53 года
Ю. Н. Карандашев	20–28 лет	36–44 года
Г. Крайг	20–40 лет	от 60 и далее
D. J. Levinson	17–45 лет	от 60 и далее

С 60 лет период жизни человека называют *геронтогенезом*, или периодом старения.

А.А. Реан и соавт. (А.А. Реан, 2003) выделяет внутри пожилого возраста три подгруппы: люди *пожилого возраста*, люди *старческого возраста*, *долгожители*.

И.Бернсайд разделяет весь пожилой возраст на четыре подпериода: *предстарческий* – 60-69 лет, *старческий* – 70-79 лет, *позднестарческий* – 80-89 лет, *дряхлость* – более 90 лет.

Предстарческий (60-69 лет) – переходный период от взрослости к старости. Человек принимает новую роль и изменение ожиданий со стороны окружающих. Снижение ожиданий способно деморализовать пожилого человека, хотя он активен, полон сил и планов на будущее.

Старческий (70-79 лет) – период существенных изменений: сужение круга общения, болезни, потеря близких.

Позднестарческий (80-89 лет) – период, когда человеку становится труднее, чем раньше, взаимодействовать с окружающим миром. Для поддержания контактов он нуждается в помощи, в том числе и из-за ухудшающегося здоровья.

Дряхлость (старше 90 лет). Физическое состояние и условия жизни людей на этом этапе весьма разнообразны, что затрудняет обобщение и систематизацию данных. Данный период связан с серьезными физиологическими изменениями и с отсутствием напряжения, груза ответственности и элемента соревнования, если человек продолжает заниматься какой-либо деятельностью (О.И. Дорогина, 2020).

В поздней взрослости наблюдается резкое расхождение линий онтогенеза, различия его содержания в зависимости от индивидуально-личностных особенностей человека. Поэтому границы этого возраста колеблются. Рубежом, разделяющим зрелость и позднюю зрелость, обычно считается уход на пенсию, окончание активной профессиональной деятельности («шок отставки»), что составляет центральный момент ситуации развития в этом возрасте.

Основными факторами развития в пожилом возрасте являются: изменение социальных ролей; выход на пенсию; возрастные изменения познавательных процессов; ослабление психической устойчивости; изменение взаимоотношений с окружающими; возрастная перестройка организма; накопленный жизненный опыт; спад психической активности.

Задачи психического развития в пожилом и старческом возрасте являются принятие и освоение новых социальных ролей; адаптация к потере физических возможностей;

подведение итогов жизни и ее принятие; развитие личностной позиции в отношении к смерти; деятельность самообслуживания как возможность сохранения самостоятельности и независимости.

Центральным возрастным новообразованием выступает *жизненная мудрость* как экспертная система знаний человека, ориентированная на практическую сторону жизни и позволяющая выносить взвешенное суждение и давать полезные советы по жизненно важным вопросам. *Мудрость* – это когнитивное свойство человека, в основе которого лежит кристаллизованный, культурно-обусловленный интеллект и которое, по всей вероятности, связано с опытом и личностью человека.

Имеется мнение, что продуктивные устремления людей продолжаются и в поздние годы жизни.

В поздней зрелости можно выделить три основных варианта развития:

- доживание;
- смена ведущей деятельности;
- сохранение основного содержания жизни, бывшего в зрелости, то есть фактическое продолжение периода зрелости.

Доживание характеризуется полной потерей психологического будущего, каких бы то ни было жизненных перспектив.

Смена ведущей деятельности при вступлении в возраст поздней зрелости может быть при всех видах направленности личности, кроме гедонистической. В последнем случае ввиду простоты жизненного мира возможна только одна деятельность — по обеспечению удовольствий и развлечений.

Сохранение основного содержания жизни (фактическое продолжение периода зрелости) имеет место при духовно- нравственной и сущностной направленности личности. Такая линия развития обычно присуща людям, живущим творчеством. Кроме того, основное содержание жизни в поздней зрелости нередко сохраняется, когда главной ее стороной является семья или какое-либо увлечение, любимое занятие, не связанное с профессией.

Ведущими факторами развития продуктивного старения являются самоактуализация «Я» и ориентация на творческую

активность. При сочетании природных особенностей организма, творческой активности и работоспособности, высокого уровня образования человек способен сохранять и реализовывать свой творческий потенциал до глубокой старости.

Наиболее важными факторами, определяющими поведение человека на данном этапе жизни, являются: снижение психофизических возможностей, пол, тип личности, постепенный уход из активной социальной жизни, материальное благосостояние, потеря близких людей и одиночество, сознание приближающегося окончания жизни. Физический мир вокруг пожилых людей все более сужается.

Старость является заключительной стадией жизни человека. Она характеризуется совокупностью процессов и явлений, которые закономерно ведут к резкому сокращению возможностей организма приспосабливаться к постоянно изменяющимся условиям существования. Это уменьшает предстоящую продолжительность жизни и повышает вероятность естественной смерти. Таким образом, «старость – это период, на который значительное влияние оказывает биологический фактор, то есть *старение* представляет собой генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными физиологическими и психологическими изменениями» (О.И.Дорогина, 2020).

Биологический подход к старению ориентирован, прежде всего, на обнаружение анатомо-физиологических причин и проявлений старения. Биологи рассматривают старение как закономерный процесс, протекающий в течение постнатальной жизни организма и сопровождающийся столь же закономерными изменениями на биохимическом, клеточном, тканевом, физиологическом и системных уровнях.

Теории старения и старости представлены множеством различных подходов. Старость и старение как базовое биологическое свойство всех живых организмов рассматривается в теориях «программированного» и «программированного» старения, в теориях «изнашиваемости», «клеточных отбросов», старения иммунной системы и цитологической теории. В каждой из этих теорий обосновывается своя модель механизма старения организма.

В зарубежной геронтологии широкое распространение получили четыре основополагающих критерия старения, которые были предложены Б.Л Стрехлером: старение, в отличие от болезни, представляет собой универсальный процесс, ему подвержены все без исключения члены популяции; старение является прогрессирующим непрерывным процессом; старение есть свойство любого живого организма; старение сопровождается дегенеративными изменениями (в противовес изменениям организма при его развитии и взрослении).

Таким образом, старение человека представляет собой базовый универсальный биологический процесс, который, однако, реализуется в конкретных социокультурных условиях. Поэтому геронтология рассматривает старение как комплексное явление, включающее личностные, социальные и даже экономические аспекты жизни человека. Об этом свидетельствует также тот факт, что такие показатели, как продолжительность жизни и схемы периодизации, отмечающие начало старения и длительность его протекания, подвержены заметным изменениям.

К наиболее значимым мировым явлениям, наблюдавшимся в XX веке, относится радикальное (почти в два раза) увеличение продолжительности жизни. С этим связано изменение взглядов на периодизацию старения. Увеличение средней продолжительности жизни в развитых странах заставляет отодвигать границу начала старости к более позднему времени – 75–80 годам и старше.

Например, возраст 63–70 лет рассматривается как возраст второй молодости, в период которой человек может достичь вершины («акме»), кульминации своей жизни.

Однако специалисты отмечают, что любая схема классификации инволюционного, или регрессивного, возраста достаточно условна. Поскольку исследователи пока не располагают данными для всесторонней характеристики каждой из перечисленных стадий онтогенеза. Принято считать, что регрессивные изменения биохимических, морфологических и физиологических показателей статистически коррелируют с увеличением хронологического возраста (Т. М. Марютина, 1997).

Старение организма человека связано, в первую очередь, с нарушениями механизмов самоконтроля и обработки информации на различных уровнях активности.

Ян Стюарт-Гамильтон выделил следующие процессы старения (Я. Стюарт-Гамильтон, 2010):

1. *Утрата гибкости тканей* (кожи и мышц), т.к. на клеточном уровне нарушаются функции митохондрий, отвечающих за производство энергии в клетках. Это приводит к нарушению работы мочевыделительной и пищеварительной систем.

2. *Снижение мышечной массы.*

3. *Нарушение работы дыхательной системы*, что затрудняет поступление кислорода, а также нарушения сердечно-сосудистой системы, из-за чего уменьшается сила сердца. В то же время уплотняющиеся и сужающиеся стенки сосудов требуют больше энергии для перекачки крови. В среднем у 75-летнего человека мощность сердца составляет 75% от той, что была у него в 30 лет.

4. *Снижение эффективности дыхательной и сердечно-сосудистой систем*, что ограничивает поступление кислорода, необходимого для работы мозга. В результате снижается эффективность работы чувствительных систем человека.

5. *Изменения в зрительной системе*, которые включают:

- Снижение четкости зрения в результате потери гибкости хрусталика глаза.
- Снижение чувствительности к минимальной интенсивности источника света. Поэтому пожилым людям трудно видеть при слабом освещении.
- Изменение цветового восприятия: пожилые видят мир в желтом цвете. При сохранении различия цветов на желтом конце спектра (красный, желтый, оранжевый), труднее распознаются цвета на синем спектре (зеленый, голубой, фиолетовый), что чаще проявляется у 80-летних, т.к. изменяется нервная система.
- Замедление обработки зрительных образов - требуется больше времени для их распознавания.

- Уменьшение объема зрения за счет сужения внешних границ поля зрения. Начало этого процесса приходится на средний возраст, но ярко выраженным он становится в 75 лет.

6. Изменение слуха:

- Если в возрасте 20-30 лет только 1,6% людей сталкиваются с проблемами слуха, то среди 70-80-летних их уже 32% (Стивенс, 1982). В 80 лет таких людей - 50%. При этом у мужчин степень потери слуха гораздо больше (в 2 раза), чем у женщин.

- Наиболее частой формой потери слуха является состояние, называемое «пресбиакусис»: снижение восприятия звуков высокой частоты по сравнению с низкой, что делает мир звуков тише. Отсюда и трудности в восприятии речи. Кроме того, громкие звуки воспринимаются громче, чем обычно. Ухудшается способность к определению источника звука.

7. Изменение вкуса:

- Некоторые данные свидетельствуют о повышении чувствительности к горькому (Энджен, 1977), однако есть информация, что эта чувствительность снижается (Шиффман, 1995).

- Однозначные выводы делаются в отношении снижения чувствительности сложных вкусов. Чувствительность к сладкому остается неизменной.

8. Изменения в осязании:

- Изменяются ощущения при прикосновении - снижается чувствительность, растут пороги. Уменьшается чувствительность к температуре, равно как и при высоких частотах вибрации.

- Изменяются *болевые ощущения*: пожилые люди могут выдерживать более сильные раздражители, не воспринимая их как болезненные, из-за уменьшения числа чувствительных рецепторов.

Обоняние у пожилых людей практически не меняется.

В ходе исследований установлено, что в старости происходят значительные изменения *нейронной структуры мозга*.

Д. Бромлей (Д. Бромлей, 1988) обнаружил, что в период старости вес мозга уменьшается на 10-15%. Вес мозга мужчин в 20-30 лет равен в среднем 1394 грамма, а в 90 лет он составляет 83% от него.

Причинами изменений являются:

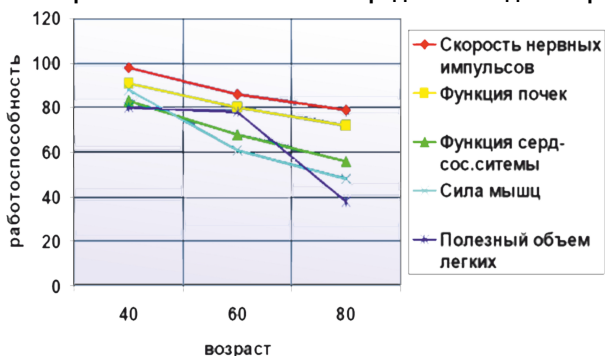
- ослабление кровообращения в мозге, приводящее к кислородному голоданию нейронов и их последующей смерти,
- инсульты, из-за которых мельчайшие участки мозга атрофируются в результате прекращения кровоснабжения,
- нарушения в работе гематоэнцефалического барьера, который уже не отфильтровывает токсины;
- изменения в физиологии нейронов: в старости размеры нейронов уменьшаются на 5-10% (Шай и Виллис, 1991).

В основном утрата клеток происходит в гиппокампе, коре в целом и височных долях (Адамс, 1980), т.е. в областях мозга, связанных с интеллектом и памятью. Другие части мозга (в частности, гипоталамус), остаются неповрежденным. Ствол головного мозга затрагивается лишь частично.

В пожилом и старческом возрасте происходят изменения *электрической активности мозга*. Активность альфа-ритма практически не изменяется (8-12 Гц), но происходит общая десинхронизация других частотных диапазонов. К примеру, уменьшается активность низких дельта (0-4 Гц) и тета-ритмов (4-8 Гц) и увеличивается активность высоких (бета-ритма (более 12 Гц) (Даффи и Мак-Онелти, 1988).

Изучение структуры мозга с помощью компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также уровня активности мозга с помощью позитронно-эмиссионной томографии, подтверждают выводы об уменьшении с возрастом его массы, снижении в нем обмена веществ и о связи этих процессов со снижением интеллекта и памяти (Альберт и Стаффорд, 1988; Беккер и др., 1999; Меттер, 1988; Вудроф-Пак, 1997).

Динамика физических показателей в средней и поздней зрелости



С возрастом у людей меняются **физические показатели**: уменьшается сила мышц, нарушается координация движений, снижается точность движений, ухудшается равновесие, увеличивается время реакции.

Например, время реакции увеличивается на 0,02 сек. Разброс этого показателя в группе пожилых значительно меньше, чем в группе молодых. *Время реакции может быть общим и универсальным признаком старения.*

У пожилых людей ухудшается контроль над тонкими движениями, из-за чего нарушается письмо, а также снижается скорость письма. В результате указанных изменений в старости человек становится медленным, теряет ловкость, больше времени тратит на подготовку, организацию и контроль своих действий.

Специалисты установили существенные изменения в области мышления у пожилых людей – в **когнитивной сфере**.

С возрастом ухудшаются объективные показатели работы **памяти**. Уменьшается ее объем и точность воспроизведения запомненного материала. Память становится более хаотичной и все чаще работает по ассоциативному принципу. Степень ее снижения зависит от начального состояния в молодости и тренировки в течение жизни, вида профессиональной деятельности.

В ходе исследования памяти у лиц, занятых интеллектуальной работой в пожилом возрасте, получены данные, свидетельствующие о преобладании *логического и опосредованного* запоминания над *механическим и непосредственным*. Запоминание при этом эффективнее осуществлялось в процессе активной мыслительной деятельности.

В литературе отмечается возрастное снижение у пожилых людей **кратковременной памяти** за счет обработки информации, а не за счет ее хранения. По-видимому, это связано с невербальным интеллектом и скоростью обработки информации. Установлено, что для всех возрастов в диапазоне от 50 до 80 лет результаты воспоминания о недавних событиях лучше, чем об отдаленных событиях.

Изучение *памяти о намерениях*, т.е. способности человека помнить то, что надо сделать, выявило следующее. При определенных видах заданий возрастных различий либо не было, либо наблюдалось превосходство пожилых людей. Была выявлена результативность внешних (записи в ежедневниках, «узелки на память») и внутренних (чисто умственные приемы запоминания) подсказок. Те, кто полагался только на свою память (внутренние подсказки) показали худшие результаты в сравнении с теми, кто обращался к внешним подсказкам. Пожилые люди хуже справлялись с заданиями, требовавшими вспомнить о встрече или передать послание. Число ошибок возрастало по мере возрастания сложности задания, а также при повышении требования к вниманию.

Согласно исследованиям, пик автобиографических воспоминаний приходится на период жизни человека от 10 до 30 лет. Именно на этот период приходится наибольшее число значимых для людей событий (первая любовь, вступление в брак, материнство, получение образования, начало профессиональной деятельности). Тем не менее, установлено, что наибольшая часть воспоминаний в пожилом возрасте связана с последним десятилетием жизни, тогда как эпизоды детской жизни (до 10 лет) забываются.

Подробности воспоминаний определяются возрастом и невербальным и вербальным интеллектом, т.к. старение и изменение невербального интеллекта приводят к ухудшению способности вспоминать события, а вербальный интеллект компенсирует эту способность.

В старческом возрасте страдает *механическая* память, а *логически-смысловая* не только сохраняется, но и приобретает системный характер, что позволяет пожилым людям воспроизводить события.

У лиц пожилого возраста снижены показатели всех основных свойств *внимания*. Вероятно, снижение всех свойств внимания связано с общими нарушениями функционирования центральной нервной системы.

Концентрация внимания достаточно хорошо сохраняется в старости, хотя происходит незначительное ее ухудшение. При этом внимание лучше сосредоточено при узком поле зрения.

Изменяется **избирательность внимания**. Так, пожилые люди гораздо медленнее молодых выполняют задания, когда испытуемым давали прослушать кассету с радиопьесой на фоне музыки. Молодые люди легко игнорировали музыку с ее первых звуков, в то время как пожилые не могли этого сделать.

Распределение внимания в пожилом возрасте также меняется: пожилые люди не могут одновременно воспринимать и обрабатывать то количество источников, которое им было доступно в молодые годы.

Б.Г. Ананьев утверждал, что **речь** играет критическую роль в процессе старения человека, поскольку она «претерпевает инволюционные сдвиги значительно позже всех других психофизиологических функций» (Б.Г. Ананьев, 1980).

Исследования показывают, что с возрастом ухудшается способность к распознаванию слов, синтаксической обработке и запоминанию. В результате, это приводит к снижению скорости чтения на 50%.

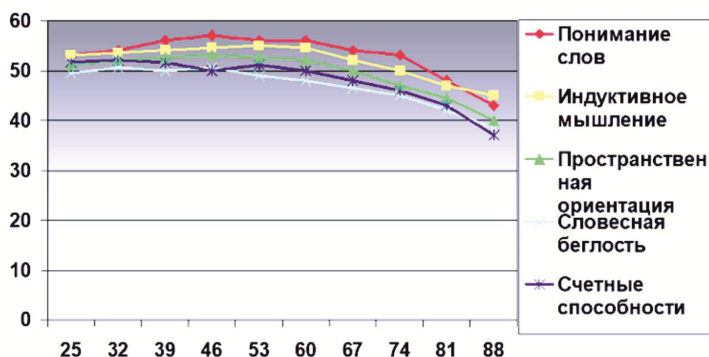
Артикуляция замедляется как в обычной беседе, так и при чтении вслух, что объясняется уменьшением объема памяти и ухудшением когнитивных процессов. С возрастом речь становится менее разнообразной - она более однообразная, с использованием многочисленных штампов.

Поскольку информация, которую пожилой человек получает от органов чувств, становится менее четкой, это заставляет его полагаться на воображение для интерпретации искаженных образов реальности, что способно привести к ошибкам в выводах и действиях. **Воображение** может стать пассивным и приобрести негативный оттенок, особенно при ослабленном сознании или его расстройствах. Отчасти это объясняет повышенную мнительность людей по мере их взросления, особенно в отношении заболеваний.

Ранее считалось, что **уровень интеллекта** с возрастом падает. Современные исследования опровергли это предположение: **«кристаллизованный»** интеллект, связанный с увеличением жизненного опыта и общей осведомленности, с возрастом даже улучшается, тогда как **«текучий»** интеллект (оперативная обработка информации) действительно снижается.

Ухудшаются функции, обусловленные физиологией: скорость и точность познавательных процессов, функции классификации, сравнения и категоризации. Однако происходит их компенсация за счет функций письма, счета, понимания речи и т.д. Сохранение интеллекта связано как с активностью самой личности (поддержкой своих интеллектуальных способностей путем чтения, обучения и т. д.), так и с внешними и внутренними факторами, обусловленными интенсивностью воздействия раздражителей (болезнь, изоляция, стресс и т. д.) (О.И. Дорогина, 2020).

Лонгитюдное исследование динамики интеллектуальных показателей взрослых (К.У.Шай)



Исследование Карла Уорнера Шайи показывает, что интеллектуальные способности начинают снижаться в возрасте 67 лет. Снижение продолжается до 80 лет, но оно происходит ступенчато, а не линейно. Даже в 81 год у меньшей половины людей наблюдалось значительное снижение по сравнению с предыдущими семью годами. (К.У. Шай, 1998).

«В сравнении с 25 годами, - пишет Шай, - в возрасте 88 лет фактически не наблюдаются ослабление в понимании слов, однако индуктивное мышление и вербальная память снижаются более чем на 0.5 стандартного отклонения, пространственная ориентация – почти на одно стандартное отклонение, а счетная способность и скорость восприятия более чем на 1.5 стандартных отклонения» (К.У. Шай, 1998, с.79).

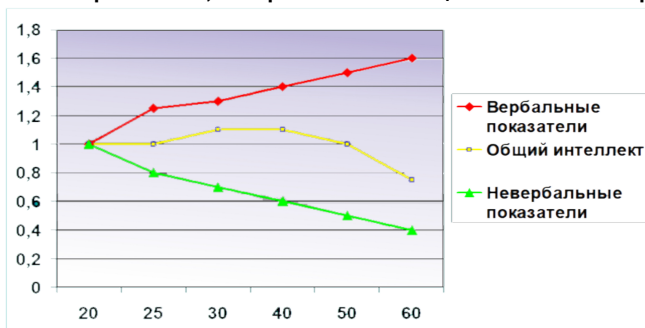
Следует особо отметить, что на поздних этапах онтогенеза наблюдается единство инволюционных

(регрессивных) и эволюционных (прогрессивных) процессов в интеллектуальной активности.

Люди старших возрастов испытывают больше трудностей с заданиями на *дивергентное мышление* по сравнению с молодыми. Это может быть связано либо с общим снижением интеллекта, либо с заменой дивергентного мышления накопленным опытом. Биографический метод показал, что выдающиеся люди вносят основной вклад в свою деятельность до наступления глубокой старости.

Также у пожилых людей снижается *критичность мышления*. Мышление становится менее объективным и неоправданно категоричным. Самоконтроль за мыслительной деятельностью уменьшается, что объясняет склонность пожилых размышлять вслух.

Соотношение вербального, невербального и общего интеллекта взрослых



Межвозрастные различия характерны для *невербального интеллекта*. Тогда как *вербальный интеллект* сохраняется вплоть до глубокой старости. Невербальный интеллект имеет четкую тенденцию к раннему и видимому снижению. Причиной этого является ухудшение скоростных показателей умственной деятельности. С возрастом скорость реакции человека уменьшается, что влияет на общий темп жизни. Кроме того, с годами становятся более заметными индивидуальные различия в интеллектуальной активности.

В позднем возрасте наблюдаются *трудности в усвоении новых знаний*, что обусловлено снижением подвижности нервных процессов. Однако эти потери могут компенсироваться за счет ассоциативного мышления, накопленным жизненным и профессиональным опытом. В глубокой старости может быть

утрачена способность контролировать содержание своих мыслей, теряется ясность мышления.

Однако в отношении пожилых и старых людей нельзя говорить об общем снижении *креативности*: например, в гуманитарных науках уровень креативности пожилых людей сохраняется, в то время как в точных науках наблюдается ее умеренный спад. Имеются также люди, которые раскрывают свои творческие способности только в старости.

Говоря о когнитивной сфере личности пожилого человека в целом, необходимо отметить, что лучше сохраняются те ее функции, которые и в зрелом возрасте были ведущими, задействованными в профессиональной деятельности, то есть активно использовались и тренировались.

Например, у ученых с возрастом не изменяются запас слов и общая эрудиция, у инженеров – невербальный интеллект, у водителей и летчиков – острота и поле зрения.

Исследования динамики когнитивных функций в поздней зрелости позволили сделать следующие выводы:

1. При выполнении задач, требующих активной обработки информации, наблюдается снижение когнитивных способностей.

2. Если задача связана с памятью и не требует активного участия, то различия между возрастными группами не обнаруживаются.

3. Возрастные различия также не проявляются при решении интеллектуальных задач, основанных на кристаллизованном (вербальном) интеллекте.

Возрастные различия когнитивных функций объясняются следующими факторами: скоростью обработки информации; функциями оперативной памяти; функциями подавления и сенсорной функцией.

С возрастом снижается скорость умственных действий; возможности поиска, сохранения и преобразования информации в оперативной памяти; возникает больше затруднений при выделении нужной информации и отсеивания не нужного материала. Пожилые оказываются неспособными фокусироваться на первоочередной информации, их внимание рассеяно одинаково на релевантной и нерелевантной информации.

П. Балтес выявил, что возрастные различия в большей степени зависят от уровня функционирования всей сенсорной системы человека, которая, по его мнению, является обобщенным показателем интеграции всего мозга как целого, чем от образования, профессии, социального положения и уровня дохода.

С возрастом происходят изменения не только в организме человека в целом. Они затрагивают его *центральную и периферическую нервную систему*.

Изменения нервной системы обусловлены инволютивными процессами вследствие естественного биологического и физиологического старения человека. Причем у большинства людей они не выходят за рамки статистически определяемой возрастной нормы, и не приводят к социальной дезадаптации, т.е. являются нормой.

С учетом роста доли пожилых людей в общей структуре населения, становится возрастает важность не только продления жизни, но и повышения ее качества.

Установлено, что активный образ жизни пожилых и старых людей способствуют улучшению когнитивных функций на 40%. Высокий образовательный уровень и активная жизненная позиция человека, его творческая умственная работа способствуют развитию, совершенствованию и сохранению когнитивных функций (Т.А. Слободин, А.В. Горева, 2012).

Высокий уровень образования личности обуславливает задержку начала когнитивных нарушений примерно на 5 лет. В группе с высоким уровнем интеллектуальной активности риск когнитивного снижения у лиц пожилого и старческого возраста снижается на 38%.

Однако в процессе естественного старения и инволютивных морфофункциональных процессов в центральной нервной системе под воздействием некоторых внешних психосоциальных или внутренних отрицательных факторов может быть констатирована *возрастная когнитивная дисфункция*.

У большинства пожилых людей возрастная когнитивная дисфункция укладывается в границы возрастной нормы, но под влиянием различных провоцирующих факторов риска – стресса, дистресса, перегрузки, аффективных

нарушений, заболеваний – когнитивный дефект может усугубляться.

Старческое слабоумие, или **сенильная деменция**, является распространенным заболеванием среди пожилых людей, вызванным органическим поражением коры головного мозга. Оно характеризуется снижением интеллекта и необратимыми нарушениями психики, проявляющимися в резком снижении умственных способностей, утрате имеющихся знаний и навыков, а также в невозможности приобретения новых. Деменция характеризуется выраженными и устойчивыми расстройствами интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы больного, что может привести к полному распаду личности.

Деменция – это обычно хронический или прогрессирующий синдром, при котором происходит ухудшение когнитивной функции ниже уровня, ожидаемого при нормальном старении. Болезнь затрагивает память, мышление, ориентацию, понимание, вычислительную и познавательную способности, следовательно, речь и способность логично рассуждать.



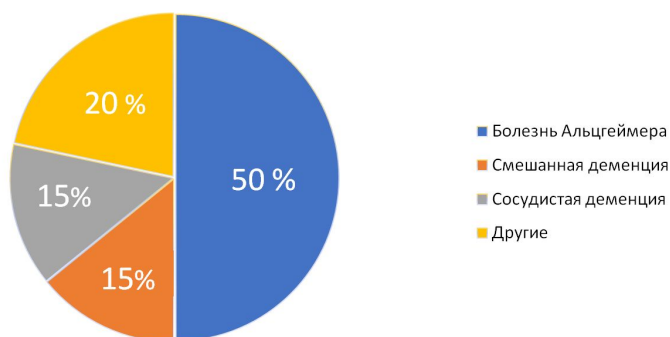
Чаще всего деменцию диагностируют у людей старше 60 лет. В возрастной категории 80 + заболеваемость достигает 80 %. Однако реальные цифры могут быть выше, т.к. часть пожилых людей никогда не проходила обследование. При этом около 60 %

всех эпизодов заболевания зарегистрированы в странах со средним или низким уровнем социального развития. В развитых странах ведущее место среди видов деменции занимает *болезнь Альцгеймера*, на втором месте находится *сосудистая деменция*.

Главная причина заболевания – тяжелое органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС), которое сопровождается дегенерацией и гибелью клеток головного мозга. При болезнях Альцгеймера и Пика разрушение клеточных структур является самостоятельной патологией.

Помимо этого, деменция развивается как осложнение на фоне следующих патологических состояний: инсульта; гипертонической болезни; черепно-мозговых травм; опухолей ЦНС; энцефалита, менингита и других тяжелых инфекций; алкоголизма.

Причины деменций



Риск ухудшения когнитивных функций увеличивается из-за следующих факторов:

- возраст старше 55 лет;
- наличие когнитивных нарушений у родственников;
- сердечно-сосудистые заболевания, такие как высокое кровяное давление, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность;
- метаболические проблемы, включая метаболический синдром;
- вредные привычки.

Первые признаки деменции

Нарушения памяти (долговременной и кратковременной)

Нежелание узнавать что-то новое

Снижение критичности собственного восприятия

Нарушение ориентации в пространстве и времени

В литературе выделяют следующие характерные признаки деменции у пожилых людей:

- нарушение долговременной и кратковременной памяти, при которых человек не помнит даты и значимые события;
- эмоциональная нестабильность – раздражительность, плаксивость, немотивированная злоба, депрессивное состояние;
- нарушение пространственно-временной ориентации, из-за чего больной может заблудиться в незнакомом месте, а в тяжелых случаях – в собственной квартире;
- неспособность усваивать новую информацию;
- снижение критичности мышления, когда больной становится излишне доверчивым и может стать жертвой мошенников;
- психотические симптомы – бред, галлюцинации;
- утрата бытовых навыков – пожилые люди забывают, как готовить пищу и самостоятельно одеваться.

Болезнь начинается, как правило, с обострения негативных черт характера личности: подозрительности, скупости, раздражительности.

10 признаков деменции



У пожилых людей существуют различные формы деменции:

Альцгеймеровский тип, связанный с первичными дегенеративными процессами в нервной системе (50–60% случаев).

Церебрально-сосудистый тип, который является вторичным заболеванием из-за серьезных нарушений кровообращения в головном мозге (5–10% случаев).

Смешанный тип, включающий оба механизма развития болезни (15–20% случаев).

Выраженность патологических изменений зависит от стадии деменции. Старческая деменция – прогрессирующее заболевание, при котором состояние больного изменяется поэтапно.

В зависимости от клинической картины выделяют три стадии болезни:

- *Легкую, или первую.* Несмотря на негативные изменения в интеллектуальной сфере у больного сохраняется критическое мышление. Он осознает свое состояние и необходимость лечения, самостоятельно занимается бытовым обслуживанием: убирает в квартире, готовит пищу.

- *Вторую, или среднюю.* На этом этапе у пациента прогрессирует нарушение интеллекта и снижается критичность. Он теряет вещи, не закрывает входную дверь, забывает выключать электричество, воду и газ, утрачивает навыки использования бытовой техники и телефона. Из-за этого

больной может причинить вред себе и окружающим и требует постоянного присмотра.

- *Третью, или тяжелую, при которой наступает полное разрушение личности. Больные перестают узнавать близких людей, не соблюдают правила гигиены, не могут самостоятельно питаться. При дальнейшем развитии заболевания пациенты теряют способность ходить и пережевывать пищу, поэтому нуждаются в круглосуточном уходе.*

При отсутствии лечения старческая деменция неуклонно развивается и через несколько лет приводит к смерти человека.

Таким образом, можно указать на ряд факторов, уменьшающих риск снижения интеллектуальных способностей в поздней взрослости:

- Отсутствие сердечно-сосудистых и иных хронических заболеваний.
- **Здоровый образ жизни:** физическая активность (физические нагрузки стимулируют работу клеток головного мозга), отказ от курения и алкоголя;
- **Правильное питание:** обеспечение организма витаминами, минералами, микроэлементами для поддержания работы мозга.
- **Социальная активность:** посещение клубов, творческих студий, участие в общественных организациях и др.
- **Образование** выше среднего уровня, творческий характер профессиональной деятельности, семейное благополучие.
- Постоянно стимулируемая интеллектуальная деятельность, **самообразование:** изучение иностранных языков, наук, поэтических произведений и т.п. для тренировки памяти.
- Сохранение в пожилом возрасте высокой скорости перцептивной обработки информации.
- Брак с супругом с высоким интеллектуальным уровнем.
- **Личностный рост** (гибкость личностного стиля) в середине жизни, наряду с когнитивной гибкостью.
- **Удовлетворенность прожитой жизнью.**

ЛИЧНОСТЬ И ЕЕ РАЗВИТИЕ В ПЕРИОД СТАРОСТИ И СТАРЕНИЯ

Быть стариками – не простая штука.
Не все умеют стариками быть.
Дожить до старости – ещё не вся наука,
куда трудней достоинство хранить.

Андрей Дементьев

Уильям Штерн, один из основателей дифференциальной психологии, утверждал, что каждый период жизни обладает уникальным смыслом и своей специфической задачей.

Согласно теории Э. Эриксона, ключевой задачей развития в позднем возрасте является разрешение конфликта между интегративностью и отчаянием. Позитивное разрешение этого конфликта приводит к формированию у человека целостного «Я», уверенности в себе, осознания своей прошлой, настоящей и будущей жизни как единого целого, а также принятия собственной личности и прожитой жизни. Это включает в себя осознание того, что жизнь прожита не зря и выполнено все, что могло быть выполнено.

В случае негативного разрешения конфликта происходит потеря целостности «Я» и возникает чувство отчаяния, поскольку человек отвергает свою прожитую жизнь, воспринимая ее как череду упущенных возможностей и неосуществленных ожиданий. Гипотеза Э. Эриксона подкреплена эмпирическими данными.

Анализ литературных источников позволяет воссоздать общую картину изменения личности, которое происходит в период старения и старости.

Исследования Л.И. Анцыферовой, основанные на изучении работ отечественных и зарубежных специалистов, привели к выводу о наличии двух типов личности, различающихся уровнем активности, отношением к миру и к самому себе, а также от удовлетворенностью человека своей жизнью (Л.И. Анцыферова, 1994).

Первый тип представляют индивиды, способные без эмоциональных нарушений пережить переход на пенсию. Их прошлое не доминирует над настоящим, они активно ищут

новые пути включения в общественную жизнь, что характеризуется высокой активностью и позитивной ориентацией на будущее. Они обнаруживают в себе новые способности (художественные, музыкальные, литературные) и стремятся передать свой профессиональный опыт ученикам, испытывая тягу к наставничеству. Они способны планировать и контролировать свою жизнь.

Второй тип характеризуется развитием пассивного отношения к жизни в постпенсионный период. Пенсионеры отдаляются от своего окружения до степени полного отчуждения. Их круг интересов и интеллектуальные показатели резко сужаются. Они глубоко погружены в свое прошлое, отчего уже не способны контролировать события, происходящие в их окружении. Такие личности воспринимают реальную жизнь как цепь непреодолимых трудностей и препятствий. В результате, теряют уважение к себе, тягостно переживают свой возраст, перестают бороться за себя, погружаясь в прошлую жизнь. Поэтому, несмотря на физическое здоровье, представители второго типа быстро стареют.

Социальная ситуация развития в поздней взрослости представляет собой *ситуацию неопределенности*, обусловленную резким сужением сферы общения, отходом от активной трудовой деятельности и утратой значимого социального статуса и своей социальной роли.

Специалисты отмечают, что выход на пенсию означает расставание с коллективом, где работал человек, следовательно, утрату «микросоциального экрана», смягчающего негативные воздействия макросоциума. С потерей коллектива исчезает основной источник информации о социальной и профессиональной жизни. Более того, личность лишается значимого для нее социального статуса, теряет ценную социальную роль, которую она исполняла. Все это изменяет мироощущение пожилого человека и влияет на его восприятие нового жизненного этапа.

Собственное «Я» человека лишается своего *исключительного положения*. Преобразования внутреннего мира, отношений с окружением являются следствием сознательной саморегуляции поступков самим человеком в результате

критического к себе отношения и *переоценки своих ценностей*.

У людей пожилого возраста наблюдается тенденция довольствоваться тем, что имеется, и меньше думать о вещах, которые, скорее всего, никогда не удастся достичь. При этом отчетливо проявляется *тенденция чувствовать свое собственное положение вполне удовлетворительным*.

В зарубежных исследованиях зафиксирован ряд принципиальных положений, на основе которых воссоздается *психологический портрет личности в период старости*.

В работах J. Rosen, B. Neugarten (1960) было доказано, что с возрастом постоянно растет социальная активность личности, однако после 60 лет жизни она слабеет и понижается.

Период старения имеет свои особенности. Характерно, что угасание физиологических возможностей организма не идет параллельно с психологическими и личностными инволюционными процессами.

В книге “Человеческое развитие и образование” (Human development and education), написанной Робертом Джеймсом Хавигхёрстом в 1953 году, автор изложил следующие *задачи развития человека пожилого возраста*:

- приспособление к убыванию физических сил и ухудшению здоровья;
- приспособление к выходу на пенсию и снижению доходов;
- приспособление к смерти супруга (и);
- установление прочных связей со своей возрастной группой;
- выполнение социальных и гражданских обязательств;
- обеспечение удовлетворительных жизненных условий.

(R. J. Havighurst, 1953):

Р. Пэк разделил взрослую жизнь на две фазы: *средний и поздний этапы* развития личности. В *позднем взрослом развитии* им выделено три стадии:

эго против поглощения рабочей (профессиональной) ролью, трансцендентность тела против поглощенности телом и трансцендентация эго против поглощенности эго. Тем самым, Р. Пэк выделил следующие важные проблемы, или конфликты развития в возрасте поздней зрелости (R. C. Peck, 1968):

- *Дифференциация Эго* против поглощенности ролями - переоценка собственного «Я» помимо его профессиональной роли, которая у многих людей остается главной вплоть до их ухода на пенсию.

- *Трансценденция тела* против поглощенности телом - изменение, относящееся к способности индивида избегать сосредоточения на недомоганиях, сопровождающих старение.

- *Трансценденция Эго* против поглощенности Эго. Имеет особенно большое значение в старости. Люди, встречающие старость без страха и отчаяния, переступают через близкую перспективу собственной смерти благодаря участию в молодом поколении.

Эксперты утверждают, что основным условием для разрешения конфликтов является способность человека принять новую жизненную ситуацию. Принятие своего возраста как данности находится в основании прогрессивного развития пожилого человека.

На этом пути важно осознание личностью своих страхов, переносов, проекций, рационализаций и других защитных механизмов. Внутренние ресурсы следует искать в социализации, диалоге с другими, доверительном общении и социально полезной деятельности. Многим пожилым людям потребуется переформулировать вопрос «Что я могу взять от жизни?» на вопрос «Что я могу дать жизни?». Переориентация с фокусировки «на себя» на фокусировку «на других» дает возможность для дальнейшего развития личности.

В специализированной литературе под *психологической зрелостью* понимается готовность индивида взять на себя ответственность за свое эмоциональное состояние, материальный и социальный статус, а также за выбор качества и количества отношений с другими людьми. Психологическая зрелость осознается личностью как абсолютная самодостаточность и относительная независимость от своего социального окружения. Самодостаточный человек хорошо осведомлен о своих достоинствах и недостатках, он осознает

свои особенности. Если такого осознания не происходит, вероятны регрессивные изменения личности.

В.А. Шатохина под регрессивным вариантом изменений понимает следующее:

- поиск постоянного позитивного подкрепления, подтверждения признания и одобрения, поиск заботы и внимания,

- ностальгия по «празднику жизни», ненасыщенные гедонистические потребности,

- поиск новых романтических приключений, другой «второй половинки», новых сексуальных объектов (В.А. Шатохина, 2010).

Д.Б. Бромлей, на основе изучения пожилых людей, хорошо и плохо адаптированных к старости, выделил пять стратегий приспособления к старости:

1. Конструктивный тип: Этот тип характеризует зрелые личности, которые поддерживают тесные и близкие отношения с окружающими. Они обладают терпеливостью и гибкостью, осознают свои достижения, возможности и перспективы. Способны принять свой возраст, включая такие важные этапы, как выход на пенсию и, в итоге, смерть.

2. Зависимый тип: Личности этого типа проявляют тенденцию к пассивности и зависимости. Они хорошо интегрированы в общество, но в большей степени полагаются на других людей. Воспринимают выход на пенсию как освобождение от работы, снятие ответственности и напряжения. Они хорошо понимают себя и сочетают чувство удовлетворенности жизнью с тенденцией к сверхоптимизму.

3. Оборонительный тип: Это менее конструктивная модель приспособления к старости. Личности этого типа проявляют склонность к самообеспечению. Стараются не высказывать собственное мнение, с трудом делятся жизненными и семейными проблемами, отказываются от помощи, доказывая себе свою независимость. Они пессимистично относятся к старости, завидуют молодым, часто занимают оборонительную позицию по отношению к семье, что выражается в нежелании предъявлять претензии и жалобы. Защитным механизмом против страха собственной смерти

и обездоленности для них является активность «через силу» и постоянная подпитка внешними действиями.

4. *Враждебный тип*: Личности этого типа проявляют агрессивность, нестабильность, подозрительность и склонны предъявлять претензии окружающим, приписывая им вину за свои неудачи. Чаще всего ощущают себя неудачниками. Их представления о мире и о себе являются неадекватными – оценки себя и мира далеки от реальности. Они избегают контактов с другими из-за недоверия. Отвергают мысль о выходе на пенсию поскольку, как люди с оборонительным отношением к миру, используют механизм разрядки через внешнюю активность (в том числе профессиональную). Такие люди не свою принимают старость, с отчаянием думают о прогрессирующей утрате сил. Это соединяется с враждебным отношением к молодым и часто переносится на весь мир.

5. *Самоненавидящий или самообвинительный тип*: У личностей этого типа, в отличие от предыдущего, агрессия направлена на самих себя. Они критикуют и презирают свою жизнь. Они пассивны, иногда впадают в депрессию и недостаточно инициативны. Они пессимистичны, не верят в свою способность влиять на собственную жизнь и чувствуют себя жертвой обстоятельств. Они хорошо осознают факт своего старения, не бунтуют против своей старости и безропотно принимают то, что им посылает судьба. Смерть их не беспокоит, они воспринимают ее как избавление от страданий (цит. по Геронтопсихология. СПб., 2007).

Специалисты отмечают, что похожие классификации были выделены Рейчардом и др. (1962) по результатам опроса 87 пожилых людей в возрасте 55-84 лет. А также Нойгартеном и др. (1961;1968) на основании изучения личности в возрасте 70 лет (Я. Стюарт-Гамильтон. 2002, с.131-133).

Личностям, относящимся к последним четырем типам требуется определенная помощь. К примеру, людям с враждебным типом поведения может помочь:

- *Психологическая поддержка* со стороны профессионального психолога или терапевта, который способен разобраться

в корнях враждебности, а также разработать стратегии для управления ею.

- *Саморефлексия и самосознание* - люди с таким типом поведения могут сами работать над улучшением самосознания и саморефлексии, что позволит им лучше понять свои эмоции и реакции, а также их влияние на других.

- *Развитие навыков управления гневом* - включающих в себя техники расслабления, такие как дыхательные упражнения, медитация или йога, а также стратегии для управления стрессом.

- *Работа над коммуникативными навыками* - улучшение навыков общения может помочь людям с враждебным типом поведения выразить свои чувства и потребности более конструктивным и менее агрессивным способом.

- *Социальная поддержка* со стороны друзей, семьи или поддерживающих групп, которые могут предложить понимание, советы и помощь в преодолении трудностей.

В научных публикациях рассмотрены принципиальные вопросы *мотивов и потребностей* пожилых людей.

К. Рошак классифицировал потребности в три категории: «ведущие», «средние» и «подчиненные».

«Ведущие» потребности включают стремление избегать страдания, желание спасения и потребность в стабильности (мужчины – 31%, женщины – 41%).

«Средние» потребности охватывают:

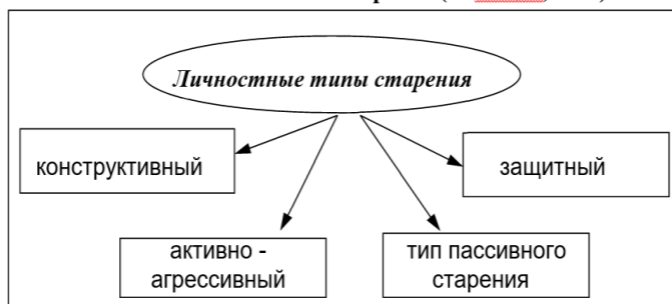
- стремление к автономии,
- проецирование своих психических состояний на других (необоснованная подозрительность),
- защиту собственного «Я» (стремление к сохранению неприкосновенности своего внутреннего мира),
- заботу о других,
- стремление к власти (мужчины - 42%, женщины - 38%).

«Подчиненные» потребности включают в себя –

- потребность в любви, эротике, сексе;

- стремление к отталкиванию подозрительное отношение к другим); (враждебное,
- потребность в самоунижении
- потребность в творчестве (мужчины -11%, женщины -11%).

Личностные типы старения (К. Рошак, 1990)



По мнению К. Рошака, для пожилого человека характерно:

- смещение ряда ведущих потребностей на нижние этажи иерархии;
- «выпячивание» отдельных потребностей (потребности привязанности, страх одиночества, потребности порядка, стабильности), что нарушает диалектику потребностей и затрудняет общий процесс саморегуляции;
- возникновение «сдвоенных потребностей» (К. Рошак, 1990)

К. Рошак выявил также гендерные различия в личностном портрете мужчин и женщин. У женщин выражены потребности в заботе о людях; у них более консервативный и стабильный взгляд на жизнь (большая степень внутренней интегрированности), что свидетельствует о лучшей адаптированности женщин к старости, чем мужчин. У мужчин выделяются потребность в личной и материальной автономии, независимости. Мужчины склонны проецировать свои эмоции, свои убеждения на других людей; у них ярче проявляется тенденция к эгоцентризму и авторитаризму (К. Рошак, 1990).

Область **интересов, увлечений и склонностей** пожилых людей обширна. В большинстве случаев они предпочитают пассивные формы досуга, а именно - чтение, просмотр кино,

прослушивание радио и телевидения, а также посещение лекций.

Активные формы досуга используют 26% женщин и 14% мужчин. Среди активных форм досуга женщины указывают шитье, вязание, выращивание цветов, прогулки, художественное творчество. Мужчины предпочитают чтение лекций, проведение бесед, занятия спортом.

Стоит отметить, что среди пожилых людей с каким-либо увлечением доля тех, кто удовлетворен жизнью, значительно больше, чем среди тех, у кого таких увлечений нет.

С возрастом усиливается ориентация на внутрисемейные отношения. Возрастает ценность здоровья, а для некоторых пожилых людей она становится сверхценностью.

Значительная переоценка ценностей происходит в возрастном диапазоне 70-80 лет. Н.Ф. Шахматов указывает, что в этом возрасте пожилые люди в основном ориентируются на настоящее. Наблюдается стремление переосмыслить жизненный и профессиональный опыт с позиции настоящего. Прошлые успехи и достижения, звания теряют былую привлекательность. Приобретенные материальные ценности лишаются прежнего смысла, исчезает чувство устойчивости внутрисемейных связей.

Такая переоценка ценностей прошлой жизни находит выражение в спокойном, созерцательном и самодостаточном образе жизни. Возникают новые интересы: общение с природой, стремление довольствоваться малым. Некоторые пожилые люди начинают интересоваться вопросами философии, религии, искусства (Н.Ф. Шахматов, 1998).

Согласно различным исследованиям, **эмоциональная сфера** пожилых людей характеризуется следующими особенностями. У 50% практически здоровых людей (средний возраст 72 года) выявлены ранее несвойственные им состояния грусти, подавленности, мрачные мысли. У остальных более ярко, чем раньше, проявлялись присущие им эмоциональные черты: тревожность, раздражительность, гневливость.

Установлено, что с возрастом медленнее изживаются *отрицательные* эмоциональные реакции. Поскольку данные изменения имеют физиологическую природу - это следствие ослабления тормозной функции коры и усиления подкорковых

центров, ответственных за эмоциональную окраску поведения человека.

С возрастом возрастает эмоциональная неустойчивость, невротическая утомляемость, внутренняя напряженность и в результате – неуверенность в себе.

К типичным эмоциональным нарушениям в пожилом возрасте относят: подозрительность, повышенную тревожность, недоверие, страхи и депрессию.

Вместе с тем, имеются данные эмпирических исследований, в которых обнаружено следующее:

- в конце жизни люди начинают больше ценить эмоции,
- уровень положительных эмоций на протяжении всего периода старости остается одинаковым, но при этом снижается количество негативных эмоций,
- положительные и негативные эмоции субъективно переживаются с одинаковой интенсивностью как молодыми, так и пожилыми людьми (Л.Л. Карстенсен, С.Т. Чарльз, 2010).

Анализ работ специалистов позволяет сделать вывод том, что эмоциональное состояние пожилых людей формируется под влиянием множества факторов:

Физическое здоровье: Болезни и физические недомогания могут негативно сказываться на эмоциональном состоянии.

Социальные связи: Общение с друзьями, семьей и участие в социальной жизни помогают поддерживать хорошее настроение и чувство счастья.

Эмоциональная поддержка: Поддержка близких людей может значительно улучшить эмоциональное состояние пожилого человека.

Управление стрессом: Умение справляться со стрессом и адаптироваться к изменениям в жизни важно для поддержания эмоционального здоровья.

Здоровый образ жизни: Регулярная физическая активность, здоровое питание и отказ от вредных привычек могут улучшить настроение и общее самочувствие.

Самопринятие: Умение принять себя таким, какой есть, и ценить свои достоинства помогает поддерживать положительное эмоциональное состояние.

Автономия: Способность сохранять независимость и контроль над своей жизнью важна для поддержания чувства уверенности и спокойствия.

Психическое здоровье: Наличие психических расстройств, таких как депрессия и тревожные расстройства, может негативно влиять на эмоциональное состояние.

Возрастные изменения: С возрастом могут происходить изменения в эмоциональной сфере, такие как увеличение эмоциональной неустойчивости и невротической утомляемости.

Страхи и депрессия: К типичным эмоциональным нарушениям в пожилом возрасте относятся подозрительность, повышенная тревожность, недоверие, страхи и депрессия.

Н.Ф. Шахматов выделил три варианта проявления возрастной (непсихотической) **депрессии**:

1) Ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях.

В этом случае у пожилого человека возможно сверхценное отношение к медицинским препаратам и способам лечения. Поэтому он легко фиксируется на избранном способе оздоровления. Сосредоточившись на болезни, пожилой человек не замечает собственную старость. Воспринимая признаки старости как симптомы болезни, он отрицает собственное старение.

2) Идея о притеснении.

Человеку кажется, что окружающие относятся к нему несправедливо, его притесняют – и морально, и физически. Доминирующее чувство в таком состоянии – обида. А преобладающая мысль – «от меня все хотят избавиться». В силу сниженной критичности мышления у такого человека ему невозможно рационально доказать отсутствие притеснений.

3) Тенденция к вымыслам. Человек непрерывно прислушивается к болезненным симптомам и активно обсуждает их с окружающими. В рассказах об эпизодах своей жизни он преувеличивает собственное в них участие, иногда целиком выдумает их (Н.Ф. Шахматов, 1998).

Особое место в работах по геронтопсихологии отводится изучению проблемы трансформации темперамента людей в пожилом и старческом возрасте.

Темперамент пожилых людей претерпевает следующие изменения: снижаются или вовсе исчезают импульсивность и неуравновешенность, присущие им в более молодом возрасте. Вероятно, стареющий организм таким способом стремится более бережливо расходовать силы, экономит энергию.

Румынский геронтолог К. И. Пархон выделил следующие типы темперамента (характера) пожилых людей.

Сильный, уравновешенный, подвижный тип – характеризуется потребностью в деятельности, интересом к политике, искусству, осознанием изменений, вызванных старостью и протестом против нее; чувством одиночества, но и стремлением создавать новые общественные связи.

Сильный, неуравновешенный тип – индивид с данным типом проявляет интерес к внешним событиям, осознает свое изменившееся положение, имеет потребность в труде, но при этом отличается резким, нетерпимым отношением к своей старости, вспыльчивостью и сварливостью, что затрудняет общение с окружающими и усиливает его одиночество.

Слабый тип характеризуется значительной утомляемостью при минимальных усилиях, что обусловлено снижением процессов возбуждения и торможения. У индивидуума почти полностью отсутствует потребность в деятельности, наблюдается узость интересов направленных на удовлетворение элементарных потребностей. Личность с таким типом характеризует низкая критичность к себе, беззаботность, отсутствие самостоятельности и выраженное чувство немотивированного беспокойства (К. И. Пархон, 1959).

Т.И. Безденежная говорит о следующих *характерологических особенностях* пожилых людей:

Изменение восприятия (образа) времени: пожилые люди чувствуют, что время идет быстрее, т.к. они переживают меньше событий – время ощущается менее наполненным жизненными событиями. Активно участвующие в жизни пожилые люди больше внимания уделяют планированию будущего, а пассивные – воспоминаниям о прошлом (активные люди думают о будущем, пассивные – о прошлом).

Изменение интересов: у пожилых людей интересы становятся более однообразными. Они, как правило, не требуют значительных

трат времени и сил, часто связаны со здоровьем и текущими потребностями.

Обидчивость: пожилые люди становятся более обидчивыми, иногда без оснований. Это характерная черта многих пожилых и старых людей.

Усиление ряда негативных черт характера: у некоторых пожилых людей становятся более заметными такие черты, как скупость, недоверчивость, зависть, несговорчивость.

Усиление положительных качеств личности: с возрастом уменьшается выраженность таких качеств, как честолюбие, самолюбие, тщеславие (Т.И. Безденежная, 2004).

В целом пожилые люди становятся менее общительными.

В литературе по геронтопсихологии отмечается, что с возрастом у людей наблюдается снижение *экстраверсии*. При этом темпы ее снижения у мужчин выше, чем у женщин.

К 60 годам мужчины оказываются более интровертированы, чем женщины, хотя во втором десятилетии своей жизни они были более экстравертированными, чем женщины. Рост интровертированности характерен и для женщин, и для мужчин.

Для обоих полов также характерно снижение *нейротизма*. Однако в любом возрасте женщины остаются более нейротичными, чем мужчины.

Психотизм снижается с возрастом, но величина снижения у мужчин выше, чем у женщин. Отчего, если в 16 лет уровень психотизма у юношей в 2 раза выше, чем у девушек, то к 70 годам различия в уровнях отсутствуют.

По мнению Г. Айзенка, такие изменения обусловлены изменениями в стиле жизни пожилых людей. Данный вывод подтверждается другими исследователями.

Обзор литературы по геронтопсихологии показал, что существуют противоречивые данные об изменении *самооценки* у людей в пожилом и старческом возрасте.

С одной стороны, в ряде исследований было установлено, что самооценка у человека с возрастом снижается. В 1991 году Кэрл Д. Рифф подтвердила это, попросив молодых, среднего и пожилого возраста людей оценить себя и свое положение в прошлом, настоящем и будущем. Молодые и люди среднего

возраста в прошлом оценивали себя хорошо, а в будущем еще лучше. Пожилые люди видели все лучшее в себе и своем положении в прошлом, а в будущем предполагали только ухудшение.

Хотя физические ограничения, связанные с возрастом, значительно влияют на возможности пожилых людей, стоит отметить, что социальные стереотипы о старости также значительно снижают их самооценку. Так, когда участникам исследования предложили описать фотографии людей, включая фотографии пожилых людей, они приписывали пожилым меньше положительных качеств, чем молодым.

Исследователи считают, что *самооценка и самоуважение* пожилых людей не обязательно ухудшаются с возрастом. Пожилые могут иметь положительное мнение о себе, такое же или даже лучше, чем у людей среднего возраста. Низкая самооценка свойственна тем, кто считает себя неудачником или находится в очень неблагоприятных социальных условиях.

С возрастом у людей скорее меняется *система ценностей*, а не самооценка. Пожилые люди меньше обращают внимания на свою внешность, но больше заботятся о своем внутреннем и физическом состоянии. Они положительно оценивают свои интеллектуальные способности, хотя и скромнее, чем молодые. Они придают большое значение моральным качествам личности и склонны оценивать людей и их поведение с моральной точки зрения.

Таким образом, самоуважение и самооценка пожилого или старого человека в основном зависят от того, как он оценивает свое положение.

В 2007 году Ю.И. Полищук провел исследование среди 75 человек в возрасте от 73 до 92 лет. Исследование показало, что 71% испытуемых описали свое состояние как “несчастливую старость”, 21% испытуемых переживали “психопатологическую старость”, и только 8% испытуемых переживали “счастливую старость”.

“Несчастливую старость” чаще всего переживали люди, которые были тревожны, мнительны, чувствительны и страдали от различных болезней. Они часто испытывали чувство

одиночества и беспомощности, размышляли о смерти как об избавлении от страданий и часто теряли смысл жизни.

“*Психопатологическая старость*” проявлялась в виде симптомов депрессии, тревоги, различных страхов и опасений, а также когнитивных нарушений.

“*Счастливую старость*” переживали гармоничные личности, которые занимались интеллектуальной работой и относились к смерти с философской точки зрения.

Достижение “счастливой старости” возможно, если учесть все аспекты решения основных задач развития личности в этом возрасте.

По результатам обзора работ психологов, геронтологов, медиков и других специалистов можно сделать вывод, что существуют характеристики личности, которые помогают пожилым и старым людям адаптироваться к своему новому состоянию. Эти характеристики в наибольшей степени связаны с культурой, знаниями и опытом. Обогащенный опытом интеллект помогает решать указанные выше проблемы. К таким характеристикам относятся: *систематичность знаний*, накопленных в течение жизни; *жизненная компетентность*; способность *решать задачи развития* и преодолевать конфликты и трудности.

Проблемы старости связаны с теми сферами жизнедеятельности, которые обусловлены **биологическими факторами**: физической работоспособностью и адаптационными возможностями организма человека; работой сенсомоторных функций и сенсорных органов; гибкостью интеллекта, от которой зависит скорость и объем перерабатываемой информации, восприятие и память, находящие выражение в способности решать новые когнитивные проблемы.

Таким образом, можно согласиться со словами Я. Стюарт-Гамильтона, «что пожилые люди обычно «получают» свою личность в начале взрослой жизни и любые более поздние смещения обычно являются изменением характеристик относительно тех, что имелись в молодости». Тем не менее, продолжает он, «у пожилых людей все же остаются в распоряжении возможности успешного старения, например, благодаря здоровому образу жизни».

Можно согласиться и с другим его утверждением о том, что «определенно не существует типа личности, который бы был идеален для старости», поскольку «отношения между образом жизни и чувством благополучия более сложны, чем это может показаться на первый взгляд» (Я. Стюарт-Гамильтон, 2010). Разумеется, некоторые типы личности позволяют пожилым лучше приспосабливаться к старости, другие – хуже.

Итак, пожилые люди формируют свою личность в начале взрослости, и более поздние изменения оказываются модификацией этих характеристик. Поэтому у пожилых людей имеется возможности для успешного старения, например, благодаря здоровому образу жизни. А поскольку не существует идеального типа личности для старости от самого человека зависит его психическое благополучие в старости.

Качество старения обусловлено влиянием различных факторов: биологических, психологических, социально-экономических, экологических и т.д.

Биологические факторы включают генетические и физиологические механизмы.

Психологические факторы включают механизмы субъектности и адекватные представления личности о собственной старости.

Средовые факторы включают физическую и социальную среду, которые могут быть скорректированы для поддержания здорового старения.

Образ жизни – данный фактор включает рациональное и здоровое питание, физическую активность, сон и отдых, а также ограничение поступления в организм никотина, алкоголя.

Социальные и экономические условия включают уровень дохода и доступность медицинской помощи.

В жизни пожилой человек сталкивается с множеством обстоятельств: *социально-экономическими, семейными, материальными* и иными, которые переплетаясь, создают условия для большей вариативности изменений в личностном и поведенческом планах.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СМЫСЛА ЖИЗНИ В СТАРОСТИ

(совместно с Я.Л. Коломинским)

Самое сильное оружие старости – это упражнения в доблестях, приносящие изумительные плоды. Они не покидают человека даже в конце жизненного пути. Приятны старику и воспоминания о своих добрых поступках. Легкая старость является наградой и тогда, когда жизнь прожита красиво, чисто и спокойно.

М.Т. Цицерон

Поэт Расул Гамзатов в одном из интервью заметил: «Бесспорно, Бог создал мир совершенным, но лично я предпочел бы, чтобы люди рождались стариками, потом делались молодыми и оставались детьми – проходили бы свой путь наоборот». Это полушуточное высказывание часто встречается в литературе по геронтологии, поскольку человек не рождается мудрым старцем, а становится им, проходя от рождения все этапы развития, в основе которых лежит социализация личности.

Социализация является всеобщим процессом, благодаря которому человек становится членом социальной группы: семьи, общины, рода. Освоение социальных ролей – часть процесса социализации личности, неременное условие «врастание» человека в общество себе подобных. Она включает усвоение всех установок, мнений, обычаев, жизненных ценностей, ролей и ожиданий конкретной социальной группы. Этот процесс длится всю жизнь, помогая людям обрести душевный комфорт и чувствовать себя полноправными членами общества или какой-то культурной группы внутри этого общества.

Социальная роль объективирует человека в социальном мире. Каждый индивид играет множество социальных ролей. Полиролевая структура личности является следствием полигрупповой принадлежности. Возникая на ранних этапах

онтогенеза, полиролевая структура личности на протяжении жизни расширяется.

Появляясь в связи с конкретной социальной позицией, заданной в общественной структуре, социальная роль является конкретным (нормативно одобряемым) способом поведения, обязательным для людей. Социальные роли, которые выполняются человеком, становятся решающей характеристикой его личности. При этом они не теряют своего социально-производного, объективно-неизбежного характера. Поскольку, социальные роли, которые выполняют люди, персонализируют господствующие отношения в обществе.

Т. Парсонс попытался систематизировать социальные роли. Он считал, что любая роль может быть описана с помощью пяти основных характеристик:

1. **Эмоциональности** (разные роли требуют различного проявления эмоций: эмоциональной сдержанности, эмоциональной лабильности, яркого проявления чувств и т.д.);

2. **Способа получения** (одни роли обусловлены предписанными статусами (ребенок, юноша, взрослый гражданин, старик), другие роли достигаются в результате усилий личности (профессор, общественный деятель и т.д.);

3. **Масштаба** (некоторые роли ограничены строго определенными аспектами взаимодействия людей. Например, роли врача и пациента ограничены вопросами, которые непосредственно относятся к здоровью пациента. Другие имеют широкий план отношений (например, отношения между маленьким ребенком и его родителями, поскольку каждого из родителей волнуют многие стороны жизни малыша);

4. **Формализации** (некоторые роли предусматривают взаимодействие с людьми в соответствии с установленными правилами. При исполнении других ролей допускается менее формализованное особое обращение);

5. **Мотивации** (исполнение разных ролей обусловлено различными мотивами (альтруистическими, эгоистическими, гедонистическими и т.д.). Как считает Т. Парсонс, любая роль включает сочетание данных характеристик (Т. Парсонс, 1998).

Социальные роли, выполняемые индивидом, становятся решающей характеристикой его личности, не теряя, однако,

своего социально-производного и в этом смысле объективно-неизбежного характера. В понятие «социальная роль» включаются объективная и субъективная характеристики положения личности в социальной среде, которые определяют ее типическое поведение, подкрепляемое социальными ожиданиями и социальными санкциями.

Роль в известной степени – это совокупность ожиданий, предъявляемых индивиду, который занимает данную позицию. С другой стороны, личность ожидает от своей ролевой позиции признания и удовлетворения своих притязаний, осуществления оценки и самооценки. Так возникает образ, который человек имеет о самом себе, и который формируется, проявляется и подкрепляется в процессе межличностного, ролевого общения с другими людьми.

Социальная роль – это многоуровневая функциональная система, своеобразный функциональный орган, который имеет сложную внутреннюю структуру. Во-первых, эмоциональный, аффективный компонент: эмоциональное переживание отношения к своей роли – призвание, дело жизни и т.д. Во-вторых, это когнитивный компонент, осознание значимости роли для окружающих, самооценка своей ролевой успешности, своего соответствия социальным ожиданиям. Описанные внутриличностные инстанции актуализируются в процессе внешнего реального исполнительного органа – ролевого поведения.

Усваивая социальные роли, человек усваивает социальные стандарты поведения, учиться оценивать себя со стороны и осуществлять самоконтроль. Однако поскольку в реальной жизни человек включен во многие виды деятельности и отношения, вынужден исполнять разные роли, требования к которым могут быть противоречивыми, возникает необходимость в некотором механизме, который позволил бы человеку сохранить целостность своего «Я» в условиях множественных связей с миром (т.е. оставаться самим собой, исполняя различные роли).

Личность (а точнее, сформированная подструктура направленности) как раз и является тем функциональным органом, который позволяет интегрировать свое «Я» и

собственную жизнедеятельность, осуществлять нравственную оценку своих поступков, находить свое место не только в отдельной социальной группе, но и в жизни в целом, вырабатывать смысл своего существования, отказываться от одного в пользу другого. Развитая личность может использовать ролевое поведение как инструмент адаптации к определенным социальным ситуациям, в то же время не сливаясь, не идентифицируясь с ролью.

Структура личности имеет свою жизненную историю возникновения и исчезновения социальных ролей. На восходящих этапах онтогенеза ролевая структура расширяется, на нисходящих – сокращается и личность теряет важные социальные роли. Приходит период потери социальных ролей, который в онтогенезе чаще всего приходится на старость.

Старость не является единым, однообразным периодом жизни. В старости человек претерпевает не только биологические, но и психологические изменения. Изменяется также и ролевая структура личности.

В.В. Болтенко выделил ряд этапов психологического старения, связанных с изменениями в ведущих видах деятельности и полиролевой структуре личности. На **первом этапе** сохраняется связь с тем видом деятельности, который был ведущим для человека до выхода на пенсию. Как правило, этот вид деятельности был непосредственно связан с профессией пенсионера. Чаще это люди интеллектуального труда (ученые, артисты, учителя, врачи). Эта связь может быть непосредственной, в форме эпизодического участия в выполнении прежней работы. А может быть – опосредованной, через чтение специальной литературы, написание статей на профессиональные темы. Если же эта связь обрывается сразу же после ухода на пенсию, то, минуя первый этап, человек попадает во второй.

На **втором этапе** наблюдается сужение круга интересов за счет выпадения профессиональных привязанностей. В общении с окружающими уже преобладают разговоры на бытовые темы, обсуждение телевизионных новостей, семейных событий, успехов или неудач детей и внуков. В группах таких людей уже

трудно различить, кто был инженером, а кто врачом, кто был счетоводом, а кто профессором философии.

На **третьем этапе** главным становится забота о личном здоровье. Оно становится любимой темой для разговора: о лекарствах, о способах лечения, о травах... И в газетах, и в телепередачах на эти темы обращается особое внимание. Наиболее значимым в жизни человеком становится участковый врач, его профессиональные и личностные качества.

На **четвертом этапе** смыслом жизни становится сохранение самой жизни. Круг общения сужен до предела: лечащий врач, социальный работник, те из членов семьи, которые поддерживают личный комфорт пенсионера, соседи самого ближнего расстояния. Для приличия или по привычке – редкие телефонные разговоры со старыми знакомыми-ровесниками.

И, наконец, на **пятом этапе** происходит обнажение потребностей чисто витального характера (еда, покой, сон...). Эмоциональность и общение почти отсутствуют. Как и всякая схема, эта достаточно условна: на первом этапе присутствуют потребности всех пяти этапов, на втором – четырех, на третьем – трех, втором – двух и только на пятом остаются одни витальные потребности (Д.В. Альперович, 1998).

Говоря о психологических механизмах функционирования психики в возрасте старения, необходимо помнить, что физическое, социальное «угасание» достаточно эмоционально насыщено: люди перестают работать – уходят на пенсию, они перестают быть начальниками, они перестают быть детьми – хоронят своих родителей, они перестают быть родителями – их дети встают на ноги и заводят собственные семьи, они теряют свои физические кондиции – это тоже трудно принять в себе и т.д. (А.Г. Лидерс, 2000).

«Каково мое предназначение в этой жизни?», «К чему я стремлюсь?» – такие вопросы задает себе каждый человек и на каждом жизненном отрезке бытия отвечает по-разному. Обрести смысл жизни – это самая большая и самая высокая ценность, непереносимое условие человеческого счастья. Однако этот поиск сложен, и результаты его далеко не всегда успешны, прежде всего, потому, что трудно отыскать смысл среди множества проявлений жизни.

Жизнь сложна и порой преподносит сюрпризы, не всегда приятные. Серьезная болезнь, потеря близкого человека, резкое изменение социального статуса существенно меняют условия существования. Как в этой ситуации «не уронить себя», не потерять тот «стержень», который делал жизнь осмысленной? Являясь проблемой глобального масштаба, смысл жизни относительно каждого конкретного человека становится проблемой психологической, так как на поверхность реальности выходят глубокие противоречия человеческой психики, которые требуют разрешения.

Смысл жизни – не просто определенная идея, цель, убеждение. Это особое психическое образование, имеющее свое содержание и структуру. Оптимальный смысл жизни В.Э. Чудновским определяется как гармоническая структура смысложизненных ориентаций, которая обуславливает высокую успешность в различных областях деятельности, максимальное раскрытие способностей и индивидуальности человека, его эмоциональный комфорт, проявляющийся в переживании полноты жизни и удовлетворенности ею. Оптимальный смысл жизни, будучи динамической структурной иерархией, может существенно изменяться под влиянием ситуации, тех или иных условий (В.Э. Чудновский, 2003).

Анализируя проблемы смысла жизни в старости В.Э.Чудновский указывает, что если говорить об оптимальном смысле жизни в этот период старости, то он может быть выражен краткой формулой: «Отступать медленно, организованно, с боями». Да, старость – отступление. Но отступать можно по-разному. Это может быть паническое бегство, которое лишь ускоряет разрушительные процессы, или медленное отступление опытного полководца на театре военных действий: да, ситуация чрезвычайно сложна, «противник» наступает по всему фронту, то в одном, то в другом месте возникают «прорывы», куда нужно бросить «резервы», которых все меньше. И может быть, оптимальный смысл жизни в этих условиях – разумно организовать сопротивление негативным обстоятельствам, не только отстаивать «каждую пядь земли», но и время от времени переходить в «контратаки». Нужна «перегруппировка сил», психологическая перестройка,

выработка нового отношения к окружающему, к своей социальной роли и собственной личности.

Такая перестройка включает в себя не только учет негативных факторов, присущих данному периоду, но и «настройку» на его позитивные возможности: возможность «целостного» отношения к собственной жизни с высоты накопленного опыта и знаний и, вследствие этого, восприятие конкретных обстоятельств, успехов и неудач в свете такого целостного отношения к жизни; качественные изменения в переживании успехов, которые становятся результатом победы над собой; возможности по-новому воспринимать жизнь именно потому, что приближается ее финал.

К сожалению, в старости более остро воспринимаются и неудачи. И в этой связи становятся особенно актуальными тщательность и продуманность действий, воспитание «мобилизационной готовности» к неожиданным сюрпризам жизни. Стремление соответствовать максимальн возможному в данных условиях уровню жизнедеятельности, быть в согласии с самим собой, как можно дольше не снижать требований к себе, – пожалуй, это и есть основная составляющая оптимального смысла жизни в данный период.

Психологической перестройке в этом возрасте может способствовать и качественное изменение жизненной перспективы. Прежде она была крепко привязана к настоящей, сегодняшней действительности – к наличным социальным и иным обстоятельствам, к собственным возможностям, наконец, – к состоянию здоровья. Выйдя на финишную прямую жизни, человек уже не видит себя в далеком будущем, а только в ближайшем «завтра». Жизнь человека в будущем все больше замещается тем, что связано с ним, но уже не является им самим – дети, внуки, правнуки, ученики, последователи, дело, которое, возможно, будет продолжаться. Это его опора. Сюда постепенно «перетекает» смысл жизни. Подготовка к старости, отношение к ней как к периоду, который важен не только сам по себе, но который «венчает» жизненное пространство личности – значимая составляющая смысла жизни человека.

Ш. Бюлер (и не только она) полагала, что пенсионный и вообще стариковский возраст ассоциируется со сплошным

досугом, отдыхом и развлечениями. «Золотой возраст»! Это создает определенное отношение к старикам. Однако при разумно организованном режиме, внимательном, вдумчивом и спокойном отношении к собственному здоровью, психологической уравновешенности старость может быть не менее привлекательна, чем другие периоды жизни. Писатель Юрий Нагибин в повести, написанной на склоне лет, назвал старость важной, тонкой, нежной, прекрасной порой жизни. И добавил: и грустной. Что же касается досуга, то зачастую его отождествляют с «ничегонеделанием».

Однако, отсутствие занятий у людей, вышедших на пенсию самым непосредственным образом связана с отрывом от общества. Часто ошибочно предполагают, будто благополучие и перспективы старых людей обусловлены досугом, в котором они крайне нуждаются. А под досугом подразумевают свободу от занятий или обязанностей. Незанятость, появляющаяся у старых людей в результате уменьшения жизненной активности, и энергии, может рассматриваться как совокупный процесс, психосоциальное явление, которое объясняется как психологией каждого данного человека, так и воздействием на него общества, выключающего его из социальной жизни. Общество может освободить человека от обязанностей, но оно не может, тем не менее, освободить его от обязанностей по отношению к самому себе. В таком случае внешние социальные факторы поведения и его мотивы отходят у старого человека на второй план, а на первый план выходят собственные внутренние потребности.

И, тем не менее, у старого человека сохраняется потребность в трудовой деятельности, реализации своих социальных ролей. Стремление к труду у него имеет эмоциональный мотив. А не утраченная способность к труду важна для его самоутверждения.

Лишить стареющего человека возможности самовыражаться в какой-либо деятельности, равносильно тому, что укоротить его жизнь. Не случайно, так болезненно, в самом прямом смысле этого слова, переживается уход на пенсию.

Б.Г. Ананьев объяснял, что парадокс человеческой жизни заключается в том, что у многих людей «умирание» происходит гораздо раньше, чем физическое одряхление. Такое состояние наблюдается у тех людей, которые по собственной воле начинают изолироваться от общества, отказываясь от многих функций и ролей в обществе, что ведет к «сужению объема личностных свойств, к деформации структуры личности». По сравнению с долгожителями, сохранившими личность, некоторые «начинающие» пенсионеры в шестьдесят пять лет кажутся сразу одряхлевшими, страдающими от образовавшихся вакуумов и чувства социальной неполноценности. С этого возраста для них начинается драматический период умирания личности. В связи с чем Б.Г. Ананьев приходит к выводу, что «внезапное блокирование всех потенциалов трудоспособности и одаренности человека с прекращением многолетнего труда не может не вызвать глубоких перестроек в структуре человека как субъекта деятельности, а потому и личности» (Б.Г. Ананьев, 1980).

Профессиональная деятельность является одной из наиболее значимых ценностей человека, существенным компонентом структуры его смысложизненных ориентаций. Достаточно упомянуть о том, что окончание профессиональной деятельности и уход на пенсию во многих случаях переживаются как личная трагедия, связанная с потерей смысла жизни, что имеет далеко идущие последствия.

Уход от профессиональной деятельности, потери близких людей и т.п., приводят к исчезновению множества социальных ролей, которые играл индивид. Если структуру социальной роли рассматривать с точки зрения взаимосвязи когнитивного, эмоционально-аффективного и поведенческого компонентов, то, рассматривая психологические изменения в возрасте старения, можно отметить, что в структуре социальных ролей «отмирает» исполнительский, поведенческий компонент. Таким образом, происходит «усечение» социальной роли.

Потеря исполнительных, внешних поведенческих атрибутов роли, потеря действовать в референтной, субъективно значимой для личности системе социальных взаимодействий при сохранности внутриличностных ролевых инстанций,

является причиной возникновения у личности особого комплекса, синдрома аффективно-когнитивных переживаний, которые мы обозначили по известной аналогии как «социально-психологические фантомные боли».

Синдром «социально-психологических фантомных болей» (СПФБ) выражается в серьезных внутриличностных нарушениях и расстройствах межличностных отношений в семейной жизни и ближайшей социальной среде.

Актуализация синдрома «социально-психологические фантомные боли» (СПФБ) во многом зависит не только от типа личности, но и от характера профессиональной роли, которой лишился человек. Наблюдения свидетельствуют: бывшие педагоги продолжают поучать окружающих, бывшие работники правоохранительных органов – «наводить порядок», медицинские работники – диагностируют и лечат и т.д.

Потеря значимой и привычной социальной роли воспринимается как утрата смысла жизни, ведет к своеобразной деперсонализации. Человеку, лишившемуся социальной роли при сохранившихся внутриличностных ролевых инстанциях, кажется, что ему уже «нечего предъявить для других».

Возникает вопрос о профилактике и коррекции синдрома «социально-психологических фантомных болей». Профилактика СПФБ лежит в сфере здоровьесберегающих технологий, формирования позитивного отношения, своим социальным ролям, формирования отношения к роли не как к цели, а как средству самореализации способу служения обществу. Важным средством профилактики является развитие особого личностного качества – ролевой гибкости.

В качестве одного из путей коррекции мы предлагаем использование «социально-психологического протезирования» (Фролов, Ю.И., 2000), под которым понимаем социально-психологическую компенсацию снижения физических, психических и социально-ролевых возможностей, которая значительно улучшает общее психологическое состояние в старости, дает возможность старому человеку чувствовать себя более молодым, компетентным, счастливым, обрести себя, смысл своей жизни.

Смысл терапевтической работы (социально-психологического протезирования) усматривается нами в возвращении личности утраченной идентичности. Терапевтическое воздействие заключается в изменении внешней ситуации, в которой находится старый человек: прикреплении социального работника, расширении круга общения и т.п. Это полностью согласуется с принципом компенсации дефекта А. Адлера, которая порождается (по Л.С. Выготскому) социальной средой.

Мы полагаем, что изменение окружающей обстановки, создание ситуации, когда человек, потерявший ту или иную социальную роль, сможет компенсировать ее в посильной его возрасту деятельности, приведет к изменению психологического состояния индивида. Негативные эмоциональные состояния, связанные с проявлением синдрома «социально-психологических фантомных болей» могут быть частично компенсированы с помощью «социально-психологического протезирования». Анализ клинических случаев с использованием метода «социально-психологического протезирования» показал, положительные изменения в психологическом статусе испытуемых. Исследуемые стали чувствовать себя несколько моложе, чем прежде, у них появилась некоторая жизненная перспектива – интерес к жизни, ожидание событий, новые ценности и т.д. Большинство испытуемых стали считать себя менее одинокими и более счастливыми.

Следовательно, «социально-психологическое протезирование» может служить действенным средством компенсации негативных проявлений «социально-психологических фантомных болей», связанных с потерей референтных социальных ролей в ситуации старения, и, в определенной степени, способствовать обретению новых смыслов жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович, В.Д. Старость. Социально-философский анализ. – Ростов н/Д.: Издательство СКНЦ ВШ, 1998. – 104 с.
2. Ананьев, Б.Г. Избранные психологические труды: В 2т. / Б.Г. Ананьев / Под ред. А.А. Бодалева, Б.Ф. Ломова. – М.: Педагогика, 1980. – Т.1. – 232 с. – Т.2. – 287 с.
3. Анцыферова, Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. / Л.И. Анцыферова. – М., 2006. – 512 с.
4. Анцыферова Л.И. Новые стадии поздней жизни: время теплой осени или суровой зимы? // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – № 3. – С. 99–104.
5. Афанасьева, Т.С. Формирование ценностного отношения к пожилому возрасту как психолого-педагогическая проблема / Т.С. Афанасьева. – 2010. – Веснік БДУ. Сер. 4. – № 3. – С. 77 – 83.
6. Безденежная, Т.И. Психология старения : путь к долголетию / Т. И. Безденежная. – Ростов н/Д : Феникс, 2004. – 314 с.
7. Белановская, О.В. Психология личности / О.В. Белановская. – Минск: БГПУ, 2001. – 226 с.
8. Бороздина, Л. В. Самооценка в старости / Л.В. Бороздина, О.Н. Молчанова // Самооценка в разных возрастных группах: от подростков до престарелых / Под ред. А. К. Болотовой. – М.: ООО Проект-Ф, 2001. – С. 114-145.
9. Геронтопсихология: учеб. Пособие / Под ред. Проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Изд-во С-Петербур. Ун-та, 2007. – 391 с.
10. Глуханюк, Н.С. Психологические механизмы формирования готовности к старению в процессе жизненного пути / Н.С. Глуханюк, Т.Б. Гершкович// Ученые записки кафедры теоретической и экспериментальной психологии РГППУ. Екатеринбург, 2006. – С. 425 – 446.
11. Гудзовская, А.А. Представления о себе пожилых людей с разными типами старения / А.А. Гудзовская // Современные исследования социальных проблем. – 2018. – Т. 9 – № 8. – С. 6 – 22.
12. Дорогина, О.И. Геронтопсихология: учеб. пособие / О. И. Дорогина, Ю.В. Лебедева, Л.В., Токарская, Е.В. Хлыстова;

под общ. ред. Ю. В. Лебедевой. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2020. – 131 с.

13. Захаров, В.В. Нейропсихологические тесты. Необходимость и возможность применения / В.В.Захаров // «Consiliummedicum». – Т13. – № 2. – С. 82-90.

14. Зинина, А.А. Готовность к возрастным изменениям как фактор конструирования социальных представлений о психологическом благополучии в старости / А.А. Зинина // Вестник МГОУ. Серия: Психологические науки. – 2016. – № 1 – С. 35 – 43.

15. Карстенсен, Л.Л. Эмоции во второй половине жизни / Л.Л. Карстенсен, С.Т.Чарльз // Психология зрелости и старения. – № 1. –2010. – С.76-89.

16. Краснова, О. В. Стереотипы пожилых и отношение к ним / О.В. Краснова // Психология зрелости и старения, весна. – 1998 (1). – М.: Центр Геронтолог. – С. 10-18.

17. Коломинский, Я.Л. Психологические проблемы смысла жизни в старости / Я.Л. Коломинский, О.В. Белановская // «Психология зрелости и старения». – 2010. – № 2 (50). – С. 72 – 83.

18. Лидерс, А.Г. Кризис пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании / А.Г. Лидерс// Психология зрелости и старения. – 2000. – № 2. С. 6–11.

19. Марютина, Т. М. Введение в психофизиологию: Учебн. пособие по курсу: «Общая и возрастная психофизиология» / Т.М. Марютина, О.Ю. Ермолаев. – М.: Московский психолого-социальный институт, Флинта, 1997. – 240 с.

20. Минигалиева, М.Р. Проблемы и ресурсы пожилых людей / М.Р. Минигалиева// Отечественный журнал социальной работы. – 2004. – № 3.– С. 8 – 14.

21. Парсонс, Т. Система современных обществ / Т. Парсонс / Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева. Под ред. М.С. Ковалевой. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 270 с.

22. Пархон, К. И. Возрастная биология: Клинические и экспериментальные исследования: [Пер. с рум.] / К. И. Пархон; ред. Ш. М. Милку. – Бухарест : Изд-во лит. на иностр. яз., 1959.– 470 с.

23. Психология среднего возраста, старения, смерти / Под ред. А.А. Реана. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 384 с.
24. Рощак, К. Психологические особенности личности в пожилом возрасте : автореферат дис. ... кандидата психологических наук : 19.00.07 / НИИ общей и педагогической психологии. - Москва, 1990. – 19 с.
25. Сапогова, Е.Е. «Осень жизни»: Экзистенциально-психологические горизонты старения / Е. Е. Сапогова / Yu. Karandashev, T. Senko. Egzystencjalne problemy człowieka w okresie starzenia się. – Myslowice: GWSpeim. Augusta Hlonda, 2011. – С. 101–128.
26. Сенько, Т.В. Социальные роли пожилых людей в их отношениях с внуками Т.В. Сенько / Е.Е. Сапогова. Психосфера. – Вып. 6. – Тула: ТулГУ, 2012. – С. 83–102.
27. Симерзин, В.В. Возрастные инволютивные особенности когнитивных функций / В.В. Симерзин, О.В. Фатенков, Я.А. Панишева, М.А. Галкина, А.В. Гагловое // Наука и инновации в медицине. – 2019. – Т.4 (2). – С. 21 – 26.
28. Слободин, Т.А. Когнитивный резерв: причины снижения и защитные механизмы / Т.А. Слободин, А.В. Горева // Международный неврологический журнал.– 2012.– С. 161–165.
29. Смолькин, А.А. Социокультурная динамика отношения к старости: автореф. дисс. ... канд. социол. наук. – Саратов, 2004. – 20 с.
30. Стюарт-Гамильтон, Я. Психология старения. 4-е изд. / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб.: Питер, 2010. – 320 с.
31. Толстых, А. В. Возрасты жизни / А.В. Толстых. – М.: Молодая гвардия, 1988. – 221 с.
32. Фролов, Ю.И. Применение психологического принципа компенсации дефекта к анализу старения / Ю.И. Фролов, Э.Н. Тищенко // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 1 (9). – С. 40–65.
33. Холлис, Дж. Перевал в середине пути. Как преодолеть кризис среднего возраста и найти новый смысл жизни / Дж. Холлис/ Пер.с англ. . – М.: Когито-Центр, 2009.
34. Чудновский, В.Э. Психологические составляющие оптимального смысла жизни / В.Э. Чудновский // Вопросы психологии. – 2003. – № 3. – С.3-15.

35. Шай, К.У. Интеллектуальное развитие взрослых / К.У. Шай // Психологический журнал. – Том 19. – № 6. – 1998. – С.72-88.
36. Шатохина, В.А. По ту сторону перевала. Анализ кризиса среднего возраста (по книге Дж.Холлиса «Перевал в середине пути» / В.А. Шатохина// Психология зрелости и старения – № 3, 2010. – С.25-33.
37. Шахматов, Н.Ф. Старение — время личного познания, вечных вопросов и истинных ценностей / Шахматов, Н. Ф. // Психология зрелости и старения. – 1998. – № 2. – С. 11 – 20.
38. Юревич, А.В. Старение как психологическая проблема / А.В. Юревич. // Наука. Культура. Общество. – 2018. – № 1. – С. 5 – 19.
39. Cheng, S-T. Generativity in later life: Perceived respect from younger generations as a determinant of goal disengagement and psychological well-being / S-T. Cheng // Journal of Gerontology: Psychological Sciences/ – 2009. – 64B (1) – P. 45–54/ doi:10.1093/geronb/gbn027.
40. Jesuino, J. C. Images of old age/ J. C.Jesuino // Papers on Social Representations. – 2014 – V. 23 – P. 15.1-15.
41. Kite, M.E. Attitudes towards older and younger adults: A meta-analysis / M.E. Kite, B.T. Johnson // Psychology and Aging. 1988. – V. 3(3). – P. 232 – 244.
42. Levy, B.R., Banaji, M.R. Implicit Ageism // Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons. Cambridge, MA: The MIT Press, 2002. P. 49 –75.
43. Marchewka, A. Fizjologiastarzeniasię. Profilaktykarehabilitacja / A.Marchewka, Z.Dąbrowski, J.A. Żołędź. –Warszawa: PWN, 2013. – 340 c.
44. World Population Prospects 2022 – Population Division – United Nations. – Дата обращения: 27.11.2023. – <https://population.un.org>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ОПРОСНИК

«ГОТОВНОСТЬ К ВОЗРАСТНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ»

(авторы Глуханюк Н. С., Гершкович Т. Б)

Опросник позволяет диагностировать общий показатель готовности к освоению возраста и отдельные компоненты, которые дают более полную характеристику. В результате психометрической проверки опросника авторы доказали его высокие ретестовую надежность и текущую валидность. Испытуемому нужно было ответить на 28 утверждений, оценив свои представления по трёхбалльной шкале.

Инструкция: *Перед Вами перечень изменений в жизни человека, сопровождающих процесс старения. По каждому из них необходимо ответить на три вопроса (А, Б, В). Для этого обведите соответствующий балл в подготовленном для Вас бланке ответов.*

А. Осознаете ли Вы происходящие с Вами изменения (или их появление в будущем)?

- *Осознаю очень четко.* (2 балла)
- *Представляю, хотя и несколько смутно.* (1 балл)
- *Не задумываюсь об этом.* (0 баллов)

Б. Каково Ваше отношение к представленному в вопросе изменению?

- *Отношусь спокойно как к нормальному неизбежному явлению.* (2 балла)
- *Занимаю среднюю позицию.* (1 балл)
- *Отношусь очень болезненно, переживаю.* (0 баллов)

В. Как Вы приспосабливаетесь к описанному факту (или будете приспосабливаться в будущем)?

- *Активно ищу способы адаптации к происходящим изменениям.* (2 балла)
- *По возможности стараюсь приспособиться, но особых усилий не прилагаю.* (1 балл)
- *Пассивно принимаю происходящее, не пытаюсь ничего менять.* (0 баллов)

Текст опросника

1. Появление внешних признаков старения (морщины, седина и т. п.).
2. Отношение окружающих как к пожилому, старому человеку.
3. Ухудшение памяти
4. Завершение или сокращение по времени профессиональной деятельности.
5. Понижение остроты зрения, слуха.
6. Новый статус в семье (дед, бабушка).
7. Замедление процесса мышления.
8. Обретение роли наставника в профессиональной деятельности.
9. Повышенная утомляемость.
10. Приобретение статуса «иждивенца».
11. Появление склонности передавать опыт, поучать, давать советы.
12. Высвобождение времени после выхода на пенсию.
13. Снижение половой активности.
14. Изменение круга общения.
15. Обостренная эмоциональная реакция на отношение окружающих.
16. Обретение статуса «бывшего профессионала».
17. Потеря внешней привлекательности.
18. Налаживание отношений с социальными службами.
19. «Застревание» на определенных мыслях, делах, переживаниях.
20. Конкуренция со стороны более молодых коллег.
21. Нарушение функций сердечно-сосудистой системы.
22. Изменение характера общения с окружающими.
23. Осознание факта собственного старения.
24. Сложности в освоении новых методов работы, новой техники и т. п.
25. Нарушение функций опорно-двигательного аппарата.
26. Ухудшение материального положения.
27. Появление чувства «ненужности», «бесполезности».
28. Выход на пенсию, утрата профессиональной деятельности.

Благодарим за сотрудничество!

Бланк ответов к опроснику «Готовность к возрастным изменениям»

Ф. И. О.											
Возраст						Пол					
1	0	2	2	0	2	3	0	2	4	0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
5	0	2	6	0	2	7	0	2	8	0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
9	0	2	10	0	2	11	0	2	12	0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
13	0	2	14	0	2	15	0	2	16	0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
17	0	2	18	0	2	19	0	2	20	0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
21	0	2	22	0	2	23	0	2	24	0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2

25	0	2	26	0	2	27	0	2	28	0	2
	0	2		0	1 2		0	1 2		0	2
	0	2		0	2		0	2		0	2

Ключ к опроснику

Показатели готовности к освоению возрастно-временных изменений

Структурные элементы готовности

- 1) ΣA первого столбца - когнитивный уровень физиологического компонента (КФэ).
- 2) ΣB первого столбца - аффективный уровень физиологического компонента (АФэ).
- 3) ΣB первого столбца - мотивационный уровень физиологического компонента (МФэ).
- 4) ΣA второго столбца - когнитивный уровень социального компонента (КСэ).
- 5) ΣB второго столбца - аффективный уровень социального компонента (АСэ).
- 6) ΣB второго столбца - мотивационный уровень социального компонента (МСэ).
- 7) ΣA третьего столбца - когнитивный уровень личностно-психологического компонента (КЛэ).
- 8) ΣB третьего столбца - аффективный уровень личностно-психологического компонента (АЛэ).
- 9) ΣB третьего столбца - мотивационный уровень личностно-психологического компонента (МЛэ).
- 10) ΣA четвертого столбца - когнитивный уровень профессионального компонента (КПэ).
- 11) ΣB четвертого столбца - аффективный уровень профессионального компонента (АПэ).
- 12) ΣB четвертого столбца - мотивационный уровень профессионального компонента (МПэ).

Компоненты готовности:

- 1) $КФэ + АФэ + МФэ = Фк$ - физиологический компонент.
- 2) $КСэ + АСэ + МСэ = Ск$ - социальный компонент.

3) $КЛэ + АЛэ + МЛэ = Лк$ - личностно-психологический компонент.

4) $КПэ + АПэ + МПэ = Пк$ - профессиональный компонент.

Уровни готовности:

1) $КФэ + КСэ + КЛэ + КПэ = Ку$ - когнитивный уровень.

2) $АФэ + АСэ + АЛэ + АПэ = Ау$ - аффективный уровень.

3) $МФэ + МСэ + МЛэ + МПэ = Му$ - мотивационный уровень.

Общая готовность:

$Ку + Ау + Му = Го$ - общий показатель готовности.

Интерпретация полученных результатов

Общий показатель готовности к освоению возрастнo-временных изменений является интегративной характеристикой отношения человека к происходящим с ним возрастным изменениям или изменениям, ожидающим его в будущем. Высокий уровень общей готовности проявляется в четком осознании и понимании естественности, а где-то и неизбежности физических проявлений старения (изменения внешности, снижение остроты зрения, слуха, обострение различных заболеваний), изменения социального статуса и отношения со стороны окружающих, заострения отдельных личностных черт, качественных преобразований в познавательной сфере, ухода от профессиональной деятельности. Готовность характеризуется спокойным, толерантным отношением к происходящим или будущим возрастным изменениям – без острых переживаний и негативных эмоциональных реакций.

Деятельностное проявление готовности – это активный поиск стратегий адаптации к разнообразным возрастным изменениям настоящего, планирование своей жизни в условиях будущих трансформаций.

Оценка степени сформированности готовности к освоению возрастнo-временных изменений:

0-56 баллов – низкая;

57-112 баллов – средняя;

113-168 баллов – высокая.

Компоненты готовности – показатели, конкретизирующие особенности проявления готовности к освоению

возрастно-временных изменений относительно различных сфер проявления возраста.

Физиологический компонент готовности включает в себя понимание, толерантное отношение и способность искать продуктивные пути приспособления к таким проявлениям старения, как потеря внешней привлекательности и появление внешних признаков возраста (морщины, седина и т. п.); понижение остроты зрения и слуха; повышенная утомляемость; снижение половой активности; нарушение функций сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата.

Сформированность социального компонента готовности позволяет человеку осознать, принять и найти способы адаптироваться к проявлениям старения в социальной сфере: это отношение окружающих как к пожилому, старому человеку и изменение характера общения с ними; ухудшение материального положения и приобретение статуса «иждивенца»; новые роли в семье – дед, бабушка; необходимость налаживать отношения с социальными службами.

Личностно-психологический компонент готовности проявляется в способности человека понять механизмы происходящих с ним в настоящем психологических изменений или прогнозировать их появление в будущем, относиться к ним спокойно как к нормальным явлениям и активно искать пути компенсации и саморегуляции. Этот компонент включает такие изменения, как ухудшение памяти и замедление процесса мышления; появление склонности передавать опыт, поучать, давать советы; обостренная эмоциональная реакция на отношение окружающих, появление чувства «ненужности», «бесполезности»; «застывание» на определенных мыслях, делах, переживаниях.

Профессиональный компонент проявляется в готовности толерантно относиться к предстоящему или уже имеющему место снижению роли профессиональной деятельности в жизни, и более того – к ее утрате. Также в него включается поиск и реализация способов самовыражения во внепрофессиональной сфере. Данный компонент готовности обеспечивает адаптацию к таким факторам, как конкуренция со стороны более молодых коллег и сложности в освоении новых методов работы, новой техники; обретение

роли наставника в профессиональной деятельности и (или) статуса «бывшего профессионала»; выход на пенсию, уход от профессиональной деятельности, высвобождение времени после выхода на пенсию.

Оценка степени сформированности компонентов готовности к освоению возрастно-временных изменений:

0-14 баллов – низкая;

15-28 баллов – средняя;

29-42 баллов – высокая.

Уровни готовности - показатели, иллюстрирующие психологические особенности реализации готовности в плане: осознания происходящих с человеком в настоящем или ожидаемых в будущем возрастных изменений (когнитивный уровень), толерантного отношения к ним как к нормальному, неизбежному явлению (аффективный уровень), активного поиска продуктивных стратегий адаптации к этим изменениям (мотивационный уровень).

Оценка степени сформированности уровней готовности к освоению возрастно-временных изменений:

0-18 баллов – низкая;

19-37 баллов – средняя;

38-56 баллов – высокая.

Структурные элементы готовности – дополнительные показатели, позволяющие конкретизировать и сопоставлять особенности проявления компонентов готовности (физиологический, социальный, личностно-психологический, профессиональный) на различных уровнях – когнитивном, аффективном, мотивационном.

Оценка степени сформированности структурных элементов готовности к освоению возрастно-временных изменений:

0-4 баллов – низкая;

5-9 баллов – средняя;

10-14 баллов – высокая.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНДЕКСА ЖИЗНЕННОЙ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ

*(Life Satisfaction Index A, LSIA, Б. Ньюгартен, адаптация
Н.В.Панина)*

Опросник, диагностирующий индекс жизненной удовлетворенности, отражает общее психологическое состояние человека, степень его психологического комфорта и социально-психологической адаптированности. Тест «Индекс удовлетворенности жизнью» может быть использован для дифференцированной оценки особенностей стиля жизни, потребностей, мотивов, установок, ценностных ориентаций человека с целью определения, какие из них положительно сказываются на его общем психологическом состоянии, а какие - отрицательно

Инструкция: Оцените каждое утверждение в соответствии со степенью вашего согласия. В столбике с номером вопроса поставьте любой знак напротив нужного ответа – «согласен», «не согласен» или «не знаю».

Текст опросника

1. С возрастом многое мне кажется лучше, чем я ожидал раньше.
2. Жизнь принесла мне больше разочарований, чем большинству людей, которых я знаю.
3. Сейчас самый мрачный период в моей жизни.
4. Моя жизнь могла бы быть счастливее, чем есть.
5. Сейчас я почти так же счастлив, как и в то время, когда был моложе.
6. Большинство дел, которыми мне приходится заниматься, скучные и неинтересные.
7. Сейчас я переживаю лучшие годы в моей жизни.
8. Я считаю, что в будущем меня ожидают интересные и приятные дела.
9. К своим делам и занятиям я испытываю такой же интерес, как и раньше.
10. С возрастом я всё больше ощущаю какую-то усталость.
11. Ощущение возраста не беспокоит меня.

12. Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я испытываю чувство удовлетворения.

13. Я не изменил бы свою прошлую жизнь, даже если бы имел такую возможность.

14. По сравнению с другими людьми моего возраста я сделал массу глупостей в своей жизни.

15. Я выгляжу лучше, чем большинство других людей моего возраста.

16. У меня есть некоторые планы, которые я намереваюсь осуществить в ближайшее время.

17. Оглядываясь на прошлое, могу сказать, что я многое упустил в своей жизни.

18. Я слишком часто, по сравнению с другими людьми, нахожусь в подавленном настроении.

19. Я получил довольно много из того, что ожидал от жизни.

20. Что бы ни говорили, а с возрастом большинство людей становится хуже, а не лучше.

Ключ

№ суждения	Согласен	Не согласен	Не знаю
1.	0	1	1
2.	0	2	1
3.	0	2	1
4.	0	2	1
5.	2	0	1
6.	0	2	1
7.	2	0	1
8.	2	0	1
9.	2	0	1
10.	0	2	1
11.	2	0	1
12.	2	0	1
13.	2	0	1
14.	0	2	1
15.	2	0	1
16.	2	0	1
17.	0	2	1

18.	0	2	1
19.	2	0	1
20.	0	2	1

Обработка результатов

Индекс общей жизненной удовлетворённости определяется начислением баллов по ключу.

Индекс общей жизненной удовлетворённости определяется начислением баллов по ключу. Максимальный индекс жизненной удовлетворённости составляет 40 баллов. Средняя жизненная удовлетворённость – 25–30 баллов. Показатели менее 25 баллов считаются низкими.

Интерпретация результатов

Тест измеряет наиболее общее психологическое состояние человека, определяемое его личностными особенностями, системой отношений к различным сторонам своей жизни. Индекс жизненной удовлетворенности – интегративный показатель, включающий в качестве основного носителя эмоциональную составляющую. Для обладателей высокого значения индекса характерны низкий уровень эмоциональной напряженности, высокая эмоциональная устойчивость, низкий уровень тревожности, психологический комфорт, высокий уровень удовлетворенности ситуацией и своей ролью в ней.

Под категорией «жизненная удовлетворенность» понимается самое общее представление человека о психологическом комфорте, которое включает в себя:

- интерес к жизни как противоположность апатии;
- решительность, целеустремленность, последовательность в достижении жизненных целей;
- согласованность между поставленными и реально достигнутыми целями;
- положительная оценка собственных качеств и поступков;
- общий фон настроения.

Максимальный индекс жизненной удовлетворённости составляет 40 баллов. Средняя жизненная удовлетворённость – 25–30 баллов. Показатели менее 25 баллов считаются низкими.

В качестве дополнительной информации о том, какие конкретные сферы жизни приносят удовлетворение или недовольство, можно посчитать количество баллов по шкалам (максимальное количество баллов по каждой шкале – 8).

Расшифровка шкал теста

1. Интерес к жизни. Суждения № 1, 6, 9, 11. Шкала отражает степень энтузиазма, увлечённого отношения к обычной повседневной жизни.

2. Последовательность в достижении целей. Суждения № 8, 13, 16, 17. Высокие показатели по данной шкале отражают такие особенности отношения к жизни, как решительность, стойкость, направленные на достижение целей. Низкая оценка по этой шкале отражает пассивное примирение с жизненными неудачами, покорное принятие всего, что приносит жизнь.

3. Согласованность между поставленными и достигнутыми целями. Суждения № 2, 4, 5, 19. Высокие показатели отражают убеждённость человека в том, что он достиг или способен достичь тех целей, которые считает для себя важными.

4. Положительная оценка себя и собственных поступков. Суждения № 12, 14, 15, 20. Сюда относится оценка человеком своих внешних и внутренних качеств. Высокий балл отражает высокую самооценку.

5. Общий фон настроения. Суждения № 3, 7, 10, 18. Шкала показывает степень оптимизма, удовольствия от жизни.

Результаты данного теста дают возможность достаточно быстро получить информацию об общем эмоциональном состоянии человека, о сферах жизни, которые, возможно, являются «проблемными» для него и принять шаги для коррекции последних.

ОПРОСНИК «САМОЧУВСТВИЕ. АКТИВНОСТЬ. НАСТРОЕНИЕ»

(В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, М.П. Мирошников, В.Б. Шарай)

Методика «Самочувствие. Активность. Настроение» (САН) применяется для оперативной оценки таких функциональных состояний, как самочувствие, активность, настроение. В качестве обобщенных факторов, характеризующих различные аспекты актуального состояния, используются «самочувствие», в интегративной форме отражающее физиологическое состояние организма, «активность», характеризующая актуальный энергетический потенциал целостной (в том числе, психической) жизнедеятельности, и «настроение» – интегративный показатель отражаемого на эмоциональном уровне благополучия внутренних и внешних условий жизнедеятельности.

Шкала «Самочувствие» включает в себя характеристики утомления, силы и здоровья.

Шкала «Активность» состоит из характеристик, отражающих подвижность, скорость и темп протекания различных процессов и функций.

Шкала «Настроение» включает характеристики эмоционального состояния человека.

Для каждой из этих шкал подобраны пары антонимов, обычно используемые людьми для характеристики меняющихся со временем свойств состояния. Так, каждая пара задает локальную субшкалу. Испытуемому предлагается указать свое место на каждой субшкале. Методика САН представляет собой таблицу, состоящую из 30 пар слов противоположного значения. Каждую из трех шкал теста характеризует 10 пар антонимов. Каждая из субшкал является семибалльной: между предъявляемыми парами слов расположены индексы (3, 2, 1, 0, 1, 2, 3). Сущность оценивания заключается в том, что испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале.

Социально одобряемые (например, здоровый) и неодобряемые (например, больной) дескрипторы расположены

попеременно то на правом, то на левом полюсах субшкалы. Такое расположение уменьшает вероятность искажения результатов.

Испытуемому предъявляется типовой бланк методики САН. По семибалльной шкале испытуемый должен выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования. Обязательно фиксируется время проведения методики.

Обследование может производиться как индивидуально, так и в группе при наличии в достаточном количестве текстов и бланков методики.

Обработка результатов

При обработке отмеченные цифры сначала переводятся в баллы от 1 до 7 и кодируются следующим образом: индекс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активностью и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 - за 2 балла; индекс 1 - за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который, соответственно, принимается за 7 баллов. При этом следует всегда помнить, что положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные - низкие.

По этим «приведенным» баллам и рассчитывается среднее арифметическое - как в целом по методике, так и отдельно по шкалам «активность», «самочувствие» и «настроение».

Исключаются из рассмотрения протоколы, в которых для всех субшкал отмечена одна и та же цифра. При случайном заполнении протокола величина среднего квадратичного отклонения не должна превышать 1,5. Поэтому протоколы, в которых среднеквадратичное отклонение оказывается выше этой величины, считаются фальсифицированными и также исключаются из рассмотрения и обработки.

Код опросника:

Самочувствие - 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность - 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение - 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Интерпретация результатов

Интерпретация результатов *однократного* проведения САН основана на сравнении с нормами. Однако значительно информативнее оказывается сравнительный анализ между собой показателей по трем шкалам, а также анализ динамики показателей при многократном проведении теста.

Средний балл шкалы равен 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже четырех баллов свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0-5,5 баллов. При анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. А вот по мере нарастания усталости соотношение между ними поменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

Стандартизация данных на выборке студентов показала, что в утренние часы (перед занятиями) средние тестовые показатели по шкале «Самочувствие» равны 5,4 балла, по шкале «Активности» - 5,0 баллов, а по шкале «Настроение» - 5,1 балла. В вечернее время (в конце рабочего дня) ситуация изменяется: «Самочувствие» - 4,8 балла, «Активность» - 4,5, а «Настроение» - 4,6 баллов.

Информативным с точки зрения «ведущего» функционального состояния может стать анализ показателей по трем шкалам между собой. Обычно, «ведущим» является самочувствие. А, например, у людей эмоциональных, часто «ведущим» оказывается настроение.

С целью наглядного представления полученных результатов по методике САН, можно построить график, отражающий динамику показателей по трем шкалам с течением времени.

Инструкция:

В каждой паре утверждений выберите одну цифру, которая наиболее точно отражает Ваше самочувствие в данный момент. Чем ближе цифра к утверждению, тем более сильно выражено Ваше состояние в данный момент времени.

Старайтесь пользоваться всем диапазоном цифр, избегайте крайних цифр.

Типовая карта опросника САН

1.Самочувствие хорошее	3 2 1 0 1 2 3	Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильным	3 2 1 0 1 2 3	Чувствую себя слабым
3. Пассивный	3 2 1 0 1 2 3	Активный
4. Малоподвижный	3 2 1 0 1 2 3	Подвижный
5. Веселый	3 2 1 0 1 2 3	Грустный
6.Хорошее настроение	3 2 1 0 1 2 3	Плохое настроение
7. Работоспособный	3 2 1 0 1 2 3	Разбитый
8. Полный сил	3 2 1 0 1 2 3	Обессиленный
9. Медлительный	3 2 1 0 1 2 3	Быстрый
10. Бездеятельный	3 2 1 0 1 2 3	Деятельный
11. Счастливый	3 2 1 0 1 2 3	Несчастный
12. Жизнерадостный	3 2 1 0 1 2 3	Мрачный
13. Напряженный	3 2 1 0 1 2 3	Расслабленный
14. Здоровый	3 2 1 0 1 2 3	Больной
15. Безучастный	3 2 1 0 1 2 3	Увлеченный
16. Равнодушный	3 2 1 0 1 2 3	Взволнованный
17. Восторженный	3 2 1 0 1 2 3	Унылый
18. Радостный	3 2 1 0 1 2 3	Печальный
19. Отдохнувший	3 2 1 0 1 2 3	Усталый
20. Свежий	3 2 1 0 1 2 3	Изнуренный
21. Сонливый	3 2 1 0 1 2 3	Возбужденный
22. Желание отдохнуть	3 2 1 0 1 2 3	Желание работать
23. Спокойный	3 2 1 0 1 2 3	Озабоченный
24. Оптимистичный	3 2 1 0 1 2 3	Пессимистичный
25. Выносливый	3 2 1 0 1 2 3	Утомляемый
26. Бодрый	3 2 1 0 1 2 3	Вялый
27.Соображать трудно	3 2 1 0 1 2 3	Соображать легко
28. Рассеянный	3 2 1 0 1 2 3	Внимательный
29. Полный надежд	3 2 1 0 1 2 3	Разочарованный
30. Довольный	3 2 1 0 1 2 3	Недовольный

МЕТОДИКА «КРАТКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА» (MINI-MENTAL STATE EX- AMINATION)

(Folstein M.F., Folstein S.E. и McHugh P.R.)

Методика предназначена для оценки степени нарушений когнитивных функций, как в качестве скрининга, так и для оценки динамики состояния (прогрессирование деменции, улучшение или стабилизация состояния на фоне лечения).

Шкала предназначена для скрининга дементирующих процессов среди предрасположенных к этому групп населения: лица пожилого возраста, больные, у которых может развиться более ранняя деменция (например, при стойкой ГБ или наследственной предрасположенности). Лица, набравшие недостаточно баллов, нуждаются в консультации специалиста (невропатолога и/или психиатра). Клиническая оценка симптомов по данной шкале более специфична, чем чувствительна, и может не выявить лёгкие, начальные проявления дементирующих процессов, особенно подкорковых и лобных дегенераций.

Оценка когнитивных функций при депрессиях разной степени тяжести требует также особого подхода, поскольку у таких пациентов, как правило, имеют место явления обратимого когнитивного снижения, которые редуцируются по мере купирования аффективной симптоматики. Для объективизации истинного уровня когнитивных расстройств у этих больных необходимо проводить их обследование в динамике. Диагностически значимыми являются результаты исследования, проведенного после редукции депрессивной симптоматики, а также сопоставленные с данными обследования на предмет депрессивных расстройств.

Шкала прямо оценивает когнитивные функции респондента: ориентацию в месте и времени, кратковременную память, устный счёт, внимание, речь, восприятие, узнавание, способность к письму, чтению, рисованию, восприятию логических конструкций, выполнению последовательных действий. Теоретической основой для отбора и использования

данных параметров являлось общее представление о когнитивной сфере человека в норме и патологии.

Тест состоит из 9 частей, каждая из которых может быть разбита на более мелкие пункты (всего 30 пунктов). За правильное выполнение каждого пункта начисляется 1 балл (максимум 30 баллов).

Процедура проведения

Бланк тестирования используется специалистом для контроля правильности проведения теста. На нём можно отмечать результаты ответов пациента. Вопросы задаются устно, одновременно оценивается реакция на обращённую речь, возможные сложности в усвоении устных инструкций и т.д.

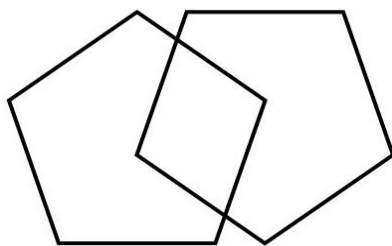
Обработка и интерпретация результатов

За каждый ответ, совпадающий с ключом, пациент получает 1 балл:

1. Пациент назвал сегодняшнее число
2. Пациент назвал месяц
3. Пациент назвал год
4. Пациент назвал день недели
5. Пациент назвал время года
6. Пациент назвал город
7. Пациент назвал регион
8. Пациент назвал учреждение
9. Пациент назвал этаж
10. Пациент назвал страну
11. Пациент сказал «мяч»
12. Пациент сказал «флаг»
13. Пациент сказал «дверь»
14. Пациент сказал «93» или «Я»
15. Пациент сказал «86» или «Л»
16. Пациент сказал «79» или «М»
17. Пациент сказал «72» или «Е»
18. Пациент сказал «65» или «З»
19. Пациент сказал «мяч»
20. Пациент сказал «флаг»
21. Пациент сказал «дверь»

22. Пациент сказал «часы»
23. Пациент сказал «карандаш»
24. Пациент сказал «Не если, и, или нет»
25. Пациент взял лист бумаги в правую руку
26. Пациент сложил лист бумаги пополам
27. Пациент положил сложенный лист на колено
28. Пациент закрыл глаза
29. Пациент написал осмысленное предложение
30. Пациент нарисовал два пересекающихся

пятиугольника:



- **28-30** баллов: норма. Нарушения когнитивных функций отсутствуют.
- **24-27** баллов: когнитивные нарушения.
- **20-23** балла: деменция лёгкой степени.
- **11-19** баллов: деменция средней степени.
- **0-10** баллов: деменция тяжёлой степени.

Сtimульный материал

Последовательно задавайте пациенту вопросы:

1. Какое сегодня число?
2. Какой сейчас месяц?
3. Какой сейчас год?
4. Какой сегодня день недели?
5. Какое сейчас время года?
6. В каком городе мы находимся?
7. В какой области мы находимся?
8. В каком учреждении мы находимся?
9. На каком этаже мы находимся?
10. В какой стране мы находимся?

Попросите пациента повторить за Вами слова:

11. Мяч
12. Флаг
13. Дверь

Произносите слова медленно и чётко, при ошибке Вы можете дать пациенту не более 5 попыток.

Попросите пациента последовательно вычитать по 7 от 100:

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Если пациент не может или отказывается делать это:

Попросите пациента произнести слово ЗЕМЛЯ по буквам в обратном порядке:

14. Я
15. Л
16. М
17. Е
18. З

Попросите пациента ещё раз повторить предложенные ранее три слова:

19. Мяч
20. Флаг
21. Дверь

Покажите пациенту предметы и спросите, что это такое:

22. Покажите наручные часы
23. Покажите карандаш

Попросите пациента повторить за Вами:

24. Нет если, и, или нет

Попросите пациента выполнить последовательность операций:

25-27. Возьмите бумагу в правую руку, сложите пополам и положите на колено.

Покажите пациенту лист бумаги с надписью и попросите его сделать то, что написано

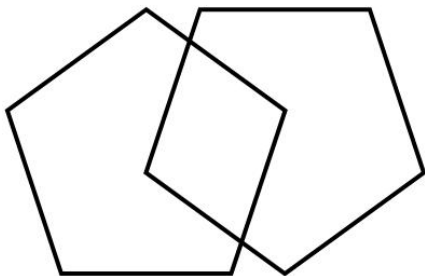
28. На листе написано «Закройте глаза»

Попросите пациента написать любое предложение на листе бумаги

29. Предложение должно быть осмысленным

Попросите пациента перерисовать фигуру с листа

30.



По количеству заданий MMSE значительно превосходит тесты, описанные выше, и требует больше времени для проведения. Однако ее чувствительность при легких формах деменции низка: суммарный балл может оставаться в пределах нормального диапазона. В этом случае судить о наличии болезни врач может по динамике результатов (сравнивать результаты, показанные с интервалом в несколько месяцев): если у человека развивается деменция, результаты будут ухудшаться; при отсутствии заболевания показанный результат будет стабильным.

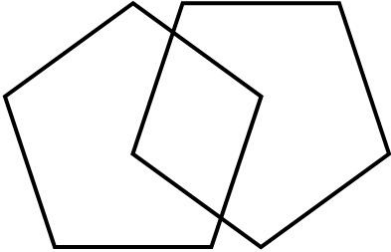
Невелика также чувствительность этой методики при деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур или лобных долей головного мозга.

Краткая шкала оценки психологического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE)

ФИО: _____

Дата: _____

Показатель		Балл	Оценка
A	Ориентировка		
	1. Какой сейчас год? 2. Какое сейчас время года? 3. Какая сегодня дата? 4. Какой сегодня день недели? 5. Какой сейчас месяц? 6. Скажите, где вы сейчас находитесь? (например, в каком районе вы находитесь) 7. В какой стране вы находитесь? 8. В каком городе вы находитесь? 9. Как называется учреждение, где вы находитесь? 10. На каком этаже вы находитесь?	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
B	Восприятие		
	11. Я назову вам три слова. После того как я их назову, повторите их, так как через несколько минут я попрошу вас назвать их снова. АВТОБУС, ДВЕРЬ, РОЗА. Пожалуйста, повторите названные мной слова (по 1 секунде на каждое). (При первой попытке оцените в 1 балл каждый правильный ответ. Сосчитайте, с какой попытки пациент	3	
C	Внимание и счет		
	12. Отнимайте от 100 по 7 и так 5 раз: (100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65).	5	
D	Память		
	Какие три слова я попросил вас запомнить? 13. _____ Автобус 14. _____ Дверь 15. _____ Роза	1 1 1	

Показатель		Балл	Оценка
Е	Речь, чтение и письмо		
	16. (Покажите наручные часы.) Как это называется? 17. (Покажите карандаш.) Как это называется? 18. Повторите за мной фразу: «Никаких если, но, и, нет». (Только одна попытка.) 19. Прочитайте, что здесь написано, и сделайте это. На бумаге написано «Закройте глаза». Считается правильным, если пациент закрывает глаза. 20. Я дам вам лист бумаги. Возьмите его правой рукой, сложите пополам двумя руками и положите себе на колени. (Сначала прочтите задание целиком, затем дайте пациенту лист бумаги. Не повторяйте задание. Оцените в 1 балл каждый правильно выполненный шаг.) 21. Напишите на листе бумаги законченное предложение. 22. Срисуйте этот рисунок.  Считается правильным, если пересечение двух пятиугольников образует четырехугольник и если все углы пятиугольников сохранены.	1 1 1 1 3 1 1	
	Итоговая оценка	30	

Анализ результата оценки:

Снижение когнитивных функций

Отсутствие образования < 17

Среднее образование < 20

Высшее образование < 24

деменция > 23 (норма)

13–23 (легкая деменция)

5–12 (деменция средней степени)

< 5 (выраженная деменция)

28–30 баллов — нет когнитивных нарушений;

24–27 баллов — легкие когнитивные расстройства;

20–23 балла — деменция легкой степени выраженности;

11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности;

0–10 баллов — тяжелая деменция.

МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ (MONTREAL COGNITIVE- ASSESSMENT - MOCA)

(Z. Nasreddine MD и соавт.)

Монреальская шкала когнитивной оценки (МоСА) разработана для быстрого скрининга когнитивных нарушений. Она оценивает различные когнитивные функции: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Обследование пациента при помощи МоСА занимает приблизительно 10 минут. Максимальное количество баллов – 30; норма – 26 и больше.

Инструкция по применению и оценке

1. Черчение ломаной линии:

Методика: Обследуемого просят: «Нарисуйте линию от цифры к букве в порядке увеличения. Начните здесь (указать на 1) и проведите линию от 1 к А, а затем к 2 и так далее. Закончите здесь (указать на Д).

Оценка: Поставьте один балл, если обследуемый правильно соединяет знаки в следующем порядке: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д так, чтобы линии не пересекались. Любая ошибка, не исправленная немедленно самостоятельно, оценивается как 0.

2. Оптико-пространственная деятельность (куб):

Методика: Дают следующие инструкции, указывая на куб: «Аккуратно перерисуйте эту фигуру на пустом пространстве под ней».

Оценка: За правильно перерисованную фигуру ставят один балл:

- фигура должна быть трехмерной;
- должны быть нарисованы все линии;
- не должно быть лишних линий;
- линии должны быть относительно параллельны и незначительно отличаться по длине (принимается рисунок прямоугольной призмы).

Задание не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

3. Оптико-пространственная деятельность (часы):

Методика: Указывая на правую треть графы, дают следующие инструкции: «Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и нарисуйте стрелки так, чтобы часы показывали десять минут двенадцатого».

Оценка: За выполнение каждого из условий дают 1 балл:

- контур (1 б): циферблат должен быть круглым, возможно с погрешностями формы (например, слегка незамкнутым);
- цифры (1 б): должны быть все цифры циферблата и не должно быть лишних; цифры должны располагаться в правильном порядке и приблизительно в соответствии с квадрантами циферблата; допускаются римские цифры; цифры могут располагаться снаружи циферблата;
- стрелки (1 б): должно быть две стрелки, показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть отчетливо короче минутной; стрелки должны сходиться внутри контура циферблата и пересекаться близко к его центру.

Балл за пункт не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

4. Называние:

Методика: Слева направо указывают на рисунок и просят: «Назовите это животное».

Оценка: За каждый ответ дают балл: (1) лев, (2) носорог, (3) верблюд.

5. Память:

Методика: Называют 5 слов со скоростью одно слово в секунду и дают следующие инструкции: «Это тест для проверки памяти. Я прочитаю набор слов, которые нужно запомнить сейчас и вспомнить через некоторое время. Слушайте внимательно. После того как я закончу, назовите слова, которые вы запомнили. Порядок не имеет значения». Ставят отметку в графе под каждым словом, которое обследуемый называет при первой попытке. После того как обследуемый заканчивает перечислять слова (говорит, что не может вспомнить больше), список слов читают второй раз и дают следующие указания: «Я прочитаю те же слова второй раз.

Постарайтесь запомнить и назвать как можно больше слов, включая те, которые вы назвали в первый раз». Ставят знак в графе, соответствующей каждому слову, которое обследуемый называет при второй попытке.

В конце второй попытки обследуемому говорят: «Я попрошу вас назвать эти же слова в конце обследования».

Оценка: За первую и вторую попытку не дают баллов.

6. Внимание:

Называние чисел в прямом порядке:

Методика: Дают следующие указания: «Я назову несколько чисел, а потом вы должны повторить их за мной». Называют пять чисел со скоростью одно число в секунду.

Называние чисел в обратном порядке:

Методика: Дают следующие указания: «Сейчас я назову еще несколько чисел, а потом вам нужно будет их назвать в обратном порядке». Называют три числа со скоростью одно число в секунду.

Оценка: Дают один балл за каждую правильно повторенную последовательность (правильный ответ для чисел в обратном порядке – 2-4-7).

Реакция

Методика: Читают последовательность букв со скоростью одна буква в секунду и дают следующие указания: «Я прочитаю ряд букв. Каждый раз, когда я буду называть букву А, нужно будет один раз хлопнуть рукой по столу. Когда я буду называть другие буквы, хлопать по столу не нужно».

Оценка: Дают 1 балл, если задание выполнено без ошибок или с одной ошибкой (ошибка – хлопок не на ту букву или отсутствие хлопка на букву А).

Последовательное вычитание по 7:

Методика: Дают следующие указания: «Сейчас отнимите от ста семь, а затем продолжайте вычитать из полученного числа по 7, пока я вас не остановлю». При необходимости повторите указания.

Оценка: Задание оценивают тремя баллами. При отсутствии правильного вычитания дают 0 баллов, за одно правильное вычитание – 1 балл, 2 балла дают при 2–3

правильных вычитаниях, 3 – при 4–5 правильных вычитаниях. Подсчитайте все правильные вычитания по 7, начиная с 100. Каждое вычитание оценивают независимо, то есть, если обследуемый делает ошибку, но продолжает правильно вычитать из результата 7, дают балл за каждое правильное действие.

Например, обследуемый может отвечать: «92-85-78-71-64», но, даже учитывая, что 92 – неправильный результат, все последующие действия выполнены правильно. Такой результат будет оценен в 3 балла.

7. Повторение предложений:

Методика: Дают следующие указания: «Я прочитаю предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза). Я не знаю ничего, кроме того, что Ваня сегодня дежурит». После ответа говорят: «А теперь я прочитаю другое предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза). Кошка всегда пряталась под диван, когда собака была в комнате».

Оценка: Дают 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторять нужно точно. Внимательно следите за ошибками, например, похожими словами (того – всего), и заменами/добавлениями («что она сегодня дежурит», «спряталась» вместо «пряталась», изменение числа и т.п.).

8. Скорость:

Методика: Дают следующие указания: «Назовите как можно больше слов, которые начинаются с определенной буквы, которую я вам сейчас назову. Можете называть любые слова, за исключение имен собственных (например, Марина, Москва), чисел или однокоренных слов (например, дом, домик, домовой). Через минуту я вас остановлю. Вы готовы? (Пауза) Теперь называйте как можно больше слов на букву К. (60 сек) Стоп».

Оценка: Один балл дают, если обследуемый называет 11 или более слов за минуту. Запишите результат обследуемого.

9. Абстрактное мышление:

Методика: Просят объяснить, чем похожи предметы в каждой паре. Начинают с примера: «Скажите, чем похожи апельсин и банан». Если обследуемый дает определенный ответ, ему задают следующий вопрос: «А еще чем они похожи?». Если обследуемый не дает ответа «фрукты», говорят: «Да, а еще все это фрукты». Ничего больше не объясняют.

После пробы говорят: «А сейчас скажите, чем похожи поезд и велосипед?». После ответа дайте следующее задание: «А чем похожи часы и линейка?». Не давайте дополнительных указаний и подсказок.

Оценка: Оцениваются только 2 задания после пробного. Дают 1 балл за каждый правильный ответ. Принимаются следующие ответы:

Поезд – велосипед = средства передвижения, транспорт, на них можно ездить;

Линейка – часы = измерительные приборы, используются для измерения.

Не принимаются ответы: поезд – велосипед = у них есть колеса; линейка – часы = на них есть цифры.

10. Отсроченное воспроизведение:

Методика: Дают следующие указания: «Я называл вам слова и просил вас их запомнить. Назовите из этих слов те, которые вы помните». Поставьте галочку в графах, соответствующих словам, которые были названы самостоятельно без подсказки.

Оценка: За каждое названное без подсказки слово дают 1 балл.

Не обязательно:

После самостоятельного вспоминания подсказывают смысловую категорию для всех слов, которые не были названы. Отмечают галочкой соответствующую графу, если обследуемый вспоминает слово при помощи категории или выбирает из нескольких предложенных. Такие подсказки дают для всех слов, которые не были названы. Если обследуемый не вспоминает слово после категориальной подсказки, ему дают выбрать из нескольких слов, например, «Как вы думаете, какое это было слово: НОС, ЛИЦО или РУКА?»

слово	категория	выбор
ЛИЦО	часть тела	нос, лицо, рука
ВЕЛЬВЕТ	вид материала	бархат, хлопок, вельвет
ЦЕРКОВЬ	строение	церковь, школа, больница
МАРГАРИТКА	цветок	роза, маргаритка, тюльпан
КРАСНЫЙ	цвет	красный, синий, зеленый

Оценка: Слова, названные с подсказкой, не оцениваются баллами. Подсказки используют только для клинической оценки. Они позволяют получить дополнительную информацию о виде расстройства памяти. При нарушениях вспоминания можно улучшить результат подсказкой. При нарушениях запоминания (кодирования) результат не улучшается с подсказкой.

11. Ориентировка:

Методика: Дают следующие указания: «Назовите сегодняшнюю дату». Если обследуемый не дает полный ответ, ему помогают: «Скажите год/месяц/число/день недели». Затем просят: «Назовите название места, где мы находимся, и этого города».

Оценка: За каждый правильный ответ дают балл. Обследуемый должен назвать точные дату и место (название клиники, больницы, поликлиники). Не засчитывается ответ с ошибкой в дате или дне недели на один день.

Сумма баллов: К сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет 12 лет образования или меньше. Максимальное количество баллов – 30. В норме количество баллов – 26 и выше.

ИМЯ: _____
 Образование: _____ Дата рождения: _____
 Пол: _____ ДАТА: _____

Норма 26 / 30