

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>

*На данный момент в библиотеке MyWord.ru опубликовано более 2000 книг по психологии.
Библиотека постоянно пополняется. Учитесь учиться.
Удачи! Да и пребудет с Вами.... :)*

Сайт www.MyWord.ru является помещением библиотеки и, на основании Федерального закона Российской Федерации "Об авторском и смежных правах" (в ред. Федеральных законов от 19.07.1995 N 110-ФЗ, от 20.07.2004 N 72-ФЗ), копирование, сохранение на жестком диске или иной способ сохранения произведений размещенных в данной библиотеке, в архивированном виде, категорически запрещен.

Данный файл взят из открытых источников. Вы обязаны были получить разрешение на скачивание данного файла у правообладателей данного файла или их представителей. И, если вы не сделали этого, Вы несете всю ответственность, согласно действующему законодательству РФ. Администрация сайта не несет никакой ответственности за Ваши действия./

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

ПСИХОЛОГИЯ СТАРОСТИ И СТАРЕНИЯ

ХРЕСТОМАТИЯ

Для студентов психологических факультетов высших учебных заведений

Составители О.В.КРАСНОВА, А.Г.ЛИДЕРС

Москва
academ'a
2003

УДК 159.922.7/8(075.8) ББК88.37я73 П863

Рецензенты: доктор психологических наук, профессор *А. И. Подольский*; кандидат психологических наук, доцент *Т.Д. Шевеленкова*

Психология старости и старения: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / Сост. О.В.Краснова, А.Г.Лидере. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 416 с. ISBN 5-7695-0875-2

В хрестоматии собраны статьи, посвященные проблемам старения и старости. В том числе социальной геронтологии, социальной психологии, возрастной психологии старости, истории изучения старости, философии и социологии старости. Специально включены материалы, имеющие отношение к семье пожилого человека и оказанию психологической помощи как пожилым людям, так и специалистам, работающим с ними.

Будет полезна практикам, работающим с людьми пожилого возраста, социальным работникам и психологам.

УДК 159.922.7/8(075.8) ББК88.37я73

ISBN 5-7695-0875-2

Составление. Краснова О.В., Лидере А.Г., 2003 і Издательский центр «Академия», 2003

ОТ СОСТАВИТЕЛЕЙ

Современную ситуацию в изучении различных вопросов старения, в том числе психологических, социальных, медицинских и других, можно характеризовать как процесс интенсивного формирования науки о старении, специальной отрасли знания. Предлагаемая вашему вниманию хрестоматия собрала в себе статьи и работы по самым различным вопросам, связанным со старостью и старением.

Выделенные разделы в хрестоматии весьма условно объединяют тематические направления изучаемого предмета. Понятие «старость» является многозначным, многоаспектным, поэтому, называя разделы «*Философия старости и старения*» или «*Социология старости и старения*», мы хотим обратить внимание читателя на взаимодополняющие и перекрывающиеся вопросы, затронутые в каждой статье.

В хрестоматию включены статьи как отечественных, так и зарубежных авторов.

Первоначально мы задумали собрать работы только отечественных авторов, однако поняли, что без обзора работ зарубежных исследователей хрестоматия будет неполной, так как следует признать, что первенство в изучении психологических, социально-геронтологических и социально-психологических аспектов принадлежит зарубежной науке.

В начале каждой статьи в сноске указывается автор и год издания цитируемой работы. Это позволит читателю при желании разыскать ее в библиотеке и ознакомиться с ней в полном объеме. Вместо списка рекомендуемой литературы в конце книги мы даем по тексту в квадратных скобках указания на авторов и год издания работ, предлагая читателю самостоятельно продолжить изучение соответствующей темы.

В исследовании социальных вопросов старения в нашей стране большой вклад сделан гигиенистами и гериатрами. Социальные вопросы геронтологии до недавнего времени рассматривались главным образом в связи с социально-гигиеническими проблемами. На-

чало этому подходу положил И.И.Мечников, разработав концепцию, направленную на формирование мировоззрения, центром которого являлось представление о производительной, цветущей старости, занимающей достойное место в социальной жизни. Значительный вклад в изучение социально-экономических и социально-гигиенических проблем старения принадлежит З. Г. Френкелю. Эти вопросы рассматриваются в разделе *«История изучения старости и науки о старении»*.

Раздел *«Психология старости и старения»* посвящен вопросам возрастных и социально-психологических особенностей психического развития пожилых и старых людей, в том числе специфики форм и механизмов общения пожилых, вопросам обеспечения условий «благоприятного» старения и в свою очередь зависимости последнего от образа жизни стареющего человека, зависимости старения от типологии личности. Характеристика социально-психологической специфики старости требует обращения к свойственным этому возрастному периоду особенностям социализации.

В пожилом и старческом возрасте важнейшими из проблем являются продолжение трудовой деятельности (раздел *«Старение и работа»*), проживание в условиях семьи (раздел *«Семья в старости»*) или в условиях стационара (раздел *«Пожилые и старики в стационарах»*).

Пожилым возрастом нередко отягощен различной со-матопатологией, болезнями. В разделе *«Старость и болезнь»* представлены статьи, рассматривающие проблемы здоровья и болезней пожилых людей, включающие психические расстройства, онкологические, сердечно-сосудистые заболевания и др., а также вопросы медико-социального обслуживания пожилых людей, вопросы их потребностей в социальной и медицинской помощи.

Часто пожилой возраст рассматривают как период потерь, период приближающейся смерти. В разделе *«Танатология и горе в старости, психологическое сопровождение»* представлены статьи, посвященные тому, как пожилые люди переживают утрату и какие существуют особенности психологической работы с ними в тяжелый период их жизни.

В помощь психологам и социальным работникам, работающим с пожилыми людьми, в хрестоматию вклю-

чены материалы, составившие раздел *«Психологическая помощь в старости»*, имеющий две части, одна — о работе с персоналом, другая — о работе с клиентами.

В целом хрестоматия содержательно дополняет учебное пособие О.В.Красновой и А.Г.Лидерса *«Социальная психология старения»* (М., 2001).

Мы надеемся, что в хрестоматии освещено большинство вопросов, связанных со старостью и старением, что не только позволяет расширить знания об этом периоде жизни, но и окажет помощь специалистам.

Составители благодарят авторов и научные коллективы, чьи работы вошли в данную хрестоматию.

МЕТОДОЛОГИЯ ИЗУЧЕНИЯ СТАРОСТИ И СТАРЕНИЯ

А. А. Козлов

ТЕОРИИ И ТРАДИЦИИ ЗАПАДНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ГЕРОНТОЛОГИИ¹

Социальные и психологические проблемы пожилых людей, а также отдельные аспекты старения человека являются предметом изучения многих отраслей естественных и общественных наук. Однако для большинства из них эти проблемы не являются основными. Лишь геронтология — современная молодая наука — ставит проблемы старости и старения в центр исследований, используя одновременно с этим знания, накопленные в других научных сферах, специалистов различных «помогающих» профессий. Геронтология в этом плане находится как бы «на стыке» многих научных теоретических и практических знаний. Каждая дисциплина привносит в ее развитие свои собственные достижения и методы в решении проблем стареющего человека, способствуя ее постоянному совершенствованию.

В рамках общей геронтологии существует специальная область ее — социальная геронтология, рассматривающая феномен старения и старости человека применительно к изменению его социальной позиции, его места в социальной структуре общества, способности и характера взаимодействия с последним. Именно здесь формируются наиболее острые ситуации и проблемы.

<...> Автор предпринимает попытку в рамках задач социальной геронтологии рассмотреть некоторые известные в западной науке подходы, имеющие, как представляется, значение в характеристике особенностей и развития геронтологии как целостной науки о старости [*Монсон П.*, 1997].

Объектом исследования в геронтологии является человек в процессе старения и старости [*Дупленко Ю.К.*, 1985; *Baltes P. B. et al*,

¹ *Козлов А. А.* Старость: социальная разобщенность или целостность? (Теории и традиции западной социальной геронтологии) // Мир психологии. — 1999. — № 2. — С. 80-96.

1977; Blumer H., 1969 и др.]. Вследствие этого интерес для геронтологии представляют те биологические, психологические и социологические теории, которые направлены прежде всего на рассмотрение различных аспектов явления старости. Характерно, что I выводы, сделанные представителями различных наук по многим общим проблемам старения и старости, как правило, не противоречат друг другу. Различия чаще возникают внутри конкретных отраслей знаний между разными научными школами. Каждая такая школа выстраивает многочисленные гипотезы, доказывает свои концепции различными способами, предлагая разнообразные объяснения процесса старения и проблем пожилых людей. Для исследователя-геронтолога в связи с этим при изучении различных взглядов на процесс старения принципиально важно уточнить свою позицию. Очевидно, что самое главное в этом — не стремиться дать им априорно какую-либо оценку. Плюрализм те- I орий и концепций следует рассматривать как отражение сложности процесса познания старости как объективной реальности, а сами существующие взгляды — как дополняющие друг друга, которые могут и должны в соответствующей степени учитываться при организации исследования. Рассмотрим некоторые направления и подходы в развитии современных зарубежных наук, в той или иной мере изучающих процессы старения, вырабатываемые в разных сферах знаний. Начнем с «биологических подходов» к старению.

Биологические подходы к старению

Биология изучает живые организмы на разных уровневых срезах: организм как целостную систему, подразделяющуюся на составляющие ее органы и клеточные компоненты вплоть до молекулярного строения. В соответствии со взглядами биологов, большинство живых организмов, как растений, так и животных, с возрастом утрачивают свои функциональные способности.

Представители биологической науки связывают понятия старения и старости с «закатом» и ухудшением состояния организма и его различных органов. В зарубежной геронтологии чаще всего цитируют четыре основополагающих критерия, связанных со старением, которые были предложены известным на Западе геронтологом Б.Стрехлером [*Strehler B.L.*, 1962].

1. Старение, в отличие от болезни, является универсальным процессом, ему подвержены все без исключения члены популяции.
2. Старение является прогрессирующим, непрерывным процессом.
3. Старение есть свойство любого живого организма.
4. Старение сопровождается дегенерирующими изменениями (в противовес изменениям организма при его развитии или «взрослении»).

Таким образом, по мнению исследователей в области биологии, старение и смерть являются базовыми, сущностными биологическими свойствами, отражающими функционирование и эволюцию всех живых организмов, включая человека. Биологи исследуют организм, пытаются измерить природу и предел возрастных изменений, понять, чем вызваны эти изменения, как их можно контролировать, корректировать, как можно смягчить последствия процесса старения. В этой связи биологическая наука располагает рядом теорий, непосредственно затрагивающих тематику процесса старения человека. Наиболее распространены в научном мире за рубежом две из них. Это теории «программированного старения» и «непрограммированного старения». <...>

Психологические подходы к старости

В обыденной жизни принято уделять гораздо больше внимания психологическим аспектам старения, нежели биологическим. Однако, как ни странно, сама психология как наука в полной мере практически почти не занималась проблемами старости. Лишь сравнительно недавно, когда над современным обществом навис «пресс» глобальных демографических изменений, проблемы психологического старения стали предметом пристального изучения психологов-теоретиков. Эти исследования стали активно проводиться в рамках междисциплинарных проектов в контексте исторических, экологических и биологических подходов, причем каждое традиционное направление психологии вносило в эти исследования свои специфические нюансы и варианты. Рассмотрим некоторые из них.

Экспериментальная психология

Экспериментальная психология положила начало современному научному психологическому знанию. Во второй половине девятнадцатого столетия она родилась как лабораторная наука, занимающаяся в основном проблемами функционирования человеческого интеллекта, умственного развития человека, его способностей участвовать в познавательных процессах и др. Ключевыми темами новой науки стали восприятие, память, познание, а также интеллектуальные процессы. Несмотря на то, что первые ученые в области психологии как науки были в основном представителями Германии, тем не менее экспериментальная психология получила большее развитие в США и Англии, поскольку именно в этих странах результаты исследований достигли широкого признания и стали использоваться на практике.

Первым значительным вкладом в изучение проблем психологического старения явилась работа сэра Фрэнсиса Галтона

(1822—1911) (Sir Francis Galton), троюродного брата Чарльза Дарвина. Его прежде всего интересовали вопросы интеллектуальной деятельности человека и ее трансформации в пожилом возрасте.

Создание в первой половине девятнадцатого столетия теста интеллектуальных способностей (IQ) оказало значительное влияние на развитие психологии. Тест был составлен американским физиологом Терманом (Теттан), сумевшим применить методику французских психологов А. Бине и Т.Энри (Binet, Henri), которой они пользовались при анализе сложных мыслительных действий человека в процессе познания. Успехи психологов в использовании на практике **теста интеллекта (IQ)** позволили им обрести репутацию ученых-специалистов, способных оценивать и даже замерять абсолютные интеллектуальные способности людей. <...>

Однако... еще не был сделан вывод о зависимости психологических характеристик людей от социальных факторов, не были исследованы в полной мере психологические различия, связанные с возрастными особенностями взрослых людей, особенно пожилых. Снижение некоторых психологических функций у пожилых людей объяснялось в основном процессами биологической деградации. В психологии постепенно начинает формироваться представление о психологическом старении как о процессе психологической деградации. Появляется модель психологического развития и старения, суть которой состояла в том, что в период роста организма происходит бурный процесс наращивания интеллектуальных способностей, сопровождаемый затем периодом относительной стабильности, вслед за которым наступает длительный период снижения интеллекта. Господство в психологической науке именно этой модели предопределило непопулярность исследований, связанных с пожилым возрастом. В лучшем случае изучение пожилого возраста как бы дополняло общие исследования познавательных функций человека. Лишь совсем недавно, с развитием когнитивной психологии, исследования в области умственных функций пожилых людей стали более привлекательны для ученых-психологов, а теоретическая и практическая психология стали более связаны между собой. «Интеллектуальный показатель» хотя и сохранился в исследовании и характеристике процесса старения, однако стал дифференцированным при учете широкого диапазона возможных изменений в этом плане, многофакторно зависимых. Опираясь на основные концептуальные положения экспериментальной психологии, социальная геронтология уделяет особое внимание рассмотрению внешних социальных факторов, оказывающих влияние на состояние человека в процессе старения, способных как замедлить, так и ускорить этот процесс.

Психология развития

Традиционно англо-американская школа психологии исследовала психическую деятельность человека, причем как в молодом, так и в пожилом возрасте, как бы в сравнении с идеальным стандартом, идеальной моделью функционирования психики. При этом ранний возраст человека рассматривался как период, не достигший идеального состояния, а пожилой — как отклонение от нормы, идеала или как проявление девиантности, в то время как на европейском континенте философов, а впоследствии и психологов гораздо больше интересовали проблемы развития человека на всех без исключения этапах его жизненного пути.

Жан-Жак Руссо (Jean-Jaques Rousseau, 1712—1778) предлагал оценивать психическое развитие человека в зависимости от особенностей его возраста, выдвигая различные критерии этих оценок. Он отстаивал идею о том, что ребенка нельзя считать неразвитым взрослым, а необходимо подойти к оценке его интеллекта, полагаясь на особые, свойственные этому возрасту показатели, а пожилого человека — возвращающегося в детство, без оценки накопленного им жизненного опыта.

Идея относительности человеческого развития, качественно прогрессирующего в виде скачков от одной стадии к другой, представлена в работах швейцарского психолога Жана Пиаже (Jean Piaget, 1896—1980), в которых он исследовал основные стадии развития интеллекта в детском возрасте. Несмотря на то, что Пиаже ограничил свои исследования психологией детского возраста, его методология и научные выводы в целом широко использовались впоследствии многими учеными при анализе познавательных возможностей человека на всех этапах его жизненного пути, включая старость. Так, например, многие современные ученые, следуя традициям Пиаже, отстаивают точку зрения, согласно которой определяющей чертой взрослого возраста (в том числе пожилого) является способность воспринимать жизненные противоречия как осознанный факт. Психическая зрелость человека определяется не только признанием противоречий как необходимого условия жизни, но и эффективным использованием этих противоречий в мыслительной деятельности. Противоречия являются основанием для творческой деятельности, для новых открытий. Именно развитие диалектического мышления, в котором участвует не только рациональное мышление, но и интуиция, предвидение, предчувствие, т.е. бессознательное начало, является не только предметом изучения психологии и геронтопсихологии в частности, но и широкой основой для психологической практики [Riegel K.F., 1973].

Европейская психология известна в научном мире своим вкладом в изучение проблем личности. Вне зависимости от отношения

различных школ в психологической науке к идеям психоанализа можно с уверенностью сказать, что теория Зигмунда Фрейда (Sigmund Freud, 1856—1939) оказала революционизирующее воздействие на формирование современных взглядов в области психологии развития, на объяснение поведения человека, поскольку она предложила теоретикам и практикам динамическую модель мотивационной сферы человека и пробудила интерес к исследованиям в широких областях психологии человека, в отличие от традиционного изучения интеллектуальных и познавательных способностей человека. Фрейд достаточно убедительно показал, что люди в своей деятельности не всегда пользуются рациональными способами, при этом не всегда отдавая себе отчет относительно своих действий и поступков. Хотя Фрейд и его ближайшие последователи не были в строгом смысле слова психологами-теоретиками, они были скорее клиницистами-психиатрами, тем не менее богатство их идей относительно мотивации человеческого поведения до сих пор побуждает многих ученых к поиску именно в этой сфере новых данных о психологии человека, в том числе человека стареющего.

Следует отметить, что хотя сам Фрейд непосредственно не изучал проблемы пожилого возраста, однако в его работах прослеживается личное ощущение страха перед смертью как неизбежного завершения старости. <...>

Карл Юнг (K.Jung, 1875—1961), создавая альтернативную Фрейдю школу психоанализа, придавал еще большее значение изучению проблем, как он называл, «второй половины жизни» человека. Для него середина жизни являлась критическим поворотным моментом, когда перед индивидом открывались новые возможности для саморазвития. Человеку уже не требовалось устанавливать столько внешних связей, ему не нужна форсированная социализация. В зрелом возрасте человек в основном поглощен внутренней работой самопознания (самореализации), которую Юнг назвал «индивидуацией». Человек во второй половине жизни может обрести новое полновесное развитие своей личности. Человек в этом возрасте способен принять в своем «Я» как «женское», так и «мужское» начало. Юнг придавал большое значение символическому и религиозному опыту в обретении состояния гармонии между индивидом и окружающим его миром. Обладая энциклопедическими знаниями во многих областях, он сумел убедительно доказать правоту своей теории на примерах различных культур и социальной, и индивидуальной жизни разных обществ. Другой известный в научном мире современник Фрейда Альфред Адлер (Alfred Adler, 1870—1937) также занимался изучением различных аспектов мотиваций в поведении человека. Он не был согласен с фрейдистской трактовкой сексуальности как основного фактора мотивации поведения человека и считал, что основ-

ной мотивационной силой в жизни человека является чувство его собственной неполноценности. Любой индивид в той или иной степени испытывает это чувство. Особенно остро неполноценность ощущается человеком в детском возрасте, ибо тогда властные жизненные позиции являются исключительной привилегией взрослых. Некоторые люди испытывают это чувство более остро, чем другие, особенно когда речь идет о человеке с физическими недостатками или о тех, с кем в детстве слишком строго обращались. Адлер считал, что на протяжении всей своей жизни индивид стремится в той или иной степени компенсировать это первичное чувство неполноценности. Это стремление может принять как позитивную направленность и выразиться в достижении больших успехов в жизни индивида, в преодолении его физических недостатков, так и негативную окраску в виде демонстрации чрезмерной властности в отношениях с другими людьми. Сам Адлер полагал, что преодоление чувства неполноценности возможно через деятельное участие в судьбе людей, через сопереживание, сопричастность, формирование и развитие «социального интереса».

Размышления Адлера относительно мотивационной стороны поведения человека имеют прямое отношение к социальной геронтологии. В пожилом возрасте чувство неполноценности переживается особенно остро, поскольку человек, как правило, начинает испытывать физическое недомогание, утрачивает привычный социальный статус, былую физическую привлекательность, а также многое другое, к чему он успел привыкнуть. Особенно болезненно пожилой человек переживает необходимость ограничить круг социальных связей и возможностей для интимных отношений. Адлер считал также, что иногда проявляемая замкнутость пожилого человека, уход «в себя» может объясняться боязнью потерять независимость и стать реально неполноценным.

Подходы Адлера к решению проблем пожилого человека достаточно конструктивны. Он предлагает снимать чувство неполноценности и сопутствующие неврозы, помогая индивиду найти смысл жизни в оказании помощи другим людям, добиться такого состояния, когда ощущение принадлежности к социальной общности не покидало бы старого человека.

Подходы психоаналитиков к изучению проблем старости интересны, но не бесспорны, поскольку большинство из них были клиницистами и свои научные выводы делали по результатам своей практики, ограниченной лишь контингентом людей, обращавшихся к ним за помощью. Поэтому по сей день многие теоретики в области психологии сомневаются по поводу абсолютной истинности и применимости выводов психоаналитиков относительно мотивации поведения индивида, считая, что их нельзя признать в качестве постулата об общих закономерностях психической деятельности человека.

Попытки объяснить процессы психологического старения индивида содержатся не только в психологических исследованиях, но и в других теориях психологического научного знания. Одной из наиболее интересных зарубежных концепций, вошедших в научный «арсенал» современной геронтологии, является теория Эрика Эриксона о восьми стадиях развития личности, каждая из которых имеет определенную цель в достижении того или иного социально-ценностного качества: доверия, автономии, инициативы и др.

Задача человека пожилого возраста, по Эриксону, состоит в том, чтобы достичь целостности развития своего «Я» (Ego), уверенности в смысле жизни, а также гармонии, понимаемой как сущностное качество жизни как отдельного индивида, так и всей Вселенной. Гармония противостоит дисгармонии, воспринимаемой как нарушение целостности, которое ввергает человека в состояние отчаяния и уныния. Осуществление этой задачи приводит человека к «ощущению чувства тождества с самим собой и длительности своего индивидуального существования как некоей ценности, которая, даже в случае необходимости, не должна быть подвергнута никаким изменениям» [Erikson E., 1982, с. 260]. Отчаяние может иметь место лишь в случае осознания жизненной неудачи, когда у человека не остается времени на то, чтобы повторить свою жизнь с начала или найти альтернативу решения проблем своей целостности. Отчаяние и недовольство самим собой у пожилого человека часто проявляется через осуждение поступков других, особенно молодых людей.

Эриксон был один из немногих среди сторонников психодинамических теорий, которого глубоко и специально интересовали проблемы пожилого возраста. Именно поэтому его выводы так часто цитируются, особенно представителями так называемой психологии развития жизненных циклов. Было бы непостижимым упрощением сводить идеи Эриксона относительно старости и старения лишь к задачам определения стадий целостности. По Эриксону, в основе адаптивности человеческого поведения находится осознанная активность «Я» (Ego), в сферу которого входят процессы мышления, восприятия, памяти и т.д. Инстинктивные же побуждения, существование которых он не отвергает, не могут быть первичными в мотивационной сфере человека, а находятся в тесной взаимозависимости с сознательными процессами. В основе адаптивной деятельности «Я» находится определенный синтетический принцип, в соответствии с которым происходит непрерывный синтез пережитого человеком прошлого. Решающую роль в пожилом возрасте могут сыграть основные нерешенные проблемы предыдущих этапов жизни. Именно поэтому старость каждого человека индивидуальна и неповторима, а подходы в социальной работе с пожилыми должны быть

строго индивидуальны. Эти идеи Эриксона чрезвычайно важны для социальной геронтологии, однако они, к сожалению, не могут восприниматься как некая законченная концептуальная модель. <...> Это скорее всего особая познавательная структура, объясняющая психологическое развитие человека и его старение.

Тем не менее неоценимой заслугой Эриксона в разработке геронтологического знания является его идея о целостности жизненного пути человека. Чтобы понять пожилого человека, необходимо увидеть его в контексте всей его жизни, включающей в себя все его проблемы, успешно или неудачно решенные на более ранних этапах его жизненного пути. Почему так важна эта идея для теории и практики, особенно для социальной работы с пожилыми людьми? Прежде чем оказывать помощь, во-первых, необходимо понять, что ситуации, в которых оказывается человек в старости, напрямую зависят от его прошлой жизни. Само развитие человека отличается от развития другого человека и, вероятно, будет отличаться еще больше, чем продолжительней его жизнь, чем больший жизненный опыт он обретает. Чем старше пожилой человек, тем он более «индивидуален». Во-вторых, очень важно осознать, что развитие человека — не однолинейно, оно «многовекторно». Было бы неверным предположить, что интеллектуальное, физическое и социальное развитие имеют одну и ту же траекторию. На каждом новом этапе жизненного пути человека меняется приоритетность тех или иных аспектов его бытия. Юнг образно выразил эту мысль следующими словами: «В полдень нашей жизни мы не можем жить по утренней программе. То, что было истиной утром, вечером может стать ложью. Тот, кто попытается привнести в полдень законы утра... должен будет заплатить за это страданиями своей души» [*Jung K.*, 1972, с. 396]. Другими словами, как и каждое время дня, каждый период жизни характеризуется своеобразием, а также конкретными потенциальными возможностями, которыми нельзя пренебречь.

В-третьих, что особенно важно для социальной геронтологии, — это отход от традиционного биологического детерминизма при оценке психических процессов развития человека. Психическая деятельность человека и его социальная среда, по Эриксону, взаимосвязаны и взаимозависимы. Успешное развитие индивида зависит, прежде всего, от благоприятных психосоциальных или социокультурных факторов, включая его ближайшее (семья, родители) и более широкое социальное окружение (общество в целом). В свою очередь, такое развитие является основой для успешной эволюции любого другого, общающегося с ним индивида. Эриксон в своих выводах сделал акцент на взаимозависимости и взаимосвязи поколений, пытаясь доказать, что пожилые люди необходимы молодым ровно настолько, насколько сами нуждаются в молодых.

Этот вывод чрезвычайно важен в наши дни не только потому, что психология традиционно смещала акценты в сторону индивидуальных характеристик, пренебрегая анализом средовых факторов, но и потому, что, как отмечают специалисты, именно сейчас назревает серьезный конфликт поколений, вызванный глобальными проблемами, в том числе старением общества в целом.

Социальная геронтология использует основные теоретические выкладки Эриксона, Юнга и др. для более пристального изучения социальной среды и ее воздействия на эволюционное развитие человека.

Следует, однако, отметить, что некоторые из этих идей уже высказывались пионерами психологической науки на рубеже XVIII —XIX вв. В частности, это касается отличия познавательной и мыслительной деятельности людей разных поколений. <...> Такие подходы делали проблематичными и отчасти недостоверными выводы тех ученых, которые применяли метод одномоментного «поперечного среза» при сравнительном анализе психической деятельности представителей разных поколений в одной и той же пространственно-временной координате [*Baltes P. B. et ai, 1977*]. Между тем многие представители психологической науки пренебрегли выводами своих предшественников. Названные подходы лишь сравнительно недавно стали приоритетными в системе психологических знаний и сочетаются с новыми современными методиками исследования, в том числе особенностей воздействия на развитие человека социальной среды, в частности в процессе его старения.

Социологические подходы

В социологии как науке в данном случае используется множество различных подходов к изучению проблем старости и старения. Среди них можно выделить три наиболее значительных направления: структурализм, символический интеракционизм и эт-нометодология, в рамках которых сосуществуют различные тенденции, связанные между собой методологическими «узлами».

Структурализм

Структурализм, в широком понимании этого термина, исходит из положения о том, что наше социальное поведение, наши отношения и ценности обусловлены организацией и структурой общества, в котором мы все живем. Компоненты социальной структуры общества могут находиться в состоянии консенсуса или же вступать в конфликт друг с другом. Эти понятия лежат в основе двух принципиально различных течений в рамках структурализма.

Структурный функционализм — перспектива консенсуса

Все социологические подходы связаны с изучением и разработкой методов и средств достижения упорядоченного характера развития общества. Социология исходит из того, что в большинстве ситуаций диапазон возможных действий человека достаточно ограничен. Поэтому для специалиста вполне возможно предвидеть наше собственное поведение в зависимости от той или иной ситуации, как, впрочем, и поведение других людей. Любое общество представляет собой устойчивое интегрированное целостное образование, основанное на консенсусе. Впрочем, возможны и некоторые различия или разногласия между отдельными социально-культурными структурными элементами. Опираясь на эти постулаты, социология во многом схожа с естественными и биологическими науками. После отделения социологии от философии она заимствовала для своих исследований естественно-научную модель методологии. Основоположник социологии французский философ Конт полагал, например, что социология может приспособить и применить методы физики к объяснению социальной жизни, создать «законоподобные» положения относительно детерминантов человеческого поведения и изменить общество, предсказать и, следовательно, управлять социальными процессами.

Являясь целостным образованием (организмом, системой), общество, как и биологический организм, характеризуется, с одной стороны, своей способностью выжить, несмотря ни на что, и, с другой стороны, своей потенциальной возможностью распасться. Используя при анализе общества естественно-научные методы, представители данного течения исходили из посылки о том, что если биологические организмы — системы, составленные из множества различных взаимосвязанных органов и элементов, каждый из которых по-своему функционирует и реагирует на изменения в других органах целостного организма, то подобные же процессы должны наблюдаться и в социальной структуре общества. Однако эта аналогия не переносила полностью отражение биологической системы на социальную структуру общества. Речь шла лишь о том, что различные части социальной системы так же, как и биологической, функционируют, оказывая влияние и отвечая на изменения в других частях этой системы. Различные части биологической системы выполняют различные функции и роли; следовательно, по аналогии, социальная система носит функциональный характер. Некоторые функции наиболее важны для выживания организма, другие менее существенны, поэтому разные индивиды, как и разные учреждения, выполняют в обществе различные функции и играют различные роли, обеспечивая функционирование общества в целом.

Человеческий организм — открытая и адаптивная система, которая, однако, не бессмертна. Следуя этой аналогии, структурный функционализм описывает и общество в самой простой форме как адаптивную и открытую систему с разнообразием составляющих ее функций в целях сохранения целостности и, по возможности, относительной неизменности всей системы.

Для геронтологии структурный функционализм предлагает две теоретические концепции. Одна из них представляет собой теорию отчуждения, которая исследует тенденцию постепенного отлучения пожилых людей от некоторых существенных для общества функций и ролей для того, чтобы это общество могло продолжать нормально функционировать. Другая — теория деятельности, которая исходит из необходимости сохранить активную роль пожилых людей, интегрировать их в общество для его нормального функционирования и устойчивого развития.

По мнению сторонников теории отчуждения, вытеснение пожилых людей из социального организма представляет собой «неизбежный процесс, в результате которого нарушаются существующие отношения между стареющим человеком и другими членами общества, причем это отчуждение происходит на качественном уровне» [Cumming E., Henry Ж, 1961, с. 211]. Поэтому, согласно представителям данного течения в социологии, сам индивид и общество, в котором он живет, должны заранее готовиться к окончательному «разрыву», который может произойти в результате серьезного заболевания или смерти. В соответствии с этой теорией, процесс «отчуждения» — это способ подготовки общества к новому структурному функционированию его членов и направлен на то, чтобы по наступлении неизбежного старения отдельного члена не прерывалось бы организованное функционирование всего общества.

Теория отчуждения была неоднозначно принята на Западе. Ее усиленно критиковали со всех сторон представители как либеральных, так и консервативных идеологических взглядов. Во-первых, само название теории говорит о том, что разобщение как таковое желательно для общества и тем самым данная теоретическая концепция потворствует социальной политике безразличия к проблемам пожилых людей [Монсон П., 1997]. Во-вторых, социальная разобщенность отнюдь не является неизбежностью или закономерностью функционирования социального организма. В свою очередь, невключенность пожилых людей в социальную структуру общества обрекает определенную часть населения на изолированное существование до конца своей жизни, порождая чувство страха перед будущим и безысходности жизни у молодого поколения. В-третьих, представленные разработчиками этой теории выводы относительно процесса развития общества не включают в себя культурный компонент и, прежде всего, то, что свя-

зано с пониманием духовности. Как известно, культура не всегда столь прагматична, как экономика, хотя и известно, что ценностная система и структура экономики оказывают друг на друга взаимное влияние, нередко создавая условия, при которых большая часть пожилых людей просто вынуждена жить отчужденно [Rose A. M., 1965].

Теория деятельности исходит из другой посылки относительно процесса старения. Вводя понятие «успешной старости», эта теория предполагает, что человек в пожилом возрасте должен быть активным членом общества, по возможности сохраняя стиль жизни и ценностные установки, присущие среднему возрасту. Счастье в пожилом возрасте можно достичь при условии, если человек не будет поддаваться возрастным стереотипам, в соответствии с которыми должны быть утрачены интимные отношения, социальная и сексуальная активность или ролевые функции, свойственные среднему возрасту. Для того чтобы получить удовлетворение от жизни, необходимо заменить прежние социальные отношения новыми.

В развитых индустриальных странах можно найти немало убедительных примеров, когда люди в пожилом возрасте, а их число неуклонно растет, сохраняют активную жизненную позицию и играют значительную роль в общественной жизни [Riley M. W. et al, 1968].

Многие исследователи критикуют эту теорию за ее «радикальный» идеализм. Действительно, нереалистично ожидать от большинства пожилых, может быть, за исключением ограниченного меньшинства, того, чтобы люди в старости могли поддерживать такой же уровень деятельности, как и в среднем возрасте, поскольку неизбежны ограничения, связанные с биологическими процессами старения. Теория деятельности также нереалистична потому, что экономическая, политическая и социальная структуры общества накладывают серьезные ограничения на возможности заниматься трудовой деятельностью в пожилом возрасте.

Структурализм — теория конфликта

Теоретики идеи конфликта в социологии обычно выступают в роли радикальных критиков теорий консенсуса. В научной литературе теории конфликта часто называют преимущественно политическими теориями, нежели социологическими, особенно когда речь идет о марксистских взглядах на развитие конфликтов. Подобно другим формам структурализма, теория конфликта рассматривает социальные изменения общества в целом и лишь отчасти затрагивает отдельные аспекты этих изменений.

В центре внимания этого направления находятся взаимодействие между экономической и политической структурой общества, а также каналы распределения ресурсов и социальных услуг. Ряд английских ученых [Townsend P., 1979; Walker A., Phillipson C,

1986; Walker A., 1982], занимаясь исследованиями в области социальной геронтологии, предложили концепцию структурной зависимости, означающей зависимое состояние, связанное с ограниченным доступом к широкому диапазону социальных ресурсов, и в особенности в сфере получения доходов. Это касается большого числа пожилых людей, живущих в бедности [Townsend P., 1989]. По данным статистиков, приблизительно один из четырех пожилых людей в Англии имеет доходы, равные или ниже официальной черты бедности. Это положение считается естественным и объясняется тем, что пожилые люди не принимают участия в производственной деятельности. Общество в состоянии оплачивать лишь настоящий труд, не вознаграждая труд прошлый. Пожилые люди подвергаются дискриминации в результате проведения экономической и социальной политики, которая ориентирована на поддержку работоспособного населения, занятого в процессе производства. Согласно этой теории, бедность и зависимость пожилых людей связаны с ограниченным доступом для большинства из них к материальным и социальным ресурсам общества, что объективно обусловлено.

Символический интеракционизм

Символический интеракционизм представляет собой общее название теоретико-методологического направления в социологии и социальной психологии. Многие из основных идей в символическом интеракционизме используются различными теориями, объясняющими социальные взаимодействия с позиций символики. Среди этих теорий можно выделить известную в общественных науках так называемую «теорию действия», которая исходит из достаточно простой идеи Макса Вебера о том, что социологи должны научиться понимать тех, кого они исследуют. Согласно мнению представителей данной теоретической концепции, изучая людей, познавая их идеи, мотивы их поведения и их цели, социолог должен встать на их место, чтобы понять, почему конкретный человек для достижения конкретных целей в конкретных условиях поступает так, а не иначе. Такой индивидуализированный подход значительно отличается от общей теории структурализма с ее акцентом на общие социальные структуры и социальные явления, которые существуют независимо от конкретных действий отдельных членов общества. Хотя теории структурного функционализма основаны на концепциях социального взаимодействия индивидов, они объясняют действия индивида лишь в контексте социальных систем, которые «управляют» этими индивидуальными социальными действиями.

Основные идеи символического интеракционизма были сформулированы американским социологом и психологом Дж.Г. Ми-

дом (J. Mead) в начале нынешнего столетия. В основе подхода Мида лежит идея о том, что поведение человека и реакции животных различаются между собой самым существенным образом. Поведение связано с мышлением и является орудием приспособления субъекта к социальной реальности. Осознание этой реальности выражено в социальном «Я» индивида, которое становится объектом для самого себя, а внешний социальный контроль при этом трансформируется в самоконтроль.

Мид считает, что деятельность индивида и его поведение — понятия не равнозначные [Mead /., 1964]. Поведение индивида ограничено отношениями стимула и реакции. Деятельность же индивида зависит от его способности планировать свою активность, анализировать свой прошлый опыт и отражать деятельность других индивидов, действующих в аналогичной или той же социальной среде.

Для того чтобы не потеряться в мире сложных явлений и их отражений, индивид должен прежде всего иметь представление о самом себе. Это представление основано на общих, типичных и наиболее часто употребляемых определениях, данных другими индивидами. Как правило, подобные определения создаются при помощи языка, который, по мнению Мида, является важным символом, отражающим способность индивида к формированию сознания и познанию окружающего мира. Язык как символ или совокупность символов является необходимым инструментом для участия индивида в социальной жизни. Понятия, которыми оперирует индивид, также формируются в процессе его социального взаимодействия с другими членами общества. В свою очередь, эти понятия обрабатываются, изменяются и в конечном счете широко применяются в процессе социального взаимодействия индивидов в обществе.

Таким образом, суть символического интеракционизма заключается в стремлении понять, каким образом процессы, происходящие в социуме, оказывают влияние на жизнь конкретных людей. Согласно американскому социологу Г. Блюмеру, происходящие в мире процессы не могут сами по себе являться раздражением, вызывающим реакцию индивидов. Скорее, напротив, эти процессы зависят от целей, планов и информации, которыми обладает индивид. Поэтому социальная деятельность должна рассматриваться как результат запланированных действий индивидов, направленных на достижение определенных целей.

Символический интеракционизм также свидетельствует о возможности рассматривать одно и то же явление, в зависимости от конкретной обстановки, с рациональной либо иррациональной точки зрения. Все зависит от того, как члены общества относятся к создавшейся ситуации и как видят самих себя в ней. Это прекрасно отражено в высказывании еще Фомы Аквинского, кото-

рый заявил о том, что, «если люди определяют ситуации, в которые попадают, как реальные, то и последствия, которые вытекают из этих ситуаций, также должны носить реальный характер» [Merton R., 1968]. Этот подход в особенности широко применялся в теории определения девиантности. С помощью этой методологии выявлялись люди с отклоняющимся в том или ином отношении поведением, а также вырабатывались стереотипные методы общения с ними. Теория выявления девиантности также применялась при исследовании процессов старения и особенностей поведенческой модели престарелых, вызванных изменениями их жизненных условий. Таким образом, как только индивид подпадал под определение «пожилого», т.е. уходил на пенсию, то предполагалось, что он будет вести себя соответствующим образом, не претендуя на занятие трудовой деятельностью.

Для символического интеракционизма организация социальной жизни возникает в недрах самого общества и является результатом взаимодействия, происходящего между его членами. Представители этого течения не признают значения внешних факторов, таких, например, как экономические, определяющие, в конечном счете, форму общественного устройства, а также других факторов, оказывающих внешнее воздействие на общество. Влияние различных факторов не носит постоянного характера и зависит от их восприятия. Согласно представителям символического интеракционизма, структура общества состоит из гетерогенных социальных групп, не зависящих друг от друга и развивающихся относительно обособленно. По мнению представителей данного течения, отношения между различными социальными группами или подгруппами носят соревновательный характер, поэтому не может быть никакого теоретического обоснования господства одной группы над другой.

Как правило, символический интеракционизм концентрирует свое внимание не на изучении общества как такового, а на анализе того, каким образом члены данного общества проявляют свою сущность и род своих занятий. <...> Символический интеракционизм не оказал значительного влияния на развитие социальной геронтологии. Выводы представителей данного течения использовались лишь последователями концепции социальной дезинтеграции общества для создания оптимальных условий управления им.

Теория субкультуры для пожилого возраста

Хотя интеракционистская теория и заявляет о необходимости исследования проблем пожилого возраста, однако она не разработала каких-либо существенных или основательных подходов в этом направлении. Однако нельзя сбрасывать со счетов теорию субкультуры для пожилого возраста, предложенную английским социологом Роузом [Rose A.M., 1965], который пришел к выводу

о том, что представители небольших социальных групп, обладающие своей собственной субкультурой, больше взаимодействуют друг с другом, чем с другими членами общества. Социальная жизнь Англии, например, являет собой блестящий пример традиций, способствующих развитию субкультур. Так, в преддверии близкой отставки или ухода на пенсию люди объединяются на основе общности интересов при одновременном ослаблении семейных контактов. Развитие сети социальных услуг, предоставляемых престарелым, усиливает тенденцию к формированию групп субкультуры и снижает их зависимость от членов семьи.

Эта теория не всегда подтверждается на практике, поскольку существуют реальные факторы, которые тормозят создание групп субкультуры для людей пожилого возраста. К таким факторам можно отнести нежелание самого человека, уходящего на пенсию, считать себя старым и неспособным осуществлять трудовую деятельность либо просто ухаживать за собой. Кроме того, формированию такого рода субкультуры препятствует и намечающаяся в последнее время тенденция укрепления семейных связей, в особенности в случае болезни старого человека или его инвалидности. Представляется также неверным утверждение сторонников теории субкультуры о том, что престарелые люди представляют собой однородную социальную группу, поскольку изначально они принадлежат к различным социальным слоям. Действительно, реальные семейные обстоятельства и отсутствие возможностей занятости для людей пожилого возраста свидетельствуют о том, что существуют определенные реальные потребности и возможности для развития особой субкультуры людей пожилого возраста. Однако, как показывает практика, создание такой субкультуры для людей пожилого возраста не является панацеей для их социальной «включенности», так как реализация на практике этой теории ведет к прерыванию преемственности поколений и выхолащиванию определенных ценностей, принципов и отношений, таких, как сопричастность, сопереживание, забота о ближнем, у последующих поколений, для которых перспектива старения может ошибочно представляться весьма отдаленным будущим.

Феноменология и этнометодология

Наряду с теорией интеракционизма и другими в изучении проблем пожилых людей в последние годы стала развиваться этнометодология. Одним из наиболее ярких представителей данного учения является американский социолог и публицист Чарльз Миллз [*Mills C. Ж*, 1959]. Однако представители этого течения не могут похвастаться какими-либо грандиозными открытиями в исследовании вышеуказанной проблематики. В определенной степени это объясняется самой сущностью этнометодологии.

Основные концепции этнометодологии были разработаны на рубеже XIX и XX вв. немецким философом, основателем феноменологии Эдмундом Гуссерлем (Husserl). Они носят совершенно необычный характер и значительно отличаются от каких-либо других подходов, применяемых в социологии. Гуссерль попытался описать как бы со стороны спрятанные от посторонних глаз проявления человеческой личности и ее сущность. С его точки зрения, понимание сущности человека позволяет нам увидеть причину его поведения, проанализировать последнее.

Феноменология пытается рассматривать понятия, существующие в мире, как объекты или события, которые в основном обладают общими характеристиками для всех индивидов. Поэтому основы социальной жизни, по мнению Гуссерля, следует искать не в голове отдельного человека и не в его непосредственном опыте, а в совокупном опыте всех живущих в мире.

Феноменологический подход в социологии получил дальнейшую разработку в трудах Шутца (Schutz) и впоследствии название этнометодологии (этно — люди, этнометодология — методы изучения различных групп людей). По мнению Шутца, упорядоченная жизнь индивида и общества основана на принимаемых на веру понятиях, которые носят для всех универсальный характер. Социальная жизнь поддерживается при помощи типификаций [Schutz A., 1972], т.е. общих черт, свойственных тому или иному предмету или объекту, либо действию, либо чувству, которые испытывает индивид, которые выражаются в объемных и понимаемых всеми понятиях и словах. В этом отношении чрезвычайную важность приобретает процесс социализации и расширение социальных связей человека, которые способствуют не только формированию общих для всех понятий, но и всестороннему взаимообмену. В целом, этнометодология самостоятельно мало разрабатывала социальные проблемы старости. Социальная геронтология заимствует из феноменологии целостный подход к сущности человека, рассматривая его в единстве и многообразии проявлений в нем социального.

Таким образом, общим для представителей таких теоретических направлений, как интеракционизм, феноменология и этнометодология, является их внимание к тому, как члены социума понимают, определяют и классифицируют свою социальную деятельность и какое значение они придают ей и степени участия в ней индивидов, что напрямую связано с обсуждением старости, определением старения.

* * *

Уже беглое знакомство с позициями вышеотмеченных теоретических направлений, полностью или частично посвященных изучению проблем старения или пожилого возраста, позволяет сде-

лать вывод о том, что в них не существует единообразия в подходах к пониманию закономерного процесса старения человека. Существуют различные точки зрения и на взаимоотношения стареющего человека и общества. Все теоретические подходы к проблемам старения и перехода в разряд пожилых можно разделить на две основные группы в соответствии с ответом на следующий вопрос: нужна ли преемственность поколений или люди, вступающие в стадию старости, автоматически ставятся за грань социума, превращаясь в вымирающий маргинальный слой. От ответа на этот вопрос в значительной степени зависят и направления социальной политики, а также и самой социальной работы как в теоретическом, так и практическом планах. Актуальными вопросы старения становятся и в рамках «нравственных завоеваний», учитывая взятие человеческим обществом курса на гуманизацию отношений.

Однако характерной особенностью теоретических подходов к проблемам старения является и общая для всех попытка укрыться от ответа на поставленный вопрос за частными рассуждениями или исследованиями, подчас носящими характер теоретизирования в связи с общими социологическими проблемами.

В то же время ориентация современного общества на гуманистические начала, рост общей культуры и сознания, с одной стороны, и новые тенденции в психологическом осмыслении и отношении к старости, когда во все большей степени и все большее число людей осознают потребности и необходимость «противостояния» старению, борьбы за активное существование — с другой, не только углубляют и актуализируют задачу теоретических и практических исследований явления старости и социальной оценки ее, но обуславливают востребование знаний о месте и взаимодействии разных, в том числе возрастных, групп, о разных социально-психологических характеристиках их.

Е. В. Якимова

ГЕРОНТОЛОГИЯ В ДИНАМИЧЕСКОМ ОБЩЕСТВЕ: РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР¹

Профессор социологии и руководитель академической программы по социальной геронтологии Ларе Торнстон (университет Уппсалы, Швеция) сопоставляет существующие в литературе теоретические подходы к старению. *Якимова Е.В.* Торнстон Л. Геронтология в динамическом обществе // Социальная геронтология: Современные исследования. — М.: ИНИОН РАН, 1994. — С. 58 — 68. (*Tomston L. Gerontology in a dynamic society //Ageing and life course transitions/ Hareven T.K., Adams K.J. - N.Y.: Guilfordpress, 1982. - P. 183-219.*)

ретические подходы к проблемам старости и социального положения престарелых и предлагает свою концепцию геронтологического знания как «динамической дисциплины в динамическом обществе». Автор определяет геронтологию как науку о процессе старения в его биологическом, психологическом и социальном аспектах. Поскольку специфика восприятия старости одновременно приписывает и пути разрешения проблем престарелых, научные дефиниции геронтологических категорий опосредованно влияют на социальные интерпретации старости, доминирующие аттитюды и социально-политические программы. Таким образом, «избранный нами способ определения геронтологической проблематики делает нас ответственными за создание особой геронтологической реальности» [с. 184].

Эту реальность можно рассматривать как увеличивающуюся совокупность потерь или «утрат» — экономических, психологических, социальных, индивидуальных, которые означают неизбежную личностную зависимость в старости. Именно такой пессимистический подход преобладал до последнего времени в работах геронтологов. Однако старость имеет и другую сторону: это своего рода кульминационный момент пожизненной аккумуляции опыта и знаний, который может (и должен) стать толчком для высвобождения интеллектуального и личностного потенциала пожилых. Поэтому в геронтологических исследованиях должны найти отражение оба аспекта старости как взаимосвязанные и уравновешивающие друг друга процессы.

Понятие «высвобождения ресурсов», которое должно стать отправным пунктом гуманистической геронтологии, тесно связано с популярной среди социальных исследователей теорией «качества жизни». Обычно в рассуждениях о качестве жизни престарелых преобладают негативно-превентивные моменты; речь идет преимущественно о предупреждении болезней, смягчении изоляции и т. п. Понятие высвобождения ресурсов позволяет дать более оптимистическую программу улучшения качества жизни в старости. I Активизация «связанного» личностного потенциала пожилых может протекать в нескольких направлениях. Во-первых, возможна трансформация внешних и внутренних ограничений, преобразование их в актуальные личностные возможности (подобно тому как ирригационные сооружения преобразуют разрушительную или бесполезную силу реки в целенаправленную оросительную систему). Во-вторых, необходимо избавиться от традиционных ценностных запретов, связанных, например, с отношениями поколений на рынке труда. Наконец, нужно преодолеть мифы и догмы социального окружения, которые вынуждают престарелых разрушать привычные социальные связи.

Концепция высвобождения ресурсов имеет также много общего с концепцией межпоколенного «обмена» (ресурсами, опытом,

знаниями, навыками), который возможен как на уровне индивидов, так и между разными возрастными группами. Вслед за Ф.Ариесом автор подчеркивает, что хронологические рамки и социопсихологические характеристики возрастных групп носят подвижный и исторически изменчивый характер. <...> Престарелые не могут быть рассмотрены в качестве гомогенного социального образования. Более того, они не могут быть отнесены к социальной группе в социологическом значении этого понятия, так как старики не разделяют чувства групповой идентичности как основной детерминанты их социальных интеракций.

Развитие теоретического знания о старости и престарелых предполагает разработку геронтологической парадигмы. Формирование такой парадигмы в геронтологии как социальной науке связано с неоднозначным пониманием сущности проблем, связанных с процессом и результатом старения, и различными способами их решения. Торнстон выделяет пять основных парадигм, в рамках которых осуществляется сегодня теоретическое осмысление старости. Первая из них связана с интерпретацией социальных проблем в терминах социальной патологии. С этой точки зрения трагедия старения заключается в том, что индивид перестает отвечать критериям «нормы» (нормальности) в физиологическом, психологическом, коммуникативном, производственном и прочих отношениях. Независимо оттого, каким образом исчисляются здесь нормативные критерии (на основе статистической нормы, медицинских или психосоциальных стандартов либо материальных предписаний), «патологическое» измерение социальных проблем престарелых ограничивает их решение уровнем отдельного индивида, без каких-либо рекомендаций, касающихся перестройки социальных отношений и структуры. Антиподом этой парадигмы является модель, где точкой отсчета выступает уровень организации социального целого, степень взаимосвязи его частей. Соответственно источником социальных проблем будет здесь нарушение стройности социальной системы, ее дезорганизация. Применительно к положению престарелых в современном западном обществе можно говорить о разрушении вследствие индустриализации и урбанизации традиционного образа жизни и порожденного им образа старости как синонима житейской и профессиональной мудрости. С этих позиций решение социальных проблем престарелых предполагает те или иные макроструктурные изменения. В рамках третьей парадигмы социальная проблема понимается как явный или скрытый конфликт ценностей. Проблема старения заключается, таким образом, в неизбежности непрерывного конфликта между потребностями индустриального рынка, нуждающегося в притоке свежей рабочей силы, и стремлением стареющего индивида актуализировать ценность своего социального и

личностного «я» посредством продуктивного труда. Четвертая парадигма рассматривает возникновение социальных трудностей через призму концепции девиантности. Пассивность стариков, их социальное отчуждение, уход в себя и тому подобные атрибуты старости трактуются в данном случае как варианты отклоняющегося поведения. Пятая модель базируется на теории «наименования»; проблемы старости интерпретируются здесь как следствие неадекватного ее восприятия или «навешивания ярлыков» (старый, слабый, больной, бедный и т.п.).

Не все существующие геронтологические теории развиваются в пределах названных парадигм. Исключение составляют, например, попытки понять феномен старения с позиций концепции жизненного цикла или в терминах символического интеракционизма. Само по себе обилие подходов к изучению старости и положения престарелых свидетельствует об активных теоретических поисках. Однако исследователи редко отдают себе отчет в том, какой именно парадигмы они придерживаются. Эта теоретическая неопределенность не может не сказаться на предлагаемых ими социальных рецептах помощи пожилым. <...>

Автор предлагает следующую модель социальной геронтологии, которой руководствуются в своей работе социологи университета Уппсалы. Эта модель включает три уровня. Первый или низший уровень анализа (микроуровень) охватывает процессы физического и психологического старения, присущие отдельному индивиду. Этот уровень объединяет две взаимосвязанные сферы исследования — медико-биологическую и психологическую. Следующий (средний) уровень означает перемещение фокуса исследований с психофизиологических параметров индивидуального старения на процесс старения личности как члена группы и переживание опыта старости в непосредственном социальном окружении. Наконец, третий (высший) уровень геронтологического знания — макросоциальный. Здесь анализируются такие явления, как воздействие на процесс старения доминирующего способа производства, характер семейных связей, жилищных условий, религии, распределения экономических ресурсов и политической власти, уровня социального благосостояния, темпов научно-технического прогресса.

Все три уровня находятся в сложных отношениях взаимной зависимости; в свою очередь, внутри каждого из них существует целый комплекс взаимовлияний между разными параметрами старения. Однако, несмотря на очевидную связь, которая существует, например, между типичными заболеваниями пожилых и уровнем индустриального развития общества или между распространенными стрессовыми состояниями престарелых в определенных социальных группах, геронтологические исследования до сих пор носят «узковедомственный», разобщенный характер. <...>

Макротеоретический анализ — это важнейшая часть социальной геронтологии. Традиционный интерес для социологов представляет воздействие макросоциальных факторов на положение престарелых и доминирующий образ старости. Так, в ряде работ было показано, как характерное для современного общества преимущественное распространение знаний среди молодежи в сочетании с высокими темпами научно-технического развития и социальных новаций постепенно разрушило устойчивую ассоциацию между старостью и авторитетом, заменив ее образом старости как жизненной фазы, достойной презрительного сожаления. Гораздо меньше внимания в работах геронтологов уделяется обратному процессу, т. е. социальным воздействиям общественных групп и отдельных индивидов, которые подготавливают трансформацию ценностей и социальные связи на уровне макроструктуры. Как правило, геронтологи ограничивают изучение значимых перемен в положении престарелых социально-психологическим анализом на уровне группы.

Диалектическая взаимосвязь различных параметров старения и старости... должна найти отражение в теории, тем более что классическая социология обладает здесь богатыми традициями, до сих пор не востребованными геронтологией. «Расширение теоретического горизонта и связь между разными уровнями анализа является фундаментальной потребностью геронтологии, если она хочет развиваться в динамической перспективе» [с. 192]. В противном случае ее ожидает незавидная участь «статической дисциплины», где произвольно собраны разобщенные концепции, исследования и рекомендации.

Другим фундаментальным основанием «динамической геронтологии» должны стать «процессуальный подход» и принцип изменения в самом широком его толковании. В контексте современной западной цивилизации процесс старения следует рассматривать в трех временных перспективах: а) как последовательность индивидуальных возрастных изменений; б) как смену поколений; в) как процесс исторического развития. Инструментами анализа здесь могут быть понятия возрастной когорты и жизненного цикла. Популярный среди геронтологов ко-гортный анализ позволит получить адекватные результаты только в том случае, если различия возрастных когорт будут соотнесены с условиями индивидуального развития в течение жизненного цикла, с одной стороны, и с историческими условиями, внутри которых происходит развертывание жизненного цикла, — с другой.

Преимущество динамической перспективы состоит, таким образом, в том, что она позволяет осмыслить специфику наблюдаемых этапов жизненного пути как результат текущих социальных процессов.

К. А. Феофанов

**СТАРОСТЬ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ:
РУКОВОДСТВО ПО СОЦИАЛЬНОЙ ГЕРОНТОЛОГИИ:
РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР¹**

Монографическое исследование Кристины Виктор, директора Научного центра социальной гигиены при Институте медицины Святой Марии в Лондоне, посвящено старости как этапу жизни человека. <...>

Внимание автора сосредоточено на «изучении старости в рамках западного общества на основе детального анализа статистического материала» [с. 1]. Цель книги заключается в том, чтобы выявить господствующие в западном обществе стереотипы в отношении к престарелым, оценить их обоснованность и «понять положение престарелых в обществе» [с. 1]. К. Виктор привлекает также исторические сведения, с тем чтобы проследить динамику процессов старения и формирования социальных аттитюдов; приводятся результаты европейских и американских исследований в области социальной геронтологии.

Геронтология как наука о старении имеет три основных компонента — биологический, психологический и социальный и, таким образом, представляет собой междисциплинарную область исследований. <...> В книге Виктор представлено третье геронто* — логическое измерение — старость в социальном контексте. Это измерение, в свою очередь, включает три различных направления. Первое имеет дело с индивидуальными переживаниями пожилых людей; здесь старость рассматривается в социальных рамках семьи, общества и культуры в целом. Второй подход стремится определить место пожилых людей в обществе. Третий изучает проблемы старости и их разрешение на уровне социальной политики. Все названные направления представлены в работе Виктор.

Опыт старости... переживается различно в зависимости от этнической, половой или классовой принадлежности индивида. Неоднозначен также образ старости, доминирующий в разные исторические эпохи. Старость является, таким образом, «гетерогенным» понятием, что делает проблематичной ее строгую дефиницию. В этой связи одна из целей книги состоит в том, чтобы «разделить пожилое население на составные части и описать имеющиеся между ними различия» [с. 2].

¹ *Феофанов К.А.* Виктор К. Старость в современном обществе: Руководство по социальной геронтологии // Социальная геронтология: Современные исследования. - М.: ИНИОН РАН, 1994. - С. 41—57. (*Victor СИ.* Old age in modern society: A textbook of social gerontology. — L. ec: Croom Helm, 1987.)

Многоаспектностью старости объясняется также существующее многообразие подходов к ее изучению, каждый из которых акцентирует ту или иную ее сторону или их совокупность. Так, в рамках биологического подхода на первый план выдвигаются теории физиологических изменений, сопровождающих процесс старения на протяжении всей жизни индивида. Теоретический фундамент биологического подхода составляет аристотелевское понимание человеческого организма как машины, а также близкий к аристотелевскому постулат Гиппократов о наличии фиксированной величины энергии (или «жизненности») в каждом человеке. Заметное распространение получили также теории «запрограммированного» старения, утверждающие, что максимальная продолжительность жизни и старение зафиксированы в генах данного организма. Близкие им теории делают акцент на функциях иммунной системы, которая производит антитела для сопротивления заболеваниям. Эти антитела могут стать источником болезней и старения, поскольку защитная сила иммунной системы человека убывает с возрастом.

Хронологический подход объясняет старение календарным возрастом человека. Применение календарного возраста обусловлено социальной значимостью этого показателя, отражающего стадию жизненного цикла. Тем не менее календарный возраст лишь очень приблизительно фиксирует физиологическое и социальное «качество» человека и его самочувствие; применение этого параметра должно носить относительный и конкретный характер (15-летняя девочка в современной Англии считается школьницей, в то время как в других социальных и культурных условиях она может быть женой и матерью).

Подход с позиции теории жизненного цикла подчеркивает детерминацию возраста социальными нормами и отношениями. Основными факторами здесь выступают работа и семья. Календарный возраст служит только основанием для запрещения или разрешения различных социальных ролей и поведения; выполнение этих ролей в соответствии с определенными общественными нормами и предписаниями определяет социальный возраст человека, часто не совпадающий с календарным. При этом, как показывают исследования антропологов, социальный возраст не тождественен для различных культур и исторических эпох. Предписывая тот или иной тип «адекватного» поведения разным возрастным когортам, социальный возраст осуществляет специфическую возрастную стратификацию общества.

С поведенческими нормами связаны и культурные ценности, уникальные для каждой социальной системы. Для индустриальных западных обществ характерна высокая оценка таких качеств, как вера в собственные силы, автономия и независимость; зависимость же считается признаком слабости. К важным ценностям

современной западной цивилизации можно отнести также социальную этику активности и продуктивности (в противоположность пассивности и потребительству). Эта нравственная система отдает предпочтение молодости, энергии, энтузиазму и новаторству как антиподам пассивной, косной, старомодной старости. Все эти ценности передаются в ходе социализации новым поколениям, которые усваивают возрастные стереотипы вместе с интернализацией новых ролевых функций. С этой точки зрения старость представляется как утрата социальных ролей (увольнение с работы, расторжение социальных связей, потеря друзей и т.п.).

Политэкономический подход к изучению старости рассматривает взаимосвязи между государством, системой экономического распределения товаров и услуг и различными социальными под- / группами пожилых людей в их отношении к средствам производства. Старшее поколение выступает в данном случае не как особый социальный слой, а как часть социального целого, которая взаимодействует с его институтами (макросоциальный подход). Здесь анализируются также вопросы оплаты труда, пенсионная политика, система увольнений и связанное с этими процессами состояние зависимости и независимости пожилых людей. Это состояние, по мнению Виктор, в большей степени обусловлено существующими политико-экономическими условиями, чем календарным возрастом индивидов.

Важной детерминантой старости является социальный статус, который может быть «приписанным» или «достигнутым». Примером «приписанного» статуса служит изначально заданный пол человека, «достигнутым» является положение врача или преступника, обретенное в течение жизни. Возраст также является детерминантой социального статуса, так как от него зависят права, обязанности и социальные функции личности. Поэтому социально-геронтологический анализ предполагает определение места пожилых в системе социальной стратификации. <...>

Переходя к рассмотрению существующих в литературе теорий старости, Виктор выделяет несколько их типов. Во-первых, это теории, рассматривающие старость как социальную проблему. Здесь акцент делается на оказании помощи пожилым людям, их медицинском, бытовом и прочих формах социального обслуживания. <...> Более широкий «организационный» подход в рамках этих теорий нацелен на выявление и решение целого спектра проблем пожилого населения. «Организационная» деятельность такого рода испытывает сильное влияние политических и идеологических факторов.

Во-вторых, большой популярностью среди геронтологов пользуется так называемая теория освобождения, которая связывает процессы старения с неизбежным постепенным уходом человека от взаимодействия с социальным окружением. Последовательное раз-

рушение социальных связей означает своего рода подготовку к последнему акту «ухода» — смерти. Процесс «социального отхода» характеризуется утратой социальных ролей, ограничением социальных контактов, уменьшением приверженности социальным ценностям, уходом в себя. «Уход» освобождает человека от привычного давления со стороны социума и позволяет более молодым и энергичным принять на себя ставшие вакантными роли и функции. Теория освобождения является частью функционалист-ской традиции в социологии, так как она рассматривает элементы социального целого в терминах их функциональной зависимости. По мнению Виктор, хотя эта теория вскрывает реальный процесс утраты ролей в старости, она не безупречна в нравственном отношении. Именно этот подход наиболее сильно влияет на выработку социальной политики по отношению к людям старшего возраста, т. е. дает научные и «моральные» основания для исключения стариков из активной деятельности. Антиподом теории освобождения является концепция активности, предполагающая, что при нормальном старении должны по возможности сохраняться социальные отношения и активность среднего возраста. Старение понимается, таким образом, как «продолжающаяся борьба за сохранение среднего возраста». Критика в адрес двух последних теорий привела к возникновению еще одной концепции — теории развития. С позиций этой теории для адекватного понимания жизни пожилого человека необходимо знать специфику его прежних жизненных этапов, т.е. содержание всего жизненного пути, предшествовавшего старости. В поисках оснований для периодизации жизненного цикла и осмысления уникальности каждой из его ступеней геронтологии, как правило, обращаются к психоаналитической традиции — к теориям З. Фрейда, К. Юнга, Э. Эриксона и др. Концепции Эриксона | нередко отдают предпочтение, так как он раздвинул хронологические рамки классического психоанализа и представил жизненный цикл личности как последовательную смену восьми фаз: раннего младенчества, раннего детства, позднего детства, юности, поздней юности, периода «продуктивности» (зрелости) и старости. Недостатком теории развития является жесткий, «нормативный» характер периодизации и смены жизненных этапов, а также трудность эмпирической проверки. <...>

Что же касается социальной геронтологии, то большинство ее приверженцев ориентируется на концепцию непрерывности жизненного пути. Индивидуальный опыт каждого этапа жизни подготавливает личность к обретению и выполнению новых социальных ролей и функций на следующем этапе. Переходя от ступени к ступени, человек стремится сохранить прежние предпочтения и привычки, усвоенные роли и функции. Старость поэтому должна интерпретироваться как поле битвы за сохранение прежнего стиля

жизни вопреки неизбежным ролевым изменениям (дети покидают родной дом, умирает супруг и т. д.). В отличие от теорий ухода и активности данная концепция предполагает, что нормальное, «успешное» старение возможно лишь путем разносторонней адаптации к новым условиям и сохранения прежнего положения сразу в нескольких сторонах жизнедеятельности. К сожалению, эта концепция также трудно поддается эмпирической проверке, как и названные выше, считает Виктор. <...>

Еще одну интерпретацию старости предлагает теория наименований, где старость определяется как состояние девиантности. Основное содержание теории наименований сводится к следующему. Индивидуальное «Я» с рождения развивается в атмосфере взаимодействия с окружающими людьми, поэтому на мышлении и поведении личности непосредственно сказываются как способы ее социальной детерминации значимыми другими, так и реакция других на ее действия. Поведение пожилых людей также определяется нормами социальной группы, к которой они принадлежат. Эти другие, т.е. молодые члены общества именуют представителей старшего поколения как зависимых от внешних условий, бесполезных, маргинальных, утративших прежние способности, уверенность в себе и чувство социальной и психологической независимости. Социальное положение пожилых, таким образом, означает прежде всего пассивность. Поэтому «именующая» часть общества, обладающая возможностью активного влияния, может и должна разработать социальные программы для улучшения жизни «пассивных» престарелых.

Существуют также подходы, акцентирующие маргинальность пожилых людей, их положение социальных изгоев. Их удел — это низкие доходы и скудные возможности. Сторонники данного подхода уделяют особое внимание изучению субкультуры пожилых, обусловленной сходными условиями жизни и общими бедами. Очевидной слабостью этой точки зрения Виктор считает тот факт, что здесь не находит отражения социальная неоднородность пожилой части общества. Наконец, теория возрастной стратификации позволяет рассматривать общество как совокупность возрастных групп, и таким образом, отразить обусловленные возрастом различия в способностях, ролевых функциях, правах и привилегиях. Основанием для такой стратификации служит хронологический возраст. В рамках этого подхода на первый план выдвигаются такие проблемы, как место пожилых в обществе, индивидуальные перемещения из одного возрастного старта в другой, механизмы распределения со-циовозрастных ролей и т. п. Такая позиция позволяет охарактеризовать престарелых в терминах демографических показателей, проследить их взаимоотношения с прочими возрастными группами. Осмысление возрастной стратификации общества осложняется,

•^ Краснову

однако, «вмешательством» в этот процесс иных систем социального ранжирования (пол, класс, этническая принадлежность); кроме того, данная теория ориентируется исключительно на макро-социальный анализ, куда не включаются индивидуально-психологические детерминанты поведения. Резюмируя обзор теоретических подходов к проблеме старости и престарелых, Виктор подчеркивает необходимость сочетания концептуального анализа с эмпирическими исследованиями, которые позволяют верифицировать теоретические гипотезы. <...>

Во второй части своей монографии Виктор обращается к более практическим аспектам геронтологической науки, базирующимся на данных эмпирических исследований, статистических таблицах и результатах социологических опросов. Сопоставляя относительные и абсолютные показатели численности пожилых людей в ряде европейских стран, автор отмечает, что за последние сто лет эта численность увеличилась, что и привело к восприятию старости как специфической социальной проблемы и стимулировало геронтологические исследования. Увеличение доли пожилого населения произошло одновременно с уменьшением смертности, особенно детской, и снижением рождаемости. <...>

Демографический состав пожилого населения имеет несколько интересных особенностей. Так, внимание геронтологии давно привлекает такой феномен, как увеличение доли пожилых женщин по сравнению с мужчинами. Другая интересная демографическая особенность связана с увеличением доли пожилых женщин, никогда не состоявших в браке. Между тем среди пожилых разводы сравнительно редки. Характерным демографическим феноменом в последние десятилетия стала миграция пожилых граждан, вызванная увольнением. <...>

Еще одна важная проблема, обладающая своей спецификой для пожилых, это проблема жилья. Геронтологические исследования, которые проводятся в этом направлении, охватывают целый ряд параметров, таких, как качество жилья, наличие необходимых условий, трудности работы на дому, распределение и приобретение частных домов, политика решения жилищных проблем, удовлетворенность престарелых своим жильем. <...>

Большое место в геронтологических исследованиях уделяется проблемам труда пожилых и увольнения в связи с возрастом. В современном обществе работа выполняет целый ряд функций. Она не только обеспечивает человеку средства к существованию и дает определенный социальный статус, но и регулирует социальную активность индивида, приносит ощущение причастности, удовлетворения или неудовлетворения. Индивидуальный характер этих показателей определяет и значение увольнения в жизни пожилого человека. Приводя данные эмпирических исследований, Виктор показывает, что за последние полвека число неработающих

пожилых людей увеличилось, в то время как их доходы уменьшились; произошел также переход пожилых работников на менее квалифицированные производственные операции. Увольнение всегда использовалось в качестве метода контролирования рынка труда, искусственного уменьшения безработицы и обеспечения возможностей для молодых. Однако научно-техническая революция XX в. все в большей мере исключает пожилых работников из сферы труда и заменяет прежние «гибкие» формы увольнения на пенсию одним-единственным его типом, основанным на достижении «фиксированного возраста». Особенность увольнения по возрасту как социального феномена выражается в том, что размеры выплачиваемых пенсий и пособий, как правило, зависят от прежней деятельности; неравенство работающих переходит в неравенство уволенных. Существует точка зрения, что увольнение на пенсию сопровождается серьезным психосоциальным кризисом личности. Виктор, однако, считает, что это еще одна иллюзия массового сознания; сегодня большинство пожилых работников принимает как должное увольнение в связи с возрастом и только третья часть их выражает неудовлетворенность своим новым образом жизни. Вместе с тем 96 % рабочих, опрошенных до увольнения, ожидали ухудшения своего финансового положения после выхода на пенсию. <...>

В заключение обсуждаются некоторые проблемы социального обслуживания и социальной политики в отношении престарелых. Главной тенденцией в развитии сферы услуг для пожилых автор считает «разочарование в институционализированной его форме» и передачу социальной работы в этой области на локальный уровень¹. <...> Сегодня в Великобритании по существу отсутствует единая продуманная социальная политика, которая действительно защищала бы интересы неоднородного по своему составу пожилого населения. Престарелые разобщены и беспомощны, увольнение лишает их политической силы; для них не существует формальной политической организации, структура основных политических партий исключает их активное участие в общественной жизни; на пути политической активности старшего поколения

¹ Монография К.Виктор вышла в свет в 1987 г., а в 1990 г. в Великобритании был принят закон «Об уходе в общине» (Community Care Act) (доработан в 1993 г.), где были закреплены статьи об оказании помощи инвалидам и пенсионерам в их частных домах. Кроме того, Закон позволил увеличить число возможных организаций, которые обеспечивают уход за пожилыми людьми, и предписал местным властям покупать услуги у частных (коммерческих и общественных) организаций. Важность принятого Закона заключается в изменении способа оказания помощи пожилым, т.е. впервые в социальной политике приоритет отдавался уходу *на дому* за людьми позднего возраста, что увеличивает их автономность и независимость. (Примечание составителей хрестоматии.)

существует множество барьеров (бедность, слабое здоровье). Чтобы помочь престарелым активно включиться в политическую и общественную жизнь, необходимо выделить такие интересы старшего поколения, которые сближают его с прочими возрастными группами. От «конфликта поколений» и дилеммы зависимости/ независимости необходимо перейти к тактике социального взаимодействия, основанной на взаимной зависимости поколений.

О. В. Краснова

ВИДЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХОЛОГИИ СТАРЕНИЯ¹

В современной науке социально-психологические вопросы пожилого возраста представляют собой одну из сторон изучения различных личностных изменений у пожилых людей, которые могут приводить к разной степени нарушения их взаимодействия с социальной средой. Социальная геронтология изучает старение как процесс в его биологическом и психологическом измерениях; рассматривает институциональный подход, акцентирующий внимание на проблемах социоэкономического статуса и социальных ролей престарелых, и историко-культурологический подход, позволяющий сопоставить различные представления о старости и социальных аттитюдах. В рамках этих направлений создаются различные модели со-цио- и психогеронтологического знания, предмет которых составляют, во-первых, процесс старения и его социоисторическая динамика, во-вторых, социальное положение и психологический опыт пожилых как специфической социовозрастной группы. Кроме того, очевидно, что предмет и задачи социальной психологии и социальной геронтологии частично совпадают, т.е. являются общими. Психология старения является частью широкого научного достижения геронтологии, поэтому объяснения психологов изменений паттернов поведения, происходящих с возрастом, желательно соединить с другими геронтологическими направлениями, которые объясняют явления старения с точки зрения медицины, биохимии и др. Тогда закономерно возникает вопрос о методах исследования данного предмета.

Социальную геронтологию без преувеличения можно назвать ядром современных исследований процессов старения. С одной стороны, она связана с комплексом социальных наук — социальной психологией и социологией, экономикой, демографией, полито-

¹ Краснова О. В. Виды и методы исследований в психологии старения // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 1. — С. 5 —21.

логией и этикой. С другой стороны, изучение социального измерения старости невозможно без предварительного ответа на вопрос о том, что же именно подвержено старению, т. е. вне медико-биологического осмысления инволюционных процессов в ходе онтогенеза. Но именно проникновение социальных, а затем и социально-психологических исследований в геронтологию позволило этой науке выйти за рамки медико-биологических проблем.

Стаж «совместной работы» психологии и геронтологии сравнительно невелик. Он начинается с опубликования в 1922 г. монографии американского психолога Ст. Холла «Старение», который является одним из первых исследователей социально-психологических аспектов старости и основоположником нового междисциплинарного комплекса знаний — социальной геронтологии. J Термин «социальная геронтология» введен в научный обиход в начале 50-х годов XX в. Р. Хэвигхэрстом и Р. Альбрехтом [*Havig-hurst R., Albrecht R., 1953*].

Сегодня этот термин общепринят, однако вопрос о том, что же именно он обозначает, долгое время оставался дискуссионным.

В отечественной науке термин «социальная геронтология» появился значительно позднее, чем началась разработка социальных аспектов старения. Уже в работах И.И.Мечникова и А.А. Богомольца в связи с проблемой продления жизни человека ставились не только биологические и медицинские, но и социальные вопросы [См., например: *Карсаевская Т. В., Шаталов А. Т., 1978*]. Однако только в конце 40-х годов XX в. социальные проблемы старения стали рассматриваться отечественными учеными как самостоятельные. <...>

Социальные исследователи, изучающие феномен старости, были единодушны в том, что геронтологический анализ должен охватывать биологические, психологические и социальные аспекты старения, т.е. закономерности инволюции живых организмов, включая человека, особенности внутриличностного переживания опыта старости, специфику положения престарелых в различных социальных системах. Спорным же представляется статус геронтологических исследований: следует ли считать социальную геронтологию целостным междисциплинарным комплексом знаний, либо мультидисциплинарной совокупностью данных, накопленных прочими социальными науками, которые так или иначе обращаются к процессу старения? Безусловно, социальная геронтология должна быть научной дисциплиной в полном смысле этого слова, т.е. дисциплиной, располагающей собственным категориальным аппаратом, принципами сбора и анализа данных, методами их обобщения и интерпретации. Вместе с тем геронтологические исследования — это подвижный, нефиксированный набор сведений и данных, почерпнутых из традиционных социальных,

психологических и других дисциплин. Фундаментальные исследования, относящиеся к интересам геронтологии, не имеют четко очерченных границ. Мультидисциплинарный подход предполагает, что проблемами старости занимаются психологи, социологи, медики, экономисты и демографы. Каждая из этих наук уже имеет свой категориальный аппарат. В то же время развитие социальной геронтологии за последние три-четыре десятилетия дает основание утверждать, что эта дисциплина все более приобретает характер самостоятельной науки, которая имеет собственные концептуальные и методологические принципы.

Тем не менее, рассматривая специфику эксперимента социальной геронтологии, мы обращаемся к методам социальной психологии как области, являющейся основой для новой дисциплины. На наш взгляд, в области психологии старения можно выделить четыре вида исследований.

1. Различные определения предмета изучения — самого старения — большей частью основаны на описательном или феноменологическом уровне знания, что позволяет строить различные классификации и схемы или развивать теории моделей и стратегий поведения пожилых и старых людей.

Поэтому первый вид исследований условно можно назвать *описательным*. Как правило, описательные исследования позволяют выдвигать, а не проверять гипотезы. При этом часто используют методы наблюдения и контент-анализа документов. <...>

Такой вид исследования может проводиться или в целях предварительной параметрической оценки для дальнейшего контрольного эксперимента, или в тех случаях, когда природа явления в силу этических или технических причин не позволяет провести такой эксперимент.

2. Рассматривая виды исследований в зарубежной психологии старения, Дж. Биррен [Birren /., 1986] приводит примеры исследований, которые называет *экспериментальной манипуляцией*: в частности, изучение времени реакции в нескольких возрастных группах. В отечественной психологии такие эксперименты чаще известны под названием *контролирующие*, они обязательно должны быть концептуализированы. Эти исследования направлены на изучение феномена или явления, характерного для позднего возраста. В данной области они выполняются на уровне качественной теории с применением математического аппарата для анализа и объяснения количественных закономерностей.

Можно выделить несколько моментов, на которые необходимо обращать внимание при проведении контролирующих экспериментов в области психологии старения.

Во-первых, главная особенность большинства таких исследований заключается в том, что теоретическая ориентация — контекст «главной линии» психологии (когнитивизм, бихевиоризм, теория

деятельности и др.) — *применяется к объекту изучения*, т. е. пожилым людям. Предметом исследования таких экспериментов могут выступать различные феномены и категории: особенности психической деятельности пожилых; критерии социальной адаптации пожилых; самооценка и эмоциональные состояния в позднем возрасте; удовлетворенность жизнью и пр. При этом достаточно редко в исследованиях авторы определяют изучаемый предмет с учетом специфики объекта эксперимента, а именно, пожилых людей. <...>

Во-вторых, пожилые и старые люди как объект исследования могут создавать *проблемы с точки зрения этики*. Например, существуют ограничения в исследовании процессов принятия решений в важных обстоятельствах жизни (выбор жизни или смерти; социально-стрессовые ситуации, многочисленные в позднем возрасте — потеря близких, переживания, связанные с выходом на пенсию; семейные конфликты, перемена жизненного уклада; отсутствие деятельности, повышающей социальную самооценку старого человека).

В-третьих, возникают *технические трудности* самого разного плана. Например, возможны сдержанность и скрытность пожилых людей. Иногда пожилые люди предпочитают просто не давать те ответы, в которых они не уверены, т.е. действуют по принципу: «лучше не отвечать совсем, чем делать ошибки». По А.Шварцу [*Schwartz Л.*, 1984, с. 86] «нежелание отвечать и степень "осторожности", проявленные пожилыми людьми, являются фактом полезной и адаптивной стратегии самозащиты». В других случаях при ответах на вопросы, затрагивающие эмоциональную сторону жизни пожилых людей, возможны аффективные, неконтролируемые реакции с их стороны.

В-четвертых, пожилому и старческому возрасту присущи *хронические заболевания* (по данным некоторых авторов, их насчитывается до десяти), что снижает общую психическую активность и негативно сказывается на интеллектуально-мнестических функциях, которые используются в экспериментах. При этом большинство исследователей отбирают своих испытуемых по статусу здоровья (сообщают, что их объекты исследования «здоровы»). Поэтому, для того чтобы понять, адекватны ли методы эксперимента задачам исследования и можно ли сравнивать между собой полученные данные, необходимо рассмотреть следующие вопросы:

- какая группа пожилых людей представляет выборку и соответствует ли она целям исследования;
- была ли выборка отобрана согласно плану исследования или использовались статистические методы;
- принимали ли пожилые, участвующие в эксперименте, медикаменты и, если так, как это повлияло на результаты;
- были ли учтены любые потери пожилых или смертность в выборке.

3. Проблемы исследований в области социальной геронтологии связаны не только с психическими особенностями пожилых людей. Как видно из задач социальной геронтологии, основное положение в них занимают вопросы стереотипов пожилых, аттитю-дов и отношения к пожилым и старым людям со стороны общества в целом и различных его групп; вопросы отношения пожилых людей к выходу на пенсию и другие. Их изучение представляет собой следующий вид исследований, который условно можно назвать *культурно-генетическим*. <...>

4. Еще один вид исследований в психологии старения — *вмешательство*, например тренинг, который улучшает интеллектуальные способности в результате практики, или помощь пожилым, испытывающим депрессию, в формировании более позитивного взгляда на жизнь. Его цель — улучшение жизни пожилых или изменение их поведения в желательном направлении.

Среди пожилых людей, находящихся в депрессии, относительно высока часть тех, за кем ухаживают в терапевтических дневных больницах. Поэтому людям, работающим с пожилыми и ухаживающим за ними, часто требуется дополнительная помощь в борьбе с депрессией, так как медикаментозного лечения оказывается недостаточно. С. Эммерсон [Emmerson С, 1992] предложила групповой подход к этой проблеме, основанный на когнитивно-бихевиористских положениях. Были созданы три группы по пять человек, которые не имели ярко выраженного или патологического когнитивного ухудшения. Каждая группа собиралась один раз в неделю для развития у ее членов способности справляться с депрессией и понимания того, как определенная активность и чувство взаимодействия влияют на настроение.

Перед началом работы групп и через три месяца после работы с целью изучения влияния метода на улучшение их настроения клиенты отслеживались с помощью шкалы больничной тревоги и депрессии, теста гериатрической депрессии, теста визуальных аналогов для самооценивания.

Результаты обследования показали, что группы были оценены позитивно.

Предлагались следующие темы для обсуждения:

- медицинские, социальные и психологические модели депрессии;
- когнитивно-бихевиористский подход к депрессии;
- негативные и позитивные стороны жизни пожилых людей; способы увеличения количества приятных событий и ослабления влияния негативных событий в собственной жизни;
- способы борьбы с тревожными симптомами, упражнения на расслабление;
- способы адаптации к поправимым трудностям (например, уменьшение межличностных контактов) и к необратимым потерям (например, смерть супруга);

- планирование своего будущего как один из методов преодоления депрессии; усовершенствование индивидуальных планов на две последующие недели и принципы «самоукрепления».

В результате таких обсуждений члены группы начинают понимать, что большинство пожилых людей испытывают такие же негативные чувства, как и они. Это способствует тому, что они начинают учиться реализовывать теорию на практике, получать помощь от других людей, планировать свое время.

Определенный интерес для исследователей представляет программа «Качество жизни», цель которой состоит в выработке пожилыми стратегии независимости, их интеграции в общество и повышении качества их жизни [Groff K., 1992]. В основе программы лежит представление о творческом духе как источнике жизненных сил человека. Программа состоит из трех этапов.

На первом этапе цель воздействия — пробуждение у пожилых желания узнавать новое, стимуляция воображения, любопытства. Для этого применяются двигательные упражнения, танцы, упражнения на воображение, игры.

Второй этап — стимуляция мышления, восприятия, постановки и решения проблем.

На третьем этапе пожилых учат видеть в повседневной жизни элементы творчества, выходить за пределы привычного круга событий и отношений.

В результате участия в таких программах у пожилых значительно возрастают показатели креативности и гибкости мышления. В Великобритании, например, для пожилых разработана программа обучения и тренинга, в которой описаны формы участия в ней людей позднего возраста, основные проблемы, возникающие в процессе работы с пожилыми, и возможности их разрешения [Schuller T., Bostyn A., 1992].

Чтобы вмешательство было успешным, необходимо провести предварительную параметрическую оценку тех показателей, которые будут отображать степень воздействия. Для этого важно знать различия между биологическими изменениями организма, в том числе его ЦНС, и их отображением в психике человека, между социальными изменениями личности и их субъективным отображением.

При этом надо учитывать, что возможны негативные последствия «вмешательства». Например, широко распространенный на Западе метод «Ориентация в реальности» (ОР), используемый для улучшения поведения пожилых людей с различными формами деменции и дезориентированности, требует осторожности в применении, так как обстоятельные доказательства его эффективности отсутствуют. В одних случаях пациенты находят занятия «скучными» и «бесполезными». В других экспериментальная группа (та, которая обучалась по программе ОР) давала гораздо лучшие отве-

ты по тестам информации, ориентации, памяти и учения, чем контрольная группа. Некоторые исследования показывают, что поведение пациентов дома улучшается, тогда как у тех, кто находится длительное время в больнице, такого улучшения не наблюдается. Учитывая различия в оценках результатов применения ОР, можно сделать вывод, что они сравнимы между собой лишь косвенно, так как в одних случаях у пожилых измеряют, например, познавательные процессы, а в других — поведение. Возможно также, что исследуются различные виды ОР (двадцатичетырехчасовой или классный). Поэтому эти программы, как и некоторые другие, рекомендуемые для работы с пожилыми людьми, требуют дополнительных исследований по изучению их эффективности.

Описанные выше виды экспериментов в социальной геронтологии не исчерпывают многообразия исследований в этой области. Условность названий предполагает раскрывающую их содержание дефиницию. Главной проблемой остается неопределенность методологии исследований, связанная с отсутствием единой теории старения.

ПРОБЛЕМА СТАРОСТИ: СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН¹

Проблема старости всегда была одной из центральных в мировоззрении людей разных эпох и народов. Мечта о продлении человеческой жизни и бессмертии родилась вместе с осознанием ценности жизни и ее отличия от жизнедеятельности животных. Это произошло на самых ранних этапах антропосоциогенеза, когда появились первые дошедшие до нас свидетельства зарождения искусства и религии. Исследователи палеопсихологии отмечают, что одной из важных особенностей становления человеческого общества в отличие от стай животных была забота о стариках как хранителях социально-психологического опыта коллектива и источнике мудрости. Исследования могильников эпохи мезолита и неолита, проведенные палеодемографами, свидетельствуют о раннем возрасте смерти, особенно у женщин. Стариками считались тогда люди от 30 до 50 лет, а условная продолжительность жизни поколения составляла от 20 до 25 лет [История первобытного общества. Эпоха клас-сообразования, 1988, с. 311]. Важно отметить, что функцию закрепления и передачи традиций племени выполняли старейшины. Постепенно происходило разделение функций — одни старейшины олицетворяли культ предков, а другие (жрецы) — культ богов. Оформление патриархальных отношений в большей части мира приводило к сакрализации личности стариков, к развитию культа старого вождя. Этот мотив стал сквозным для мировой цивилизации в целом и локальных культур, особое развитие он получил в иудейско-христианской традиции, где библейские пророки и апостолы персонифицируют общественную мудрость. В православно-христианской традиции Бог предстает в образе мудрого старика.

Тащева Л. И. Концепция организации психологической помощи одиноким пожилым людям в структуре Министерства труда и социального развития // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 4. — С. 75 — 87.

Особо следует остановиться на почитании стариков и старости в восточных философско-этических системах, прежде всего в Древнем Китае. Возраст от 60 до 70 лет считался «желанным», ибо, по словам Конфуция, он «в семьдесят лет следовал желаниям сердца и не переступал меры». На почтении к старости и старикам основано мироощущение китайцев. Эта восточная геронтофилия имеет глубокие социальные корни, так как устойчивость социально-политического устройства общества ассоциировалась с прочностью и устойчивостью организма человека и обретением им мудрости в старости.

В буддизме считалось, что тела святых старцев не подвержены тлению, ибо в них отсутствует все то, что унижает человека. Впоследствии эта концепция получила развитие в христианской традиции, согласно которой мощи святых угодников нетленны. Надо отметить, что почти во всех религиях это относилось именно к старикам, что отражает мощную доминанту общественного сознания — превосходство мужской организации тела человека и дополнительность, или отклонение от идеала, когда речь идет о женщине.

На отношение к старости огромное влияние оказало учение о загробной жизни. Интересно, что в диалоге Цицерона «О старости» один из действующих лиц — Катон — последовательно опровергает четыре упрека, которые старикам приходится слышать: будто бы старость 1) препятствует деятельности человека; 2) ослабляет его силы; 3) лишает наслаждений; 4) приближает к смерти. Он доказывает, что старики способны к политической и литературной деятельности, воспитанию молодежи, земледелию. Что же касается смерти, то Цицерон пишет, что человек из жизни уходит, как из гостиницы, а не как из своего дома, ибо «природа дала нам жизнь как жилище временное, а не постоянное». По словам мыслителя, «природа устанавливает для жизни, как и для всего остального, меру; старость же — заключительная сцена жизни, подобная окончанию представления в театре. Утомления от нее мы должны избегать, особенно тогда, когда мы уже удовлетворены» [Цицерон, 1975].

Тот факт, что старость нуждалась в моральном оправдании уже в эпоху античности, говорит о формировании в общественном сознании другой, полярной психологической установки — геронтофобии. Обычай убийства стариков бытовал у многих народов, он, в частности, отмечен у славянских племен. Этот обычай был связан не только с низким уровнем производительных сил, что делало стариков обузой в глазах общества, но и с рядом социальных и классовых противоречий, закрепленных в определенной культурно-психологической традиции. Негативное отношение к старости, которая, по словам Мартина Лютера, сравнивалась с «живой могилой», весьма характерно для определенных эпох в развитии цивилизации.

На VII Международном конгрессе геронтологов (Вена, 1966) французский геронтолог А. Призьен назвал стариков «мучениками мирного времени».

Закрепленные традициями противоположные точки зрения на старость представляют собой социокультурный феномен, корни которого кроются в реальных противоречиях развития общественно-экономических формаций. [...] Нетрудно видеть, что развитие цивилизации обостряет старую проблему — естественности старости как закономерного периода жизни человека — и изменяет отношение к ней общества. Восточный и античный мир в целом следовали совету Эпикета: «Радуйся тому, что есть, и люби то, чему пришло время». Европейский рационализм заложил основы существующей в современной западной социологии тенденции рассматривать старых людей в качестве субкультуры и даже «контркультуры», якобы угрожающей обществу и миру бизнеса непрерывным ростом просьб о материальной помощи. На страницах печати нередко утверждается, что старики объедают общество.

Из негативных оценок старости следует гетерофобный вывод о том, что не стоит продлевать старость, тягостную как для индивида, так и для общества. Вызванный прогрессом общества рост численности старых людей в современном мире придает актуальность борьбе с геронтофобией, без чего становится невозможным подлинный моральный прогресс. Оценивая геронтофобию как свидетельство низкого уровня культуры, польский демограф Э. Рос-сет пишет: «Современный геронтофоб — это сохранившийся образец мышления и морали эпохи палеолита» [Россет Э., 1981, с. 362]. Поэтому борьба против геронтофобии, так же как и против войны, по его мнению, призвана освободить людей от вражды между народами и между поколениями. В свою очередь, оба эти явления наблюдаются преимущественно в переломные периоды человеческой истории, когда происходит процесс ломки традиционных идеалов и культурных ценностей. Это обстоятельство весьма характерно для современной эпохи, полной и великих надежд, и эсхатологических предчувствий, и крахов прежних идеалов, и надежд на лучшее будущее. Последнее, несомненно, касается стариков, у которых просто не осталось времени, чтобы что-то поправить, которые не могут и не хотят изменять «идеалам юности и всей жизни».

В нашей стране в течение последних 70 лет отношение к этим проблемам было неоднозначным. Постепенно происходило размывание идеалов уважения к старости и мудрости, все более утверждался подход к человеку как «винтику» социального организма, который нужен только в рабочем состоянии. В сочетании с Действием остаточного принципа по отношению к социальной сфере жизни общества это привело к формированию значительного слоя пожилых людей, живущих за чертой бедности. Галопи-

рующая инфляция, растущая безработица, межнациональные конфликты усугубили проблему. Определенное влияние на отношение к старикам и старости в нашей стране оказало явление геронтокрации, власти стариков. Консерватизм политического руководства исключал уход в отставку и предусматривал, по сути дела, пожизненное занятие соответствующего поста. Застойные явления в партийном и советском аппаратах стали тормозом естественного процесса смены поколений, что переносилось массовым сознанием на свойства самой старости.

Вместе с тем уже в 70-е годы XX в. выявилась настоятельная необходимость расширения фронта научных работ по проблемам старости и старения. Были намечены социальные и научные программы — «Продление жизни», «Здоровье», «Оптимизация биосферы», которые, по сути дела, до сих пор не получили развития.

Понимание возможных способов социального регулирования процесса старения в его индивидуальном и групповом проявлениях, все более полное удовлетворение социальных и естественных потребностей старых людей возможны только с помощью содержательного анализа тех проблем социологии и психологии старения, которые имеют первостепенное значение для системного видения закономерностей завершающего этапа человеческой жизни. Это, прежде всего, анализ общечеловеческих детерминант демографического и психологического старения, выявление ценностно-гуманистического смысла проблемы долголетия, изучение социально-психологического статуса пожилых, возможности их участия в основных сферах жизни общества после выхода на пенсию, специфики их психологии, мотивов поведения, образа жизни, анализ ситуации, сложившейся к настоящему времени в науке о старении, в значительной мере определяющей направление дальнейших поисков и выбора предпочтительных путей достижения активного долголетия все большим числом людей.

Е. В. Якимова

ПОСЛЕДНИЙ ЭТАП: ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗРЕЛОСТИ И СТАРОСТИ: РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР'

Статья профессора истории, редактора журнала «Journal of family history» Тамары Харевен (Кларк университет США) содержит очерк культурно-исторической трансформации процесса старения и вос-

¹ *Якимова Е. В. Харевен Т. К. Последний этап: Исторические аспекты зрелости и старости // Социальная геронтология: Современные исследования. -- М.: ИНИ-ОН РАН, 1994. — С. 104— 111. (The last stage: Hist, adulthood a. old age // Adulthood. Erikson E.H. — N.Y., 1978. - P. 201-216.)*

приятия старости в американском обществе на протяжении XIX — начала XX в. Анализ исторического материала, использованного в статье, базируется на следующих теоретических посылах автора: а) фазы жизненного цикла, их хронологические границы и социо-возрастное содержание обладают исторической и культурной спецификой и носят подвижный характер; б) исторически обусловлен и сам процесс социального «вычленения» этапов жизненного пути, а также осознание связанных с ним проблем как имеющих значение для общества в целом (в частности, понятия отрочества, юности и старости являются относительно новыми категориями исторического сознания человечества); в) наступление старости как заключительной жизненной фазы, которая имеет социальные, культурные и биологические параметры, может быть лучше всего понято в контексте предшествующих ей (и подготавливающих ее) стадий жизненного пути. Таким образом, «грандиозная задача изучения синхронизации индивидуального развития и социальных изменений требует подхода, который учитывал бы весь жизненный путь и сменяющие друг друга исторические условия, не довольствуясь анализом специфической возрастной группы». <...>

В современной американской культуре старость ассоциируется с завершающим этапом зрелости (или взрослости), который имеет (по крайней мере для работающих) фиксированную нижнюю возрастную границу (65 лет) и институциональное оформление в виде пенсионного законодательства. В популярной геронтологической литературе проблемы пожилых в современном обществе обычно рассматривают как следствие индустриализации и урбанизации. В качестве важнейших причин здесь фигурируют такие факторы, как демографические сдвиги, изменение характера труда в индустриальном обществе по сравнению с аграрным, общее обесценивание старости в связи с индустриальным «культулом молодости». По мнению Харевен, все эти объяснения являются достаточно прямолинейными и упрощенными; «проблемы старости и старения в американском обществе станут более понятными, если их изучать в контексте фундаментальных исторических «разрывов» целостного жизненного цикла» [с. 204]. Эти «разрывы» связаны с историческими сдвигами в трех взаимосвязанных областях индивидуальной жизнедеятельности: локализации в историческом времени, эффективности в сфере труда, социальных ориентациях и функциях семьи.

Особенности исторической локализации процесса старения и его переживания детерминированы, с одной стороны, текущими социальными условиями бытия возрастной когорты, с другой, — всей совокупностью ее прошлого жизненного опыта. Поэтому «наступление старости» — это событие, различное для различных возрастных когорт, вобравших в себя специфику своего социального времени.

В доиндустриальном обществе существовала лишь минимальная дифференциация этапов жизненного пути (в демографическом, социальном и культурном отношениях). Детство и отрочество не выделялись в качестве самостоятельных психосоциальных ступеней, ребенка воспринимали как взрослого в миниатюре. Ровесники современных тинэйджеров оказывались на пороге взрослой жизни, не успев воспользоваться преимуществами «моратория», который в наши дни ассоциируется с фазой юности. Две важнейшие функции взрослой личности — труд и рождение детей — носили пожизненный характер, поэтому семье XVIII в. не грозила ситуация «пустого гнезда», а ее глава не опасался насильственной «социальной отставки» в преклонном возрасте. Самодостаточность и независимость пожилых были связаны с пожизненным контролем над семейной собственностью, что, с одной стороны, отодвигало момент экономической самостоятельности детей, а с другой — гарантировало родителям достойную старость. Концентрация экономической деятельности внутри семьи позволяла престарелым осуществлять те или иные полезные функции до глубокой старости, повышала их авторитет и социальный престиж. Таким образом, пожилые сохраняли свои экономические и внутрисемейные позиции вплоть до смертного часа. Если же в результате разорения или болезни пожилой человек терял свою независимость, заботу о нем брали на себя дети, родственники, соседи или посторонние люди (а не социальные институты).

Индивидуальный жизненный цикл в доиндустриальном обществе был не только короче современного в хронологическом отношении, он обладал менее жесткой структурой, носил более «сжатый» и гомогенный характер. Явления, которые современный человек осознает как событийные, т. е. знаменующие переход от детства к юности, зрелости и старости, не обладали таким смыслом для его ровесника начала прошлого столетия. Окончание школы, поступление на работу, обретение экономической независимости, вступление в брак, рождение и воспитание детей, профессиональное совершенствование, «социальная отставка» и тихая старость в опустевшем доме — все эти процессы не имели прежде той неумолимой последовательности, с которой нынешний человек связывает смену жизненных стадий. <...>

Отсутствие в XVIII — начале XIX в. фиксированных, «драматических» признаков членения жизненного цикла на самостоятельные фазы (в том числе и наступления «взрослости») способствовало тесным контактам между возрастными группами, порождало ощущение взаимной зависимости у людей, находящихся на разных этапах жизненного пути. Под влиянием индустриализации и демографических сдвигов на протяжении XIX в. постепенно нарастала социальная дифференциация возрастных групп, усиливалась возрастная специализация экономических функций. Законо-

дательные регламентации применения труда детей и введение обязательного обучения до 14 лет в середине XIX в. обозначили окончательное отделение молодежи от остальной части американского общества. К концу XIX столетия вытеснение пожилых с рынка труда привело к падению связей с поколением детей. <...>

Высокие темпы индустриального развития американского общества во второй половине прошлого столетия привели к специализации трудовой деятельности и утверждению на рубеже XIX—XX вв. жестких возрастных стандартов профессиональной пригодности. Что же касается институционализации социального обеспечения по старости, то это событие стало повсеместным не ранее первой трети XX в. Распространение пенсионной системы было едва ли не самым радикальным сдвигом в восприятии самого процесса наступления старости и ее переживания по сравнению с опытом предшествовавшего столетия. Институционализация пенсионных стандартов связывала вынужденное прекращение работы только с достижением фиксированного возрастного рубежа; в этом отношении она была «универсально-автономна», т.е. в принципе не связывала «отставку» с характером трудовой деятельности ее субъектов. В XIX в. все обстояло как раз наоборот. Критерием трудовой непригодности в связи со старостью выступал не хронологический возраст как таковой, а возраст в его профессиональном и социально-классовом измерениях: рабочие, занятые тяжелым физическим трудом, теряли свои «полезные» функции к 40—45 годам; в сельском хозяйстве труд людей старше 60 лет все еще считался продуктивным.

Вплоть до повсеместного распространения системы социального обеспечения по старости трудовая карьера рассматривалась как пожизненная, хотя и перемежалась длительными периодами безработицы. При этом, в отличие от доминирующей в наши дни «однолинейно восходящей» модели трудовой деятельности, в прошлом веке преобладал более извилистый путь профессиональных падений и взлетов. Рабочий 45—50 лет, уволенный с фабрики, независимо от своей квалификации был вынужден вновь, как в юности, заниматься простейшими видами труда или искать случайные заработки. Обследование социально-экономического положения бывших рабочих старше 65 лет, проведенное в штате Массачусетс в 1909 г., показало, что около четверти из них не имеют других средств к существованию, кроме благотворительных пожертвований. Схожие результаты были получены при изучении условий жизни молодых семей, обремененных малолетними детьми.

Социальная незащищенность, угроза безработицы и нищеты были постоянными спутниками всех стадий индивидуального жизненного цикла представителей низшего и среднего классов американского общества в [XIX] столетии. Это обстоятельство делало

неизбежной коллективную стратегию семейной экономики, базирующуюся на «взаимности поколений». Трудовая карьера и организационная структура семьи были тесно связаны между собой. Обмен функциями между поколениями в рамках семьи составлял важнейшие условия выживания престарелых в обществе, где отсутствовали иные формы гарантированной социальной поддержки в старости. Семейная организация и тесные родственные связи, подкрепленные соответствующими ценностными установками, позволяли пожилым участвовать в семейном разделении труда вплоть до глубокой старости и обеспечивали им должный авторитет и личностную автономию. Так обстояло дело даже в том случае, если престарелые родители не делили свой кров со взрослыми детьми (что случалось гораздо чаще, чем принято считать благодаря ложному стереотипу «мультипоколенной семьи» доиндустриального общества). В 1850 г. один из десяти американцев старше 65 лет оставался «хозяином дома», спустя 30 лет — уже один из восьми, а в конце 60-х годов XX в. — один из четырех.

Особенностью внутрисемейной организации и идеологии в [XIX] столетии была их «инструментальная» основа. Связующим звеном в отношениях между поколениями и родственниками служили в первую очередь практические нужды взаимной материальной поддержки. Распад этой практической основы в середине XIX в., а также наметившиеся сначала в средних, а затем и в остальных слоях американского общества сдвиги в понимании назначения и функций семьи как раз и привели к тем печальным последствиям в положении престарелых, которые обычно связывают с преобладанием нуклеарной семьи и миграционным «разрывом» поколений вследствие урбанизации. Инструментальный характер внутрисемейных отношений, предполагавший экономическую поддержку в старости, сменился аффективно-эмоциональными узами (которые такой поддержки не гарантируют). С другой стороны, нуклеарная семья стала фигурировать в качестве важнейшего источника социализации, воспитание подрастающего поколения отодвинуло на второй план заботу о стариках. Начиная с 30-х годов XIX в. средний класс становится основным потребителем увеличивающегося потока литературы для родителей, воспитательный опыт пожилых теряет свое прежнее значение.

В такой атмосфере естественным стало распространение во второй половине прошлого столетия приютов, богаделен и лечебниц для стариков. Причем первоначально подобные социальные институты собирали вместе всех «обездоленных», т.е. тех, кто утрачивал статус независимой личности и не имел средств к существованию. Критерием социальной помощи (и изоляции) являлся не возраст, а уровень бедности: престарелые, таким образом, рассматривались как одна из категорий «зависимых» наряду с нищими, бродягами и душевнобольными. Лишь к концу XIX в. появи-

лись первые приюты, где делалось различие между престарелыми как «достойными зависимыми» и пауперами. На рубеже веков начали создаваться социальные институты для престарелых, принадлежащих к среднему и высшему классам; тем не менее обитатели престижных домов для престарелых еще долгое время ощущали на себе клеймо социально-психологической неполноценности.

В современной Америке система социального обеспечения престарелых оставляет желать лучшего, считает Харевен. Разрушив структуры социальной защиты пожилых, американское общество не создало равноценных им государственных механизмов. В отличие, например, от Великобритании, где индивид может выбирать между домом престарелых и тихой старостью в семье, американская система социального обеспечения никак не поддерживает семейные формы заботы о пожилых, ориентируясь исключительно на помощь отдельному индивиду. Издержки организации социальной помощи старикам обусловлены не столько индустриальным «культулом молодых», сколько более общим процессом углубления взаимной изоляции поколений, который Э.Эриксон связывал с отсутствием в западной цивилизации концепции жизненной целостности. Превратности пожилого населения современной Америки лишь частично могут быть отнесены к уникальному опыту старости; в большинстве своем они воспроизводят в более острой форме жизненные проблемы прочих возрастных групп, находящихся на более ранних этапах жизненного пути.

С. Ольман

ПРИЗРЕНИЕ СТАРОСТИ В ДОРЕВОЛЮЦИОННОЙ РОССИИ¹

В бывшем Английском клубе, ныне Музее революции на Тверской, среди прочих экспонатов не столь далекого прошлого можно видеть застиранный халат с бирочкой владельца на воротах из дома-интерната для престарелых, такой же унылый и пугающий, как сама система призрения стариков в Советском Союзе.

В отличие от единообразной системы госсоцобеспечения, забота о дряхлых и нетрудоспособных в дореволюционной России имела разнообразные формы и направления.

Сложная и разветвленная система призрения, сочетавшая и государственную, и частную, и общественную благотворительность, в основе каждой из которых лежала христианская любовь к

¹ *Ольман С.* Призрение старости в дореволюционной России // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 3. — С. 77 — 81.

ближнему, формировалась в течение десяти веков, беря начало от Устава святого князя Владимира (996 год).

В законодательных актах Киевской Руси при перечислении предметов, подлежащих церковному ведению, говорилось о «слепце, хромце, калеке, вдовице». Первые богадельни, больницы и скудельницы (т. е. места общего захоронения людей «без роду и племени») находились на попечении пастырей церкви и монахов. Сирые и убогие могли рассчитывать на жалость и заботу христиан и кормились вокруг храмов и монастырей. Так появились монастырские, церковные, кладбищенские нищие.

Вплоть до середины XVII в. собственно «государственного» призрения не существовало, но князья древнерусские, кто по доброте души, кто исполняя христианские заповеди, старались облегчить жизнь своих людей. Так, святой Владимир, примеру которого следовали многие удельные князья, приказал на телегах развозить по улицам Киева хлеб, мясо, овощи, мед да квас для раздачи немощным и больным.

При Иване Грозном впервые в русской истории осознается необходимость государственного призрения некоторых категорий населения, в том числе и стариков. В 1551 г. на Стоглавом церковном соборе, созванном в Москве, рекомендуется описать по городам всех прокаженных и престарелых и устроить богадельни мужские и женские; содержать эти богадельни за счет частных пожертвований. Но далее рекомендаций дело не пошло.

В царствование Алексея Михайловича на арене благотворения появляется, наконец, человек, причем человек «государственный» (дворецкий и воспитатель царевича Алексея), способный действовать. Его стараниями и на его средства была устроена в Москве первая городская больница-богадельня, куда специальные люди собирали по улицам валяющихся пьяных и больных, где содержали их до вытрезвления и излечения, а престарелых и неизлечимо больных оставляли на содержание.

Больница Федора Ртищева вмещала 15 больных, а богадельня была рассчитана на 30 стариков. Можно считать, что это было первое получастное-полугосударственное заведение, поскольку лекарства выделялись бесплатно из царской аптеки, а деньги на содержание убогих (кроме самого Ртищева) давала царица Марья Ильинична.

Скорее всего, благотворительный подвиг Ртищева повлиял на законодательство. Сын Алексея Михайловича, царь Федор в 1682 г. издал Указ об устройстве в Москве двух богаделен для престарелых и увечных, «чтобы впредь по улицам бродяг не было». В этом документе впервые была сформулирована идея «разбора нищих»: действительно немощные определялись на казенное содержание, а ленивые попрошайки — на принудительные работы. (Идея эта реализовалась спустя 200 лет: в 1883 г. при Министерстве внутрен-

них дел учредили Комитет для разбора и призрения нищих.) По некоторым данным, к концу XVII в. в Москве за счет царской казны содержалось восемь домов призрения на 410 человек. Преобразовательная деятельность Петра I коснулась и нашей темы, определив обязательные нормы призрения и помощи и требуя их исполнения. Новой системы призрения, как и новых органов, Петр Великий не создал, но выдвинул великие задачи, которые оказались по плечу только Екатерине Великой.

Екатерина II Указом 1775 г. определила специальные органы — Приказы общественного призрения — для насаждения в каждой губернии богоугодных заведений и надзирания за их процветанием. Эти Приказы просуществовали около ста лет, а в девяти губерниях сохранились до десятых годов нашего века. Лишь в 1864 г. Приказы общественного призрения были заменены земскими учреждениями, а в 1867 г. города получили право самостоятельно принимать меры в области призрения.

Императорский Екатерининский Богадельный дом

Этим же Указом в Москве учреждалась «особая» больница-богадельня — Императорский Екатерининский Богадельный дом, ставшая образцом для подражания при устройстве богаделен по всем губерниям Российской Империи. Именно поэтому следует подробнее рассказать о ней. Первоначально учреждение включало Больницу, Богадельню для престарелых и Работный дом, равный исправительной тюрьме XIX в., и было рассчитано на 100 человек.

До 1782 г. благотворительные учреждения Москвы (в том числе и три составляющих Богадельного дома) находились в разных частях города. Приказ общественного призрения задумал приобрести землю и собрать их в одном месте.

К этому времени в столице насчитывалось 82 богадельни при церквях и 41 в 12 полицейских частях. Располагались они частично в домах учредителей, частично в домах, купленных прихожанами некоторых московских приходов. Например, купец Андрей Скорняков выстроил сразу три богадельни в районе нынешней Тверской улицы, а богадельня при действующем сегодня храме «Всех скорбящих» на Ордынке была открыта полковницей Феклой Любимовой.

В 1785 г. Приказу было даровано здание упраздненной парусной фабрики близ села Преображенское при Яузе. Сюда перевели мужскую и женскую богадельни, Работный дом и Инвалидный дом. Затем здесь же открыли Сиротский дом, Дом умалишенных, Дом Для неизлечимо больных и Смирительный дом. «Матросскими богадельнями» прозвали в народе это место.

Так возник огромный благотворительный комплекс, в котором призревались одновременно на протяжении десятилетий при-

мерно 1000 человек. Только дважды цифра эта резко изменилась. Во время войны 1812 г., когда французская армия заняла Москву, большинство призреваемых было эвакуировано. К счастью, французы не тронули горстку безумцев, оставшихся на территории богадельни, но нанесли значительный материальный ущерб, украв белья, обуви и посуды на сумму около 4000 рублей. Зато после отступления врага число обитателей Матросских богаделен возросло вдвое и превысило 2000 человек. Здесь в 1813 г. было открыто отделение для разоренных москвичей, нашедших в богадельне кров и пищу.

Отделение это было закрыто лишь в 1818 г., когда большая часть «поселенцев» нашла своих родных и близких, приискала занятие и окончательно поправилась. Те, которые не смогли обрести физическое или душевное здоровье, остались на казенном попечении.

По статистике 1836 г., в Богадельне содержалось: дворян — 100 мужчин и 100 женщин; разночинцев — 200 мужчин и 300 женщин; неизлечимо больных — 120 мужчин и 180 женщин. Штат сотрудников составлял примерно 100 человек, из которых половина были «услужники» или «услужницы», т.е. те, кто непосредственно помогал призреваемым.

Капитал богадельни

В 1861 году Министерство внутренних дел, в ведение которого перешла Богадельня, содержало за свой счет лишь 171 кровать из 1000. Остальные содержались за счет частных лиц и капиталов с пожертвований.

Благотворители были не только «из благородных»: так, две кровати содержались на средства солдаток Андреевой и Чибириной.

Часть капиталов жертвовалась на какое-то конкретное дело: например, купец Хлудов дал 2000 рублей на устройство читальни, крестьянин Борисов — 1000 рублей на строительство барака для занятий призреваемых мотанием бумаги и другой работой (желающие могли выполнять несложные заказы с окрестных фабрик за соответствующее вознаграждение).

О приеме лиц

С 1775 г. в богадельню принимались нищие и престарелые.

В 1786 г. ряды призреваемых пополнили престарелые сподвижники Петра I, жившие при упраздненной парусной фабрике.

Екатерина Великая, неоднократно посещавшая свое детище, повелела сделать портреты заслуженных состарившихся героев, подчеркивая, что потрудившийся на Родину в молодости вправе рассчитывать на признание в старости.

До 1836 г. (момент включения Инвалидного дома в общий штат Богадельни) отставные военные пользовались особыми льготами и располагались с особым комфортом.

У них был собственный повар, стол их состоял из четырех и более блюд. Они пользовались белоснежными скатертями, фаянсовой посудой и серебряными ложками. На каждых двух инвалидов полагалась одна прислуга.

С 1796 г. московское купечество содержало 15 кроватей для своих протеже.

На протяжении всего времени в Богадельню доставлялись пойманные полицией «буйные и невоздержанные старики», невзирая на их положение и сословную принадлежность.

Условия содержания

Судя по продолжительности жизни (сын губернского секретаря Парамонов провел здесь 52 г., а самыми старыми были две солдатки, одной из которых исполнилось 91 год, а другой — 100), условия содержания были вполне удовлетворительными.

Посещение Богадельни Павлом I, Александром I и Николаем I в разные годы ее существования и то благоприятное впечатление, которое производило на гостей устройство и чистота, вкус выпекаемого здесь хлеба и кушаний, подтверждают наш вывод. <...>

М. Д. Александрова

ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ СТАРЕНИЯ¹

О постановке и развитии исследований

Термин «социальная геронтология» вошел в обиход советской науки значительно позднее, чем началась разработка социальных аспектов старения. По существу говоря, уже в работах И.И. Мечникова и А.А. Богомольца в связи с проблемой продления жизни человека ставились не только биологические и медицинские, но и сугубо социальные вопросы. А. А. Богомолец [1938] писал, например, о том, как люди должны вести себя по отношению друг к другу, чтобы дольше сохранить полноценную жизнь. Однако только в конце сороковых годов [прошлого] столетия социальные проблемы старения стали рассматриваться советскими учеными-геронтологами как самостоятельные. Инициатива выделения из об-

¹ Александрова М.Д. Социальная и психологическая геронтология. —Л., 1974. — С. 39-41.

ласти геронтологии социального аспекта принадлежит в нашей стране не социологам, как за рубежом, а *гигиенистам* и *гериатрам*. Среди гигиенистов в указанном направлении одним из первых начал вести работу З. Г. Френкель¹. Его книга «Удлинение жизни и деятельная старость» [1949] приобрела большую популярность и способствовала развитию специального направления в геронтологии.

Основная мысль З. Г. Френкеля, которую он развивал и в других работах, состоит в том, чтобы привлекать к производительному труду старых людей, не страдающих болезнями, препятствующими трудовой деятельности, с учетом физиологических возможностей стареющего организма и принимая во внимание то обстоятельство, что одним из самых главных условий поддержания ритма во всей жизни человека является его общее состояние, которое во многом *определяется сознанием и направленностью твердой воли человека*. Это, по мнению З.Г.Френкеля, достигается участием в коллективном общественно полезном труде. Он возглавил исследования, проводившиеся в ЛИЭТИНе² гериатрами М.И.Хвиливиц-кой и ее сотрудниками [1960], Н. С. Косинской [1964], П.А.Мак-кавейским, З.З. Шнитниковой [1964] и многими другими.

В пятидесятых годах [XX века] появились исследования московских гигиенистов и гериатров, среди которых наиболее известны работы В. С.Лукиянова (1954) и других. Начались исследования и в национальных республиках.

Существенным является то, что Московское общество испытателей природы выделило специальную геронтологическую секцию, а в сборниках, выпущенных этой секцией под названием «Проблема старения и долголетия» [1962, 1966], появился специальный раздел, посвященный социальным и социально-гигиеническим вопросам геронтологии. А. Н. Рубакин, выступая на заседании секции с докладом, назвал проблему долгожительства государственной проблемой. В Киевском институте геронтологии ведутся широким фронтом исследования по социальным проблемам старения. Коллектив института выпустил в свет сборник «Основы геронтологии» [1969]. Этот фундаментальный труд, кроме разделов по общей и медицинской геронтологии, содержит большой раздел, целиком посвященный социально-гигиеническим факторам в профилактике преждевременного старения. Названный раздел включает в себя

¹ З.Г.Френкель, действительный член АМН СССР, заслуженный деятель науки, демограф, гигиенист и геронтолог, которому в 1969 г. исполнилось 100 лет (умер в 1970 г.). Научная общественность Ленинграда широко отметила славный юбилей. Сам юбиляр выступил с содержательной речью, касающейся основных перспектив науки, которым он посвятил 80 лет своей жизни. (Подробно о З. Г. Френкеле и его концепции см. в следующей статье настоящего издания. — О.К., А.Л.)

² Ленинградский институт экспертизы и трудоустройства инвалидов.

ряд работ, направленных на постановку и решение социальных проблем старения. Н.Н.Сачук [1969], непосредственно продолжая линию, намеченную З. Г. Френкелем, дает на основе анализа результатов переписи населения за 1959 г. демографическую и социальную характеристику старших возрастов нашей страны и указывает на причины, вызвавшие явление старения населения. Демонстрируя статистику долголетия в СССР, Н.Н.Сачук характеризует мероприятия по социальному и медицинскому обеспечению старших групп населения, направленные на поддержание их трудового ритма.

Н. Н. Сачук и Е. И. Стеженская в совместном докладе на IX Международном конгрессе геронтологов [1972] продемонстрировали факты демографических сдвигов советского общества (на материалах переписи населения 1970 г.) и трудовой активности старших групп населения. Н. Н. Сачук активно вводит в отечественную научную терминологию понятие «социальная геронтология». Центральной проблемой этой науки у нас является долголетие и труд. Разработка социальных проблем геронтологии является, как мы уже говорили, заслугой гигиенистов и гериатров. Размежевание между социальной геронтологией и герогигией, которую в Киевском институте геронтологии представляет Е. И. Стеженская, пока довольно условно. «Профилактика преждевременного старения и обеспечение активного долголетия — это две формулировки одной и той же задачи геронтологии, которая разрабатывается недавно возникшей ветвью этой науки — герогигией» (*Витте Н. #., Стеженская Е.И., 1969, с. 513*). Поскольку активное долголетие определяется возможностью и потребностью людей участвовать в общественно полезном труде, *занятость становится исходной проблемой герогигии.*

И. И. Лихницкая, Р. Ш. Бахтияров

АКАДЕМИК З.Г.ФРЕНКЕЛЬ И СТАНОВЛЕНИЕ ГЕРОНТОЛОГИИ В РОССИИ¹

Геронтология как наука возникла во второй половине XX века и к его концу сформировалась в систему теоретических и прикладных знаний, касающихся сущности и значения последнего этапа жизненного цикла любого из организмов, населяющих земной шар. Этот этап характеризуется прогрессирующим снижением (вплоть до критического) уровня его жизнедеятельности, ста-

¹ *Лихницкая И.И., Бахтияров Р.Ш. Академик З.Г.Френкель и становление геронтологии в России // Успехи геронтологии. — 1997. — № 1. — С. 16— 19.*

новящейся не совместимой с возможностью приспособления организма (как целого) к требованиям среды его обитания. Последняя предполагает согласно И.П.Павлову [*Павлов И.П.*, 1951], наряду с «общепринятой», взаимодействие организма со «специально социальной» средой его обитания, что, применительно к человеку, сделало возможным само изучение всех особенностей течения этого важнейшего общебиологического процесса.

В декабре 1999 г. [исполнилось] 130 лет со дня рождения З.Г.Френкеля, одного из виднейших ученых, внесшего в становление геронтологии значительный вклад.

Захар Григорьевич Френкель — видный общественный деятель России, член ЦК Конституционно-демократической партии, депутат Первой (1906) Государственной Думы (от крестьян Костромской губернии), гласный Центральной городской думы Петрограда (1917), академик АМН СССР (1945), гигиенист и демограф своей долгой (1869—1970), очень содержательной, интересной жизнью на протяжении 75 лет был связан с городом на Неве. Трижды (Вологда, Кострома, Ярославль) он подвергался административным высылкам, не прерывая своей профессиональной, врачебной деятельности. Молодой врач З.Г.Френкель был одним из последних, наиболее ярких представителей земской медицины России: активнейший участник Международной гигиенической выставки (Дрезден, 1911), Всероссийской гигиенической выставки (Петербург, 1913), главный редактор журнала «Земское дело» (1912—1914), один из авторов серьезнейшего исследования-доклада «Реорганизация врачебно-санитарного дела в Петрограде» (1916). Его гражданским позициям и профессиональным интересам оказались небезразличны судьбы людей, связанных с ним по работе во время и после событий 1917 г. [*Френкель З. Г.*, 1927, 1934]. <...>

Земский врач, выпускник Дерптского университета (1896) З.Г.Френкель — наследник и продолжатель разработки идей геронтологии двух крупнейших русских ученых начала двадцатого столетия: создателя Периодической системы элементов Дмитрия Ивановича Менделеева (1834—1907) и основоположника одной из первых теоретических концепций, касающихся проблемы старения, долголетия и смерти, Ильи Ильича Мечникова (1845 — 1916). Труды этих двух ученых дали толчок к созданию фундаментального теоретического произведения З. Г. Френкеля «Удлинение жизни и деятельная старость» [1945, 1949], позволившего сформулировать не только теоретические основы, но и прикладные аспекты геронтологии применительно к человеку как биосоциальному объекту изучения закономерностей, определяющих его положение в человеческом обществе.

В 1905 г. Д. И. Менделеев впервые опубликовал свои важнейшие для развития геронтологии как науки «Заветные мысли» [*Менделеев Д. И.*, 1995], где одной из них назвал мысль о том, что на его

взгляд «еще никто не принимался за вопрос о нормальном законе распределения числа жителей [Земли. — *И.Л., Р. Б.*] по возрастам».

Одновременно были опубликованы ставшие знаменитыми книги И.И.Мечникова «Этюды о природе человека» и «Этюды оптимизма» [1917, 1988], уже целиком посвященные индивидуальному старению, долголетию и смерти у человека и животных. В этих работах И. И. Мечников впервые заговорил о том, что «...старость, являющаяся скорее ненужной обузой для общества, [вскоре. — *Я. Л., Р. Б.*] делается... полезным обществу периодом. Старики смогут применять свою большую опытность к наиболее сложным и тонким задачам общественной жизни» [*Мечников И. И.*, 1988, с. 240]. Убеждения И. И. Мечникова основывались при этом на его стремлении рассматривать явления живой природы и проблемы, связанные с особенностями последнего этапа жизненного цикла, более всего у человека, со строго соблюдаемых эволюционных позиций, в высшей степени учитывающих социально-биологическую сущность человека.

Одной из наиболее значительных заслуг З.Г.Френкеля следует считать то, что в его основополагающем труде «Удлинение жизни и деятельная старость» переплелись две стороны проблемы, связанной со стареющими членами общества:

- особенности изменения популяции пожилых как носителей опыта предшествующих поколений и как компонента «специально социальной» среды обитания, определяющие характер их потребностей;
- особенности индивидуальных изменений организма человека на последнем этапе его онтогенетического развития, характеризующие отрицательной динамикой его функциональных возможностей.

З.Г.Френкель рассматривал эти проблемы, опираясь на важнейшее положение, едва намеченное в трудах его предшественников, [исходя] из понятия опыта как основы адаптации живых организмов к предъявляемым к ним требованиям, делающего возможным самосохранение их жизнедеятельности и участие в прогрессе общества, к которому они принадлежат.

Д.И.Менделеев говорил, «...что с увеличением процента бодрых стариков, человечество должно будет улучшаться потому, что такие старики, умудренные опытом жизни, благотворно будут влиять на молодежь, каким бы самомнением она не заразилась» [*Менделеев Д. И.*, 1995, с. 52].

И.И.Мечников также неоднократно возвращался к понятию опыта у пожилых, не углубляясь, однако, в анализ понятия «опыта» применительно к человеку как явлению природы.

З. Г. Френкель на первых же страницах своей книги о «деятельной старости» [1949] уделил понятию «опыт» исключительное внимание. Именно ему принадлежит наиболее современная дета-

лизация этого понятия. Он говорил не только «об опыте вообще», но и об опыте пожилых как профессиональном (и оговаривал при этом опыт представителей различных видов трудовой деятельности, подчеркивая динамику ее развития в зависимости от уровня образования) и социальном (разумая опыт взаимоотношений между различными работающими возрастными популяциями, трудоспособным и неработающим населением). Однако наиболее существенным в концепции З. Г. Френкеля являлось само положение о значении человеческого опыта, во всяком случае профессионального, как источника богатства общества в целом [Алексеева Л. П., Мерабишвили В.М., 1971; Бахтияров Р.Ш., 1996].

Таким образом, З. Г. Френкель в середине XX в. пришел к выводу, что профессиональный и социальный опыт, которым располагает старшее поколение, является одним из факторов (наряду с другими источниками общественного богатства), определяющим «экономическую состоятельность» общества, к которому они принадлежат. И он должен присутствовать в оценке истинного значения пожилых в его составе наравне с учетом необходимости расходов на социальную поддержку той части популяции пожилых, чьи функциональные возможности оказываются неспособными сбалансировать уровень требований, предъявляемых к ним трудом, если эти требования не соответствуют их возможностям.

Концепция, сформулированная З. Г. Френкелем и названная им «удлинение жизни и деятельная старость», сложилась на последнем отрезке его индивидуальной жизни. Сегодня она может быть оценена с позиций того факта, что к моменту ее создания численность лиц пожилого возраста в структуре общества была ничтожной. Сообразуясь с этим, автор мог лишь прогнозировать реальность многих положений, высказанных им в этот исторический период. Однако анализ исторического процесса на протяжении последних тридцати лет демонстрирует не только правомерность высказанных З.Г.Френкелем мыслей, но, главное, показывает, что эти мысли способны послужить основой социальной политики в отношении пожилых. О справедливости этого положения свидетельствует опыт современного общества, включающего в себя все большую долю представителей старших возрастных групп, когда различные возрастные группы населения... стремятся к равновеликости (что принято именовать «старением населения» со всеми вытекающими отсюда последствиями). <...>

С момента опубликования основополагающего труда З. Г. Френкеля «Удлинение жизни и деятельная старость» прошло уже столетие. Тем не менее основные черты его концепций, сформулированные ученым основные теоретические положения геронтологии как науки о популяции пожилых в составе человеческого общества не утратили своей актуальности. Одновременно (и этому в высшей степени способствовало реально происходящее старе-

ние населения земного шара) на основе теоретических положений З.Г.Френкеля стали возникать прикладные задачи, прежде всего в совершенствовании социальной политики государства по отношению к этой, становящейся все более многочисленной группе населения.

В настоящее время среди различных задач, стоящих перед обществом на современном этапе, наиболее актуальными представляются следующие:

- развитие специализированной медицинской помощи представителям старших возрастных групп населения;
- создание предпосылок для организации этим группам адекватных (их функциональным возможностям) условий и образа жизни;
- оптимизация социального статуса пожилых в составе общества.

Очевидность выполнения первой из этих задач не требует доказательств: остается неизменным представление о том, что приближение к последнему этапу жизни, видовая продолжительность которой у человека равняется 95 ± 2 года [Гаврилов Л. А., Гаврилова И. С, 1991], сопровождается несомненным снижением уровня возможностей всех его функциональных систем и вследствие этого высокой заболеваемостью. Заболевания, которыми страдают пожилые жители Земли, нередко являются отголосками тех болезней, которыми они страдали еще в более молодых возрастах. Порой они возникали впервые, причудливо сочетаясь с хронической патологией более ранних лет. Необходимостью изучения, профилактики, диагностики и лечения таких сложных ситуаций обусловлена дальнейшая дифференциация традиционной медицины на протяжении второй половины двадцатого столетия, выделение разделов, посвященных особенностям течения заболеваний у пожилых людей.

З. Г. Френкель в той же своей книге об удлинении жизни [1949] настаивал на том, чтобы такие разделы объединились и получили самостоятельный статус особой медицинской дисциплины, заслуживающей по аналогии с педиатрией наименование геронтопат-рии (гериатрии). Ученый считал целесообразной организацию соответствующих учреждений для оказания медицинской помощи пожилым. Реализация этого его пожелания сильно задержалась в нашей стране и только сейчас в нескольких крупных городах делается попытка ликвидировать это отставание... организации гериатрической помощи, [что] требует существенной коррекции в связи с недостаточной разработанностью вопросов физиологии человека, которая только в последние годы стала являться предметом пристального изучения. Только на основе данных о возрастных нормативах возможна точная оценка состояния вегетативных и соматических функций у больных старшего возраста. [Другим]

обстоятельством, как об этом тоже неоднократно упоминал З.Г.Френкель в своем, ставшем классическим, труде об удлинении жизни, является социально-биологическая природа самого человека, требующая нового подхода ко всем проблемам его патологии на завершающем этапе его жизненного цикла. При этом всякая патология в любом возрасте требует пристального внимания к этому аспекту «социальной поддержки» пожилых, но ни в какой области роль социального подхода не носит столь ответственного характера как у представителей этой популяции.

Организация предпосылок для ведения адекватного функциональным возможностям представителей старших возрастных групп населения образа жизни является не менее ответственной задачей общества: последний период онтогенеза связан с большой вероятностью потерь личных контактов между людьми и неразрывно связан с угрозой возникновения их одиночества. Все, что касается их образа жизни, его адекватности функциональным возможностям представителей старшего поколения, в настоящее время широко обсуждается специалистами, разрабатывающими все разделы и направления этой исключительно важной проблемы.

Для того, чтобы общество оказалось мобилизованным на решение обеих перечисленных проблем, несомненно, наибольшее значение имеет решение третьей проблемы, стоящей сегодня перед специалистами, посвятившими себя решению проблем геронтологии: проблемы оптимизации их социального статуса. Проблема эта имеет, как об этом нас предупреждал академик З. Г. Френкель, свои особенности. Именно от ее решения зависит в будущем «качество жизни» старших поколений в первую очередь нашей страны — поколений, преодолевших все тяжелые потрясения XX в. В результате понесенных жертв многие из представителей нашего пожилого населения оказались больными, немощными и одинокими. В то же время наш беспокойный век, отмеченный техническими завоеваниями, породил у более молодых поколений то самомнение, о котором говорил Д. И. Менделеев еще в начале века и которое, по его убеждению, должно быть преодолено и возвращено на традиционное для России уважение к опыту старших поколений, что в высшей степени отличало ранее нашу страну.

Учитывая все это в своей долгой и плодотворной жизни, З.Г.Френкель не ограничился написанием своей основополагающей книги об удлинении жизни. Неутомимый организатор и новатор академик З.Г.Френкель в 1957 г. создал в Ленинграде первое в России городское научное медицинское общество, объединившее для разработки проблем новой науки — геронтологии — немногочисленных тогда специалистов нашей страны. Мы сочли целесообразным в таблице привести периодизацию развития геронтологии в нашей стране. Первые три периода непосредственно связаны с профессиональной деятельностью З.Г.Френкеля.

Общая характеристика периодов развития геронтологии (на примере ее медико-социальных аспектов)

№ п/п	Период развития	Проводимые мероприятия (ожидаемый результат)
1	Период предпосылок (1880-1927)	Получение и обработка статистических данных о состоянии здоровья, об уровне заболеваемости населения с учетом возраста. Накопление знаний и опыта в области диагностики, лечения и профилактики возрастной патологии
2	Период возникновения (1927-1957)	Обоснование необходимости изучения процессов старения населения и создания соответствующих условий в жизни общества
3	Период формирования (1957-1977)	Принятие управленческого решения о создании сети региональных научных обществ геронтологии и гериатрии; НИИ геронтологии АМН СССР; научных Советов АМН СССР и АН СССР; сети гериатрических организационно-методических кабинетов (цели, задачи, структура, порядок взаимодействия, объем оказания помощи, способы контроля)
4	Период развития и совершенствования (1977-1991)	Принятие решения о создании медико-социальной службы для пожилых . Создание в Ленинграде, Днепропетровске и др. регионах центров, кабинетов. Открытие кафедры гериатрии в Ленинградском ГИДУВе (МАПО Минздрава). Проведение III, IV и V Всесоюзных съездов; научные публикации; выпуск первого всесоюзного (впоследствии украинского) журнала «Проблемы старения и долголетия»

5	Переходный период (1991+)	Дезинтеграция всесоюзных структур. Обобщение отечественного, российского опыта. Проведение всероссийской учредительной конференции геронтологов и гериатров. Создание Геронтологического общества РАН, ассоциации «Геронтология и гериатрия». Первые шаги преддипломной подготовки специалистов
---	---------------------------	---

Все сказанное не дает, однако, оснований для утверждения, что предпринятое З. Г. Френкелем и продолженное его последователями и учениками дело оптимизации социального статуса пожилых в России разрешило все стоящие перед обществом проблемы в этом направлении. Прежде всего речь идет о противоречии между накоплением историко-культурного, социального и профессионального опыта пожилого человека и возможностями его реализации на протяжении индивидуальной его жизни. Вопрос, поднятый З.Г.Френкелем с такой остротой и жесткостью, с какой он говорил об этом при жизни и оставил нам в своей книге, остается открытым для дальнейших поисков и свершений не только для геронтологов нашей страны, но и других стран, как бы ни были велики их достижения на поприще забот о людях, находящихся на завершающем этапе их жизненного цикла.

ФИЛОСОФИЯ СТАРОСТИ И СТАРЕНИЯ

Т. В. Карсаевская [СТАРОСТЬ: СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ]

Демографическая ситуация последних десятилетий характеризуется значительным увеличением доли пожилых людей в структуре населения экономически развитых стран. Если в прошлые века до пожилого возраста доживали немногие, то на данном этапе истории человечества большинство людей может дожить до старости.

Увеличение численности и тем самым удельного веса старых людей в возрастной структуре населения индустриально развитых стран получило название «демографического старения», или «старения населения». К демографически старым относятся те страны, в которых доля населения старше 60 лет превышает 12 % по шкале демографической старости отечественных демографов, а по шкале ООН, в которой за исходный пункт принимается численность лиц старше 65 лет, — 7 % и более.

Демографическое старение как глобальная тенденция развития современной цивилизации привлекает внимание к положению пожилых в современном мире. Эта демографическая ситуация обуславливает не только формирование новых потребностей и способностей пожилых людей, но и отказ от изживших себя представлений о старости только как об инволюции. Единство и противоречие социального и биологического на завершающем этапе жизни приводят к кризисам, но вместе с тем и к приобретениям людей пожилого возраста. Проблема ценности старости, идеала старости и идеалов пожилых становится существенным элементом психологического климата общества, создающего психологический комфорт или дискомфорт пожилых.

В обществе к старым людям относятся двояко: негативно и позитивно. Первое имеет место при сравнении старости с живой Могилой (М.Лютер), второе — при оценке старости как желанно-

¹ *Карсаевская Т. В.* Этапы жизненного цикла человека: зрелость, старость: Социально-философский аспект// Психология зрелости и старения. — 1997. — № 1. — С. 8—12. (Здесь и далее заголовки в квадратных скобках даны составителями хрестоматии.)

Краснова

го возраста, периода опыта и мудрости. Негативные установки по отношению к старым людям, возникшие на ранних этапах прогресса общества в условиях скудости существования и сохраняющиеся в известной мере в западном сознании, оказывают существенное влияние на мотивы поведения, самочувствие и даже состояние здоровья пожилых людей, считающих себя лишними в обществе. Этим вызвана необходимость критики гетерофобных установок. С общечеловеческой, гуманистической позиции большое значение приобретают признание общественной ценности старых людей как носителей традиций и культурного наследия наций, пропаганда современных научных знаний о психологической наполненности и красоте поздних лет жизни, о путях достижения «благополучного» старения.

Противоположные точки зрения на образ старого человека представляют собой социокультурный феномен, имеющий корни в реальных противоречиях общества. Геронтофобные установки по отношению к старости и старым людям нуждаются в критике, так как на уровне обыденного сознания их влияние еще нередко сохраняется. Повышение в общественном мнении «ценности» юности в западной культуре привело и к эволюции представлений о старости: как пишет Ф.Ариес, старик «исчез». Слово «старость» выпало из разговорного языка, ибо понятие «старик» стало резать слух, приобрело презрительный или покровительственный смысловой оттенок и сменилось подвижным «очень хорошо сохранившиеся дамы и господа» [Ариес Ф., 1977].

Обращение к интегральной концепции жизненного цикла человека позволяет осмыслить старость как противоречивый процесс, в котором наряду с инволюционными, деструктивными изменениями действуют «противостарческие» адаптационные механизмы. Именно с ними наука связывает стратегию продления жизни. Значительные резервы гармонизации этого процесса содержатся в духовной составляющей. Формирование позитивного образа старого человека средствами науки и искусства — существенная предпосылка укрепления милосердных отношений между людьми и стабилизации жизни общества в условиях кризиса. Важным условием выживания граждан в российском обществе становится преодоление деформаций в общественном сознании, связанных со статусом различных поколений, спецификой отношений между ними.

На данном этапе почти не разработана проблема ценностей разных возрастных групп общества и влияния этих ценностей на жизнедеятельность этих групп. Отсутствует интеркультурный идеал детства, старости и отношений между поколениями. Высокий статус пожилых в традиционных цивилизациях ведет к их большей социальной защищенности, чем в западной, ориентирует на более гармоничное взаимодействие всех поколений. Исследова-

ние отношений между поколениями, проведенное М.Коллером в рамках социальной геронтологии, обнаружило в качестве теоретически возможных семь способов взаимодействия между поколениями. Шесть из них характеризуются тем, что благополучие одного поколения зиждется на ущемлении интересов других. Вариант, предполагающий сотрудничество и взаимное уважение между ними, представляется Коллеру совершенно утопическим. Симптомом западной культуры стали такие типы противоречий между поколениями, как «возрастизм» (Б.Ньюгартен), контркультура пожилых, «серые пантеры». Западная модель отношений между поколениями содержит в себе значительный деструктивный компонент, в связи с чем она была подвергнута критике на Всемирной Ассамблее ООН по старению (Вена, 1982). Модель межпоколенных отношений в традиционных цивилизациях сохраняет высокий статус пожилых и находит адекватное место каждому поколению, в результате чего содержит в себе значительный запас устойчивости. Учет различных ценностных ориентации в европейской, евразийской и восточной ментальностях среди детей, молодежи и пожилых людей может служить некоторым стимулом к размышлениям о себе и о том, что такое человеческий возраст.

Н. Ф. Шахматов

СТАРЕНИЕ - ВРЕМЯ ЛИЧНОГО ПОЗНАНИЯ ВЕЧНЫХ ВОПРОСОВ И ИСТИННЫХ ЦЕННОСТЕЙ¹

Частота, с которой встречаются болезненные нарушения психики в старости, зачастую тяжелый их характер, трудность содержания таких больных в обществе, жалкий и неприглядный внешний облик психически больного старика привели к широкому распространению негативного психосоциального стереотипа старого человека. Этому способствует и то, что старение практически всегда сопровождается физической немощностью и болезненностью. По существу, старость болезненна всегда. Однако и при плохом здоровье, скромном материальном достатке, относительном одиночестве пожилой человек может находиться в согласии со своим возрастом, оказаться в состоянии выделить положительные стороны своего нового старческого бытия, испытывать высокие радости. Обычно при этом можно наблюдать пересмотр прошлых жизненных установок и взглядов, что сопровождается выработкой новой, созерцательной, спокойной и самодостаточной жизненной позиции, удовлетворенностью настоящим, самоудовлетворенностью.

¹ *Шахматов Н. Ф.* Старение — время личного познания вечных вопросов и истинных ценностей // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 2. — С. 14—20.

Соображения, которые высказаны в этой статье, опираются на многолетний опыт исследования пожилых лиц, в первую очередь — пожилых с различного рода психическими отклонениями, но также и людей со здоровой психикой. Исследовались пожилые, находящиеся на лечении в психиатрических больницах, домах-интернатах для престарелых общего типа, а также старики, проживающие в сельских районах и в условиях большого города. Из общего числа пожилых, не обнаруживающих признаков психических отклонений, можно выделить группу лиц, спокойно относящихся к тем изменениям, которые привнесло в их жизнь старение, положительно оценивающих свое старческое существование.

Прежде чем перейти к характеристике этой группы, остановимся на том главном, что определяет отношение к старению со стороны самого пожилого человека и его окружения.

Положение пожилого человека в обществе в основном определяется состоянием его здоровья, физической активностью. Приспособление к новому положению в старости, предполагаемые приемы адаптации и реабилитации, направленные на улучшение этого приспособления, связаны в первую очередь с физическими возможностями старика.

Соматическое неблагополучие, недомогание, болезненные ощущения составляют содержание старческого существования. Осознание факта начала возрастных изменений определяется ограничением физических возможностей, а уже затем ощущением недомогания, недужными и болезненными переживаниями. Особое внимание к своему физическому состоянию типично для первых этапов старения. Они обычно характеризуются неприятными и тревожащими переживаниями. Стремление увидеть в естественных признаках старения какие-то конкретные соматические заболевания, переоценка значения медикаментозных средств — типичные симптомы первых этапов старения. Старость отражается в сознании пожилого человека как преимущественный физический недуг, и очень скоро проблемы, тревожащие пожилого человека, начинают приводить к тому, что его физическое состояние ухудшается.

В дальнейшем, по мере старения, отношения к собственному физическому состоянию бывает разным. У пожилых, особенно в глубокой старости, можно наблюдать снижение уровня подобных переживаний, у них появляется терпимое или безразличное отношение к своим физическим недугам. Близка к этому и динамика отношения к собственной смерти. Исследуя пожилых старше 60 лет, не обнаруживающих признаков невротических и психических расстройств, мы отмечали у них отсутствие истинного интереса к вопросам, связанным с приближением смерти. Создавалось впечатление, что чем старше человек, тем менее актуален для него данный вопрос. На этих этапах отношение к продолжаю-

щим выявляться и утяжеляться физическим изменениям определяется утвердившейся к времени позднего возраста позицией, отражающей *приятие или неприятие старческого бытия*. Отношение к собственному старению — активный элемент психической жизни в позднем возрасте. По сути это тот принцип, по которому можно разграничить благоприятные и неблагоприятные формы психического старения. Хорошее здоровье, умеренный характер возрастных изменений, сохранение деятельного образа жизни, наличие семьи, материального достатка, так же как и прошлые заслуги, награды и звания, не являются залогом осознания старости как интересного, полноценного периода жизни. И при наличии всего перечисленного человек в старости может считать себя ущербным, обделенным, больным, убогим и несчастным. *Приятие собственного старения есть результат активной творческой работы по переосмыслению жизненных установок и позиций, переоценке жизненных ценностей.*

Представление о жизни в старости как жизни полноценной в значительной степени определяется установившимся к этому времени характером деятельности старого человека. В возрасте деятельной «молодой» (60 — 70 лет) старости человек приходит к мысли, что к той форме деятельности, которой он занимался до этого, существенного уже ничего добавиться не может. Привычным делом можно заниматься и дальше, доставляя удовольствие себе и другим, но, по выражению Моэма, «дом уже построен». Именно этот возраст и есть то время, когда утверждается мысль завершить жизненную программу каким-то обобщением, подведением итогов. Если повседневная деятельность в какой-то степени отвечает этой задаче, налицо и удовлетворение своей старческой жизнью. Положительная оценка предусматривает установление приемлемых рамок и объема повседневной новой деятельности, а удовлетворение жизнью связано с положительным отношением к собственному старению как времени, когда возможно, в силу внутренних потребностей, переосмыслить свою прошлую жизнь с учетом того, что нового в ней, по старым меркам, уже ничего не будет. Новое открывается именно за счет переосмысления, и это, несомненно, несет в себе положительный эмоциональный заряд.

В основе стремления к занятости в старости лежит врожденная человеческая потребность целенаправленной деятельности. Однако старость — это время, когда занятость выбирается не в силу внешних потребностей, определяемых коллективным образом жизни, а сугубо личными интересами и стремлениями, важным из которых оказывается стремление привести все в какой-то логически-смысловой порядок, найти ответ на вопросы, которые ранее отодвигались самим характером повседневности. Подобное стремление может принимать в старости различные формы. «В моих глазах приобретает ценность тот час, который сам же я наполнил

содержанием, который именно я сделал ценным» (Д. Ййешь). Стремлением к деятельности объясняется проявляющееся в старости повышенное чувство порядка, стремление к чистоте, пунктуальное выполнение установленных для себя правил. Выполнение нового режима, новых жизненных правил и установок определяет и характер занятости, укрепляет чувство самоудовлетворения — одной из самых важных сторон психической жизни в старости. Стремление к деятельности и сама деятельность — это то, что наполняет смыслом жизнь в старости.

Однако обратимся к ключевому положению Сомерсета Моэма — он пишет: «Спросите меня, в чем смысл или польза такого подведения итогов, и я должен буду ответить, что ни пользы, ни смысла в этом нет. Это то, что противопоставляется бессмысленности жизни, то, что делается для развлечения и чтобы *удовлетворить то, что ощущалось как органическая потребность*».

Органическая потребность решить вопрос о смысле своей жизни и формах собственной деятельности на стадии, когда она уже не приносит ничего нового в ощущениях, — естественная потребность пожилого человека. Он следует ей сознательно или бессознательно на основе личного опыта.

Обратимся к исследуемой нами группе с благоприятными формами психического старения. Следующая возрастная группа — люди 70 — 80 лет («вторая жизнь»). Это время, когда становятся значимыми такие недуги старости, как ослабление и ограничение двигательной активности, снижение зрения и слуха, затрудняющие привычные формы деятельности. Однако доля лиц с положительным отношением к старению и здесь по существу не меняется, несмотря на более значимый для этой группы фактор физической слабости, большую глубину физического упадка. Давая характеристику представителям этой группы, в первую очередь следует подчеркнуть их жизненную ориентацию только на настоящее. У этих пожилых людей не выявляется ретроспективной проекции на счастливое прошлое, нет планов деятельной жизни на будущее. Созерцательная, самодостаточная жизненная установка на настоящее — основное, что определяет весь строй их психической жизни. Окружающая жизнь, состояние собственного здоровья, физические немощи и недуги принимаются ими без желания что-либо изменить и от чего-то избавиться. Именно у этих лиц можно выявить стремление переосмыслить свой жизненный опыт, прошлую деятельность с позиции сегодняшнего дня и положения старого человека. В этом случае прошлые успехи в приобретении знаний, почетных должностей и званий теряют былую привлекательность и кажутся малозначащими. Крепость семейных и родственных отношений представляется иллюзорной, исчезает чувство устойчивости внутрисемейных связей.

Материальные ценности, приобретенные в течение жизни, лишаются прежнего смысла. Общая оценка своей прошлой деятельности и прошлой системы ценностей приближается к известному тезису Екклесиаста: «...и оглянулся я на все дела мои, которые сделали руки мои, и на труд, которым трудился я, делая их, и вот все суета и нет от них пользы под солнцем». Подобная коренная переоценка ценностей, определяющих смысл и цель прошлой жизни, находит практическое выражение в утверждающемся в старости спокойном, созерцательном и самодостаточном образе жизни. К этому времени обнаруживаются и новые интересы. Среди них первое место занимают обращение к природе, стремление довольствоваться малым. Укрепляются различного рода морально-нравственные ценности. Нередко это впервые появляющееся стремление оказаться полезным физически слабым и больным людям, брошенным животным. Довольно часто пожилые люди открывают для себя новые интересы, имеющие отношение к общим проблемам естествознания, философии, религии, искусства. Подобный феномен известен давно и объясняется по-разному. В данном случае сами пожилые люди отмечают, что именно старость дает им возможность творчески переосмыслить прошлый жизненный опыт.

Описанная здесь картина появляющегося в старости нового отношения к себе, окружающему в известной степени «идеальна». Зачастую выражены лишь отдельные ее стороны. Однако постоянной оказывается общая тенденция направления изменений в указанную сторону. Выявляющаяся в старости новая жизненная установка, отвергающая прошлые жизненные ценности, требует исключения предположения о психотической природе подобного явления. Однако разбор каждого из перечисленных выше положений даст возможность отказаться от предположения о психотической, и в частности аффективной, основе подобного состояния. Весь строй сегодняшних переживаний пожилых выгодно высвечивает настоящий период жизни. У них нет депрессивной проекции на прошлое, ретроспективного разматывания собственных переживаний с идеями самообвинения. Нет также попыток найти виновного в «неправильной» с сегодняшней позиции жизни в прошлом. Если при депрессии характер переживаний не выходит за пределы круга повторяющихся и застывших представлений, то [здесь] имеет место активная мыслительная работа, направленная в сторону решения вопросов «познания смысла собственного существования», «познания самого себя», т.е. тех вопросов, которые составляют содержание высших форм психической и нравственной жизни.

Появившийся впервые в старости созерцательный взгляд на самого себя, на окружающее отражает активную позицию, поскольку он определяет характер, форму деятельности и поведения. Созидаемая в старости новая жизненная философия служит

для пожилого человека продолжением и завершением его собственного жизненного опыта. Ее значение и ценность с общечеловеческих позиций не может быть преуменьшена, они выходят за пределы индивидуального опыта и носят характер широкого философского обобщения. Чтобы убедиться в этом, достаточно вспомнить, что представление о наилучшем способе жизни как жизни созерцательной, спокойной и самодостаточной составляет основу многих философских и религиозных систем — как восточных, так и западных. Коснемся кратко некоторых сторон этой проблемы, имеющих, на наш взгляд, отношение к сегодняшней теме.

Идея о брэнности существующего, относительно характере ценностей, определяющих жизненные устремления, иллюзорности существующих представлений составляет содержание большинства философий и религий. Эта идея существует или в чистом виде, или в сочетании с идеями о божественном начале. В чистом виде эта идея развивалась уже у античных философов.

Демокритовское «проживи незаметно», призыв к спокойной, уравновешенной жизни проходит красной нитью через положения стоиков, эпикурейцев, скептиков. Установка «проживи незаметно» составляет содержание восточной традиции, находит активное выражение в самоизоляции, аскетизме, монашестве. Подобная установка отражает философское содержание таких восточных религий, как буддизм, индуизм, синтоизм, даоизм. Действительно, буддизм, индуизм призывают отказаться от гордости, лишиться всех желаний, покончить со всеми иллюзиями. Синтоизм, обожествляя природу, находит в ней все, что составляет смысл и содержание человеческого бытия. Даоизм исповедует созерцательность и пассивность, когда лучше ничего не делать, ничего не производить. Окружающие события и вещи изменяются сами по себе, и человеку остается только их наблюдать.

Не вызывает сомнений, что подобная философская установка, факт коллективного самосознания есть форма отражения существующего мира и составляет продукт высших форм мыслительной и нравственной работы. Но именно такая жизненная установка появляется у некоторых старых людей. Предпринятое краткое изложение философских положений о созерцательной и самодостаточной жизненной позиции пожилых имело несколько целей. Во-первых, показать, что новая жизненная установка, появляющаяся в старости, в период снижения физической силы, физических возможностей, постоянного ощущения физического недомогания в преддверии завершения жизни, сродни взглядам, отражающим основные вопросы о смысле человеческого существования, познании самого себя. Это уже само по себе исключает предположение о том, что коренное изменение жизненных позиций в старости, «вторая жизнь» имеет психопатологическую, в частности аффективную, основу.

Во-вторых, задачей... было показать, что формирование в старости подобной системы взглядов, которую можно свести к формуле «жить пока живется», происходит, по-видимому, только за счет особого возрастного биологического фона, который находит выражение в ограниченности физических возможностей, снижении физической силы, постоянном ощущении физического недомогания. Такой поворот психической жизни в старости оказывается для человека счастливой формой психического старения, обеспечивающей «согласие» со старческими изменениями физического и психического состояния, удовлетворенность сегодняшней жизнью, полное принятие окружающего.

Хотелось бы отметить, что агитация или принудительное внедрение созерцательного образа жизни, будь они обращены к молодым, людям среднего возраста или пожилым, едва ли могут найти полное понимание. Насильственное насаждение отказа от активной деятельности входит в противоречие в данном случае с физиологией. При этом следует ждать различного рода осложнений, лицемерия или прямых трагедий. Пожилой человек более, чем люди других возрастных групп, физически готов к восприятию такого образа жизни. В этом можно увидеть то сомато-психическое единство, которое оказывается основным условием достижения самоудовлетворения. В указанных случаях психического старения изменения физического статуса составляют единство с созерцательной непротивленческой жизненной установкой, и это создает гармонию физического и психического, которая определяет описанное выше отношение к прошлому, настоящему и позволяет спокойно относиться к будущему.

В. П. Козырьков **ПОЖИЛОЙ ЧЕЛОВЕК КАК СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ТИП¹**

Возрастная философия появилась тогда, когда возникли проблемы в определении возраста человека («игра» со своим возрастом, утаивание его от себя и других и др.), когда человек научился в определенной мере управлять своим возрастным состоянием (за счет медицины, физической культуры, здорового образа жизни), расширять пространство своего жизненного пути, прибавляя к себе ряд этапов в начале жизни (отрочество, подростковость и др.) и в конце (пожилой возраст, старость, преклонный возраст, Долгожитель). В целом — это та область проблем, которую М. Мид ' *Козырьков В. П.* Пожилой человек как социокультурный тип // Пожилые люди — взгляд в XXI век / Под ред. З.М.Саралиевой. — Н. Новгород: НИСОЦ, 2000.-С. 140-143.

называет «миграция во времени». Пожилой возраст как особое состояние человека впервые теоретически описал Цицерон, определяя этот возраст как «общее бремя наше — старость, уже либо надвигающаяся на нас, либо, во всяком случае, приближающаяся к нам» [Цицерон, 1975, с. 7]. Следовательно, согласно утверждению римского философа, пожилой человек — это человек, который начинает чувствовать приближение старости, пристально наблюдая за изменениями, которые происходят с другими людьми, и сравнивает их с собственными. Пожилой человек постоянно чувствует возрастной дискомфорт, некоторую ущербность своего возраста. Он начинает сопротивляться своему новому состоянию, ищет средства борьбы с надвигающейся старостью или сдается на милость победителя. Римский философ, которому во время написания своего сочинения было 62 года, в качестве борьбы с приближающейся старостью избрал мужество. Но в это же время другой философ, Сенека, развивает идею о самоубийстве как о мужественном завершении пожилого возраста, предотвращении безобразной и беспомощной старости (своего рода геронтоэвтаназия, или геронтоицид). И тот, и другой варианты опираются на идею о возможности активного отношения к возрасту. <...>

Пожилой человек — это не столько возрастная, сколько социокультурная категория. Возрастной подход к выделению форм культуры имеет под собой определенную логику, но вряд ли, например, можно говорить о культуре пожилых людей. Существует одна культура, но в ее различных формах и состояниях. Пожилые люди являются носителями доминирующей формы культуры, поэтому они более всего страдают при резкой перемене системы ценностей. Их жизненный опыт становится не только невостребованным, морально устаревшим, но и вызывает негативное отношение у молодых людей. Однако пожилой, поясняет толковый словарь С.И.Ожегова, — значит, «начинающий стареть». Следовательно, это еще не старость, но уже и не стабильная зрелость, а флукта-ционное возрастное состояние. В этом состоянии происходят сложные, нелинейные процессы, выражающие не только переход человека к завершающему этапу зрелости, но и специфические внутренние процессы, которые позволяют говорить о пожилом человеке как о социокультурном типе. Стареть начинает не тело человека, а его дух, приобретающий в одночасье такую жесткую структуру, что не может «вписаться» в повседневную жизнь человека и отторгается формирующимся новым обыденным миром.

В традиционном обществе пожилой возраст — это возраст «мужа», «большого мужчины», в котором человек приобретал достойное общественное положение, нравственный авторитет, необходимый жизненный и профессиональный опыт для передачи его молодому поколению. В частности, без своей семьи, собственного дома и хозяйства русский человек мог оставаться отроком и в 50 лет.

В средние века пожилой человек — это апостольский возраст, возраст святых и великомучеников. В социальном отношении — это возраст бояр, хранителей традиций, династических прав, корпоративных и сословных привилегий, поэтому и возникает геронтократия. В эпоху Возрождения — возраст «портретного человека». Возникают идеи (Фурье, Штирнер, Шпенглер и др.) о возрастах в истории. Но для основной массы народа данная проблема решалась традиционно. Пожилой возраст — это начало утомления жизнью.

В понятии пожилого человека скрыт внутренний конфликт. С одной стороны, это тот, кто уже достаточно пожил в этом мире, испытал все положенные для человека радости, обрел ожидаемые жизненные блага и начинает задумываться о достойном уходе в мир иной. С другой стороны, пожилой человек достигает вершины в своем жизненном пути, приобретая все необходимое для больших свершений, которые невозможны в более раннем возрасте. Отсюда две противоположные позиции в отношении к пожилому возрасту: финалистская и акмеистская. Иначе говоря, пожилой возраст можно рассматривать как начальный этап старости или как высшую стадию зрелости. Такой напряженный внутренний конфликт пожилого возраста делает жизнь человека трагичной, трансформируя в определенном направлении его духовную структуру: осознание невозвратной утраты нужного для важного дела времени; крушение жизненных планов, корректировка которых и составление новых на данном этапе уже невозможны; тоска по несбывшемуся.

Пожилой недоволен стремительной утратой состояния полноценной зрелости и стремится задержать приход старости, отсюда продление возраста выхода на пенсию, старики в джинсах, эйд-жизм (неприязнь к пожилому возрасту) и т.д.

Каждое поколение начинает с нуля и опробует новый ряд развертывания жизненного пути. Каждое новое поколение находит сочетание базовых элементов культуры и формирует новую систему хронотопов, которая исчерпывает свои возможности, и человек их безжалостно отбрасывает для того, чтобы могли вырасти новые, но уже без помощи отживших свой век. Пожилой возраст, как и любой этап жизненного пути, связан с моментами рождения и смерти, с перерождением.

Перерождение рассматриваемого возраста происходит в двух отношениях: 1) рождение и становление старости как этапа, завершающего жизнь человека, предвестника смерти; 2) рождение молодой семьи, внуков, которые своим появлением знаменуют становление нового жизненного ряда, несущего источник смерти предыдущему во времени, но разрывающему социокультурное пространство. Таким образом, современный пожилой человек характеризуется расколотостью хронотопа, разведением времени и пространства его жизненного пути.

Проблемы пожилого человека появляются тогда, когда созданный человеком жизненный мир начинает рассыпаться. Причины могут быть всякие, но чаще всего под влиянием возраста. Отсюда делается неоправданный вывод, что быть пожилым человеком, значит находиться в определенном возрасте, а именно в том, когда начинается старение организма.

Пожилый человек — это человек, сконструировавший и освоивший свой жизненный мир в соответствии с собственной индивидуальностью. Быть пожилым — значит прожить столько, сколько необходимо для обретения житейского опыта и осторожности в принятии важных для жизни решений. Еще Ф.Бэкон писал: «Ошибки молодых людей означают гибель всего дела; ошибки пожилых людей лишь означают, что можно было бы сделать больше или скорее» [Бэкон Ф., 1978, с. 446]. Пожилой возраст необходим для глубокого освоения своей профессии, создания своей взрослой семьи и для прохождения всех других жизненных испытаний, выпадающих на судьбу человека в данную историческую эпоху. М.Лермонтов погиб в возрасте 28 лет, но его произведения по своей духовной структуре во многом становятся близки и понятны только после 40 лет. А. Чехов умер в 44 года, но почитайте его повесть «Скучная история»: такое произведение мог написать только человек, который сам является пожилым. Л.Толстой последние 30 лет своей жизни страдал геронтофобией, приходил к мысли о самоубийстве, но за несколько лет до своей смерти создал повесть «Хаджи Мурат», которая поражает свежестью чувств, жизнерадостным восприятием мира и полным отсутствием какого-либо страха перед старостью и смертью: такое ощущение, что произведение написано писателем в молодые годы.

Пожилый человек научился прочно держать свое время в руках и укоренился в окружающем пространстве: как говорят в народе, — «остепенился». Это человек, способный ценить время, отпущенное ему природой, ощутивший его вес и зависимость от собственных возможностей на своей родине, в кругу своей взрослой семьи: он отказывается от желания менять место жительства, семью, профессию, друзей.

Пожилый человек — это возрастной брюзга, он часто самоуверенно решает, что нужно делать, так как якобы заранее знает о возможных результатах. Так вести себя может только пожилой человек, у которого уже нет времени для поиска истины и все, что он узнал в жизни, для него становится пределом познания. В пожилом возрасте появляется если не мудрость, то ощущение ее: всех хочется учить, всегда выглядеть умным и все испытавшим. Пожилой человек ничему не удивляется. Но есть и такие пожилые люди, которые начинают замечать, что сейчас молодые люди в своем возрасте знают о жизни нечто такое, что было неизвестно в свое время пожилому человеку и он никогда об этом уже не узна-

ет, поскольку годы ушли безвозвратно. Пожилым человек ощущает себя тогда, когда почувствует груз жизненного опыта и его качественное отличие от того опыта, который требуется & настоящее время. В этом смысле пожилой возраст всегда трагичен: если нет антагонизма в развитии опыта, то нет и пожилого возраста.

Пожилой человек — это категория нравственная. Человек, достаточно поживший, становится более терпеливым к недостаткам других людей; делается расчетливым в планах и скромным в оценках своих достижений. Пожилым человек становится благодаря своему прошлому опыту.

Пожилым человек становится тогда, когда воспитает взрослых детей, которые способны сами создать собственную семью. Пожилой — это человек, передавший жизненный опыт своим детям.

Пожилой человек способен иметь учеников, поэтому любой учитель по своей профессии вынужден быть пожилым и уметь играть соответствующую роль.

Пожилым человек становится тогда, когда приобретает уверенность в обретенном смысле жизни. В пожилом возрасте рождаются философы и наоборот: возникновение философской веры говорит о переходе к пожилому состоянию человека.

***В.Л.Калькова* СТАРОСТЬ: РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР¹**

Симона де Бовуар осуществила всестороннее исследование проблем старости в медицинском, биологическом, психологическом, социальном аспектах.

Несмотря на привлеченный материал, автору не удалось дать однозначного определения старости.

Напротив, она констатирует, что «старость принимает множество обликов, непохожих одно на другое», и «должна рассматриваться как совокупность ряда факторов, ведь это не только явление биологическое, но и момент культуры» [с. 19]. Геронтология как наука не способна разносторонне

представить данную проблему: развиваясь по трем направлениям — биологическому, психологическому и социальному, она всегда сохраняла верность позитивистским принципам.

«Речь шла не о причинах возникновения тех или иных феноменов, а о точной регистрации и подробном описании их проявлений» [с. 31]. В самом общем виде Бовуар выделяет два достаточно схожих понятия «старость» — «оно относится к определенной социальной ка-

¹ *Калькова В. Л.* Бовуар С. де. Старость (Эссе) // Социальная геронтология: Современные исследования. — М: ИНИОН РАН, 1994. — С. 17 — 40. (*Beauvoir S.* La vieillesse: / Essai /. - P.: Gallimard, 1970.)

тегории, представляющей различную ценность в различных условиях, и оно же означает личную участь каждого человека» [с. 97].

Старость — это в первую очередь биологический феномен, который сопровождается серьезными психологическими изменениями. Современные биомедицинские исследования доказали, что старение представляет собой биологический процесс, присущий живым существам, возникающий не в результате истощения энергетического потенциала организма, как считалось ранее, но как логический этап реализации программы его роста и развития. Перефразируя слова Рильке о смерти, можно утверждать: «Подобно косточке, изначально содержащейся в плоде, старость с рождения заложена в каждом человеке», определяя закономерный ход его жизни [с. 31]. По определению американского геронтолога Ласинга, старость — это необратимый процесс, в ходе которого происходят регрессивные изменения. Но понятие регресса — это оценочная категория, предполагающая достижение определенной цели. Однако в данном случае регрессивным изменениям однозначно подвержен только биологический организм, тогда как другая сторона человеческого существа — его нравственный, интеллектуальный потенциал, напротив, может совершенствоваться. Не случайно издавна отмечается вопиющее несоответствие духовной и физической эволюции человека. Монтескье с горечью воскликнул: «Несчастлива судьба человека! Если дух достигает зрелости, тело начинает ослабевать» [с. 38]. Следовательно, невозможно оценить процесс старения — каждое общество создает собственную систему ценностей, и только в социальном контексте открывается истинный смысл понятия «регресс». Отношение к старшим в животном мире и в человеческом обществе во многом тождественны. Зоологи отмечают присущую большинству млекопитающих и даже птиц иерархическую структуру, во главе которой стоят старые опытные особи, подчиняющие молодых и передающие им свои «знания». По мере физического ослабления вожака он теряет авторитет, вытесняется более сильным противником, отторгается общностью и погибает в одиночестве. В социуме основную роль играет не физический фактор: «Стариком становится тот, кто не может зарабатывать деньги, и поэтому становится «лишним ртом» [с. 46]. Очевидно, что традиции и уровень культуры могут смягчить ситуацию, однако полностью устранить ее не удалось ни одному типу обществ в историческом развитии. Общество всегда стремится к жизни и воспроизводству, «опираясь на силу и творческий потенциал юности и отвергая немощь и бесплодие старости» [с. 47]. С тем чтобы подтвердить или опровергнуть этот тезис, Бовуар рассматривает вопрос об отношении к старикам в различных этнических группах, в различные исторические эпохи и в современном обществе. Многочисленные этнографические работы западноевропейских и американских ученых, повествующие о том, как поступали со

стариками первобытные якуты, эскимосы, японцы, народности эйню, австралийские туземцы, индейцы навахо, конголезские племена, позволяют сделать вывод, что условия жизни стариков прочно зависят от социального контекста. Физическое истощение организма неминуемо влечет за собой экономические последствия. Тогда важную роль способны сыграть имущественное положение индивида и его общественная значимость, а также система социальных ценностей. Ориентация на сиюминутные, сугубо материальные ценности ведут общность к закату, тогда как мистическая связь с предками, стремление к воспроизводству и духовному возрождению обуславливает ее развитие. <...>

К факторам, детерминирующим условия жизни стариков и отношение общества, и в частности родственников к ним, этнологи относят социальную организацию, уровень экономического развития и фиксированность на определенной территории. В обще- * ствах с развитой культурой старики символизируют непрерывность их истории и стабильность социокультурных ценностей. Поддержка и уважение со стороны молодых могут рассматриваться и как превентивная мера, стремление последнего гарантировать себе аналогичное положение в будущем. <...>

В примитивных обществах старик воспринимался как «иной» со всей двусмысленностью, которую содержит это понятие: «он одновременно и недочеловек, и сверхчеловек, и идол, и ненужная, изношенная вещь» [с. 94]. Многие традиции и обычаи примитивных обществ могут показаться жестокими и безнравственными, однако при их анализе необходимо основываться на культурных особенностях и ценностных системах данных обществ, а не экстраполировать на них современные оценочные категории, что присуще многим этнологическим исследованиям. Так, например, в ряде обществ практиковалось умерщвление вождей (как правило, добровольно ими принимаемое), проявлявших признаки старения, или просто стариков, с тем, чтобы избежать «истощения природы и институтов и обеспечить бесконечное ритуальное возрождение благословенного прошлого, служащего моделью построения настоящего» [с. 50]. Этнологи считают, что старики соглашались на такую смерть под влиянием культурных традиций, собственного опыта умерщвления старших, в том числе родителей, желания почувствовать себя в центре празднества, организуемого По этому поводу.

Следует отметить значительное расхождение реальной практики в отношении к старикам и мифологических описаний их социальной роли. В эскимосских легендах старики представляются носителями магической власти, наделенными богоподобной способностью творения и исцеления. Но реальные условия существования — суровый климат, недостаток ресурсов, бедность, тираническая патриархальная семья — определили маргинальное поло-

жение стариков, игнорируемых, превращенных в рабов или обреченных на голодную смерть. В обществах, испытавших влияние западной культуры и переживающих переходный период от традиционных обычаев к христианской этике, признается декларативная власть стариков, формирующих политические советы. Но в условиях миграционного образа жизни и бесконечных войн реальную власть приобретают молодые, возглавляющие переселения и военные действия. В небогатых племенах (например, сибирские чукчи, населявшие внутренние районы) старики до самой смерти могут оставаться собственниками всего семейного имущества и владений и обладать правом их распределения между членами семьи, что обуславливает престиж стариков и социальную стабильность. В обществах с более развитой экономикой, обеспечивающей достаточный уровень жизни, значительное место занимают религиозные и мистические верования, и соответственно усиливается роль стариков, наделенных достаточной властью и авторитетом, которые самореализуются в религиозных функциях, или являются носителями аккумулированных знаний и практических сведений, ценностей и традиций.

Чрезвычайно сложно написать историю старости, так как история — это всегда движение, а старики как социальная категория не способны воздействовать на историческое событие. Сохраняя дееспособность, они входят в соответствующие социальные группы, а затем становятся «иными» и их проблемы решаются активными членами общества. <...>

Исторические свидетельства в основном рассматривают проблему борьбы за власть между старыми и молодыми, принадлежащими к господствующему классу. Старые владеют знаниями, памятью, однако им не хватает силы, здоровья, адаптационных способностей и инновационных стремлений. Исторический анализ показывает, что старики могли играть заметную роль в стабильных, организованных обществах с институализированной собственностью, тогда как в обществах, раздираемых противоречиями, верх брали молодые. <...>

В античных мифах о богах и героях среди множества разночтений можно выявить общую закономерность: старея, боги становятся злыми, мстительными, порочными, их тираническая власть кажется все невыносимее и в конечном счете приводит к восстанию и устранению старого властителя. Аристотель, подробно изучавший проблему старости, считал, что опыт стариков способствует не прогрессивному развитию, а бесконечным повторениям. «Старики всю свою долгую жизнь совершали ошибки», поэтому они не должны «чувствовать никакого превосходства перед молодыми, не успевшими столько раз поступить неправильно» [с. 121].

В древнегреческих трагедиях старики наделены почти сверхъестественной аурой, тогда как древние римляне, как правило, изоб-

ражали стариков в сатирических или комических произведениях, подчеркивавших «резкий контраст их экономических или политических привилегий с физической немощью», заставлявших публику негодовать, что «эти человеческие отбросы обладают правом принимать решения, судить, управлять обществом и тиранить свои семьи» [с. 134]. Уже с III в. н.э. христианской церкви удалось ассимилировать классическую культуру путем ее распыления и деформации. В некоторой степени церковь внесла позитивный вклад в решение проблемы старости, создавая госпитали и дома для престарелых, поддерживая больных и одиноких. <...>

Во второй половине средних веков можно вычлени́ть два противоположных идеологических течения, по-своему интерпретировавших проблему старости — религиозное и спиритуалистическое направление, с одной стороны, и пессимистическую и материалистическую традицию — с другой.

В русле первого Данте в поэме «Пир» описывал старость, сравнивая человеческую жизнь с гигантской аркой, в верхней точке соединяющей землю и небо. «Зенит жизни приходится на 35-летний возраст, затем человек начинает постепенно угасать. 45 — 70 лет — это пора старости, позже наступает полная старость. Мудрую старость ожидает спокойный конец. Поскольку сущность человека принадлежи>»по-тустороннему миру, он должен без страха встречать последний час, ведь жизнь — это лишь краткое мгновенье в сравнении с вечностью» [с. 153].

Технический прогресс XVIII в. обеспечил улучшение условий жизни, соответственно увеличилась ее продолжительность, 60-летние стали активными участниками жизни своих социальных групп.

В XIX в. европейские общества претерпели радикальные трансформации. Под влиянием промышленной революции, урбанизации, сокращения сельского населения, формирования класса пролетариев произошел первый демографический взрыв: в 1870 г. население Европы достигло 300 млн и соответственно увеличился процент старых людей в общем объеме населения. XIX в. поставил стариков из низших слоев общества в жесткие условия тяжелого, непосильного для физически слабых труда, распада патриархальной крестьянской семьи, зависимости от экономически самостоятельных детей и усугубил контраст в положении стариков, принадлежавших к различным социальным группам. Промышленная революция отдала бразды управления производством молодым, более решительным и восприимчивым к инновациям. <...>

Начиная с Древнего Египта и включая эпоху Возрождения изображение старости обнаруживает стереотипный характер — одинаковые сравнения, одинаковые описания, касающиеся только внешних признаков старости и оставляющие в стороне внутренний мир старых людей. Старость рассматривают только в сравнении с

молодостью и зрелостью, акцентируя их преимущества и выводя старость за грань человеческой жизни, наделяя ее специфическими, отталкивающими качествами. XX в. унаследовал стереотипный образ старика, сформировавшийся в ходе исторического развития. Исследования позволили расширить представления о старости в социальном, психологическом аспектах, но отправные идеи — часто весьма противоречивые — сохранились. <...>

Вторая часть книги посвящена внутреннему миру престарелых, их чувствам и переживаниям, отношению к старости, видению окружающего мира. «Понять, что переживает человек в старости, особенно трудно, ведь ни одна из существующих концепций не способна охватить все многообразие личных ощущений, объяснить неповторимый индивидуальный опыт старения» [с. 299]. Старость иногда сравнивают с тяжелой болезнью, выделяя как общий признак нарушение нормального функционирования организма. Однако этот «биологический» подход односторонен, поскольку в психологическом состоянии, несмотря на ряд некоторых идентичных проявлений — ощущения отстраненности, «взгляда со стороны» на самого себя, чувства дискомфорта, неуверенности в своих силах, страха смерти, — отмечаются и значительные расхождения. Пожалуй, можно согласиться с Гальеном, размещающим старость «в середине» между болезнью и здоровьем. Удивительным образом она оказывается «нормальной аномалией». Она нормальна с точки зрения соответствия биологическим законам угасания жизни. Она аномальна, проявляясь в самых нелепых формах: постоянных жалобах на недомогание при объективно хорошем самочувствии, отрицании старости и акцентировании своей дееспособности, ссылках на преклонный возраст для устранения от активной жизни и оправдания своей бездеятельности. Своеобразие болезни заключается в том, что она очевидна для самого человека, всеми силами пытающегося справиться с ней и вернуться к здоровому состоянию, но для окружающих она может остаться незамеченной. Напротив, «старость скорее осознается окружающими, чем самим субъектом, она может проявляться как новое биологическое равновесие организма; если старение идет постепенно, его можно и не заметить» [с. 302]. Часто осознание своего возраста происходит только тогда, когда вас однажды называют стариком, и это осознание бывает неожиданным и мучительным. Затем наступает период, в течение которого необходимо примириться с очевидным и признать свою старость. Внешне похожая на подростковый кризис, старость намного трагичнее. Подросток ощущает внутренние физические и душевные преобразования своего существа и воспринимает их как переходный период к более совершенному, привлекательному для него образу взрослого человека. Стареющий человек испытывает давление окружающих, навязывающих ему новый образ, не соответ-

ствующий его внутренним ощущениям, чужеродный, непреодолимый и бесперспективный. Сопrotивляясь безнадежному будущему, теряя ориентацию, старики «просто перестают понимать, кто же они есть на самом деле» [с. 310].

Старики реже обращаются к врачам, чем люди среднего возраста, относя свои болезни к возрастным особенностям. Но это лишь напускное безразличие, в глубине души старики всегда обеспокоены возникающими недомоганиями, расценивая их как признаки приближающейся смерти, или же гипертрофируют свою немощность и болезненность из эгоистических соображений. Физическое состояние стариков в значительной степени зависит от их психологического самочувствия: оптимистически настроенные, погруженные в свои дела старики чувствуют себя намного лучше, чем отчаявшиеся, мнительные, сосредоточенные на своих несчастьях люди. Безусловно, творческие люди легче переживают старение — с ними остается любимое дело, накопленный опыт, приобретенная мудрость. История знает немало примеров активности писателей, поэтов, художников, музыкантов, доживших до глубокой старости и сохранивших ясность ума, вкус к жизни, творческие способности даже вопреки физической немощи или болезням. Гете, Вольтер, Жид, Л.Толстой, Свифт, Папини, Мике-ланджело, Ренуар, Моне, Верди, Бетховен черпали силы для борьбы со старостью в безмерной увлеченности своим делом; другие, же, менее известные, но также вызывающие уважение, держатся из чувства собственного достоинства. Ежедневно в свои последние годы они бросают вызов старости: стараются не оставлять свои прежние увлечения (это могут быть спорт, рыбалка, охота, посещение клубов) или найти новые, посильные. Но не всегда старикам удается следовать свои желаниям: «Если жизнь молодого человека идет сама по себе, то жизнь старика — это непрерывная борьба со старостью» [с. 322]. Некоторые моралисты придерживаются идеи о том, что старость знаменует высвобождение духа, физическое ослабление компенсируется духовным подъемом. В этой связи можно вспомнить Платона, Сенеку, Жуандо. Очищение духа от плоти связывается с затуханием сексуальной активности, «старый человек освобождается от сексуального рабства» [с. 330]. Понять, что такое сексуальность в старости, можно только поняв, как изменяется отношение человека к самому себе, к другим, к окружающему миру с исчезновением примата половой сферы. Сексуальная активность направлена на достижение множества разноплановых и содержательно насыщенных целей — получение удовольствия, трансформацию мира через взаимное соединение в мир желания, осуществление своего «Я», подчинение себе партнера. Утратив собственные половые влечения, старики инстинктивно ощущают их отсутствие и «желают желать», чтобы воссоздать таким путем тот эротический мир, который они сконструировали.

ровали в юности или в зрелости и частью которого они остаются. Поэтому те, кто имел позитивный сексуальный опыт, пытаются в разных формах сохранить сексуальность. Если же сексуальный опыт был сопряжен с отрицательными эмоциями (что чаще присуще женщинам), то старость действительно приносит освобождение. <...>

Вопреки утверждениям моралистов отсутствие сексуальных стремлений в старости нельзя считать позитивным фактором: сексуальность, жизнеспособность и активность неразрывно связаны. Исключение одного из компонентов затрагивает и другие. Установлена и взаимная зависимость сексуальности и творческой активности: она проявлялась у Гюго, Пикассо и многих других. Рассматривая своеобразие проблемы времени в старости, Бо-вуар отмечает следующую особенность: «В старости движение времени ускоряется: по мере того как удлиняется прошлое, настоящее сокращается» [с. 383]. Сартр показал, что значит воспринимать свою жизнь в прошлом: только будущее может показать, насколько живо прошлое. Устремленный в будущее, человек отрывается от прошлого и вспоминает свое прошлое «Я» как уже не существующее и несущественное. В противном случае происходит отрицание времени и тесное слияние с прошлым. Прошлое, которое в свое время переживалось для себя, затем многократно возрождается мысленно, становясь «прошлым в себе». Прошлое в себе для пожилых людей имеет особое значение, помогает им вернуть молодость; ведь именно они больше живут воспоминаниями, чем надеждой, как говорил Аристотель.

Даже если старикам удастся пережить кризис идентичности и обрести новый образ — «доброй бабушки, пенсионера, маститого писателя», — в глубине души они считают себя прежними, неизменными, и воспоминания подкрепляют эту уверенность. Обычно мысленно воссоздается период жизни, который определил дальнейшую судьбу, в которой произошло осознание себя как личности. <...>

Характерной особенностью психологического состояния в старости является постоянно действующее подсознательное предчувствие близкой кончины. Проявление этого ощущения в значительной степени зависит от социального контекста. В традиционных обществах одного типа смерть считается естественным выходом из состояния физической немощи и недееспособности и воспринимается как должное. В другом социальном типе смерть окружается специальным ритуалом, что придает ей особую привлекательность и желанность. <...> Сопоставляя описания смерти с античных времен до наших дней, можно выявить общие черты.

Восприятие смерти также зависит от возраста субъекта. Ребенка страшит сама мысль о смерти; юноша презирает смерть и готов вступить с ней в единоборство; человек среднего возраста более

осторожен — его привязывают к жизни профессиональные занятия, семья, планы на будущее. В старости смерть теряет свой неопределенный и абстрактный характер и становится близким и глубоко личным явлением. <...>

Сама же мысль о смерти глубоко индивидуальна и вызывает разное отношение в зависимости от психологического настроения и социального положения субъекта. Пожилой человек, не ощущающий своего возраста, противится приближению смерти, как и 40-летний, узнав о своей неизлечимой болезни. Страх смерти, как утверждают психиатры, не является типичным возрастным признаком, а представляет собой разновидность невроза, формирующегося в детском и подростковом возрасте и обостряющегося в старости. <...>

Образ жизни в старости построен на привычках, повторяющихся действиях, которые дают старикам ощущение стабильности, некоторую онтологическую гарантию. Старики боятся любых изменений, так как они не уверены, что смогут адаптироваться к новым условиям, и видят в них «только разрыв с прошлым, а не устремленность в будущее» [с. 493].

Привычки проявляются в привязанности к определенным вещам и предметам, олицетворяющим возможность поддерживать сложившийся жизненный уклад. Собственность тоже, в свою очередь, представляет собой онтологическую гарантию: владелец придает смысл ее существованию и устанавливает с ней магическую связь. Абстрактным эквивалентом собственности выступают деньги, в которых старики видят источник власти и доказательство плодотворности их деятельности. <...>

Опыт показывает, что образ мудрого старика далек от реальности. Доктор Раверси, наблюдавший своих пожилых пациентов, отмечал: «Счастливая старость — это плод воображения писателей, талантливо или бездарно изображающих ее. У старости всегда одна судьба — будь то прикованная к постели больная в общей палате или богатая вдова в удобном кресле. Почти окаменевшие, эти человеческие существа кажутся нелепыми окружающим и чужими собственным детям. Часто они стоят того. Их не покидает жажда жизни с ее желаниями, чувствами, капризами. Ни одного из виденных мной стариков годы не наделили мудростью и спокойствием, присущим их книжным образам» [с. 510 — 511]. Во многом то, как человек проявляет себя, когда он становится в старости жертвой экономических трудностей или болезни, в большой степени зависит от зрелости его взглядов на жизнь. Так, старость Вольтера и Уитмена была прекрасной, тогда как старость Шатобриана и Свифта — ужасной.

Подводя итоги своего рассмотрения, Бовуар отмечает, что старость нельзя рассматривать как необходимый этап существования Живых организмов. В развитии некоторых животных отсутствует

деградационная стадия, они погибают сразу после воспроизводства. Но в развитии человека с определенного возраста проявляются инволюционные признаки — уменьшение физической активности, падение мыслительных способностей и изменение отношения к окружающему миру. «Именно старость, а не смерть должна быть противопоставлена жизни, потому что старость — пародия жизни» [с. 565]. Уничтожая время, смерть переводит жизнь в абсолютное измерение и превращает ее в судьбу. Старость же делает человека карикатурным изображением самого себя. Существует мнение, что основное предназначение старости — терпеливо сносить боль и страдания. Хотя подобное мужество высоко оценивается и считается глубоко нравственным, в действительности оно противоестественно. Только активность, направленная на достижение жизненных целей — социальная или политическая деятельность, интеллектуальные, творческие искания, общение с друзьями, близкими, молодежью, — может наполнить старость смыслом. <...> В идеальном обществе понятие старости вообще исчезнет, пожилой возраст станет «определенным этапом зрелости, приобретающим собственное равновесие и открывающим перед индивидом новые многочисленные возможности» [с. 569].

СОЦИОЛОГИЯ СТАРОСТИ И СТАРЕНИЯ

***В.Анурин* НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИОЛОГИИ СТАРОСТИ¹**

Вряд ли кто-то возьмется утверждать и доказывать, что социологическая наука уделяла достаточно много внимания старости как особому социальному феномену. Во всяком случае, это внимание ни в какое сравнение не идет с заинтересованностью социологов самыми разнообразными аспектами юности: здесь можно уверенно констатировать, что социология молодежи конституировалась как весьма обширная и разветвленная теория среднего уровня. Правда, можно было бы сослаться на развитие такой научной дисциплины, как социальная геронтология, если бы представители этой научной дисциплины не проявляли в большей степени интерес к чисто социальным (озабоченность проблемами благосостояния пожилых в рамках социальной политики), нежели к социологическим вопросам. При этом, разумеется, необходимо проводить различие между геронтологией как таковой и социальной геронтологией: первая, будучи, по сути, отраслью биологии (или медицины), трактует старение как генетически запрограммированный процесс живых организмов; социальная же геронтология имеет дело со старением в иных аспектах: 1) как процессом, зависящим от социальных условий и связанным с общей социальной и демографической структурой человеческих групп; 2) аспектом изменения личностного статуса в жизненном цикле; 3) динамическим компонентом стратификации с точки зрения генерационного членства. То, что находится в центре возрастной социологии, является не хронологическим возрастом индивида, а скорее критерием с точки зрения социальных перспектив и культурных ценностей, с помощью которых индивид обозначается как «молодой», «средних лет» или «пожилой».

Между тем целый ряд тенденций развития тех обществ, которые принято называть «современными», настоятельно подталки-

¹ *Анурин В.* Некоторые проблемы социологии старости // Пожилые люди — взгляд в XXI век / Под ред. З.М.Саралиевой. — Н. Новгород: НИСОЦ, 2000. — С 114-117.

вают к необходимости создания особой отраслевой социологической теории — социологии старости. Нам представляется, что если бы кто-то из социологов предпринял попытку разработать такую научную дисциплину как отдельную теорию среднего уровня, ему неизбежно пришлось бы проделывать это в русле трех основных структурных направлений социологической теории — социальной структуры, социального взаимодействия и социальной динамики. Здесь мы попытаемся пунктиром обозначить некоторые из проблем, которые выделяются наиболее отчетливо в каждом из трех этих направлений.

Рассуждая с позиций концепций социальной структуры, мы бы должны были попытаться рассмотреть пожилых как особую социальную группу, и это первым делом поставило бы перед нами вопрос об особом их социальном статусе. Скажем, в до-письменных обществах старики были объектом уважения и почитания, потому что, в отсутствие иных материальных носителей информации, они являлись живыми хранилищами мудрости, обычаев, имущественных и иных прав. К тому же доля их в общем объеме населения была незначительной в силу низкого уровня средней продолжительности жизни; и когда кто-то доживал до старого возраста, это само по себе выделяло его среди соплеменников. Хотя, конечно, в нашем представлении о более благоприятном положении пожилых в прежние периоды истории человеческого общества присутствует изрядная доля романтизма. Этот романтизм рисует идиллическую картину седовласых старцев, сидящих у очага и рассказывающих детям чудесные истории. Такая картинка все же закрывает глаза на жестокость, с которой очень часто обращались со стариками в прошлом. Нынешний интерес социологии к старению и геронтологии стимулируется прежде всего возрастанием удельного веса пожилых в популяции индустриальных обществ и необходимостью наращивания объема государственной заботы о стариках.

Старость в современном обществе означает неизбежное понижение социального статуса — и в филогенетическом (в сравнении с прежними обществами), и в онтогенетическом (сравнительно с прежними возрастными периодами жизни индивида) ракурсах. Прежде всего, это связано с невозможностью продолжения экономической активности с прежней интенсивностью. Это влечет за собой падение таких параметров экономического статуса, как активное распоряжение собственностью (у тех, кто ее имел) и место в системе организации труда (у наемных работников). Постепенный или резкий, в связи с выходом на пенсию, уход с рынка труда означает одновременно снижение всех параметров в системе профессиональной стратификации. Эта потеря статуса становится особенно болезненной вследствие того, что она обычно совпадает со снижением доходов и уровня здоровья.

В аспекте изучения особенностей социального взаимодействия проблема старости в современных обществах является продуктом инерционного возрастания жизненных ожиданий в драматическом сочетании с культурными и социальными изменениями ценностей, связанными с возрастом. В индустриальном обществе, где акцент делается скорее на достижениях ... относительно ранний выход на пенсию и усиление значимости юности как главного критерия личных и эстетических ценностей существенно изменили социальный статус пожилых. Эти изменения привели к возникновению дискуссии о старости как таком этапе жизненного цикла, который связан с освобождением не только от работы, но и вообще от многих нормативных обязательств и соответственно — со снижением общей социальности.

Проблемы институционального содержания в современном обществе вообще непросты, и особенно трудны они в динамичных индустриальных обществах, ориентированных на достижения. Здесь утверждается культ юности, здоровья и жизни. Быть молодым, здоровым и преисполненным жизненной энергии — на это начинают смотреть уже не просто как на везение или природный дар, а некоторым образом — как на моральную обязанность каждого члена общества. Следовательно, старение и болезнь нередко рассматриваются не только как печальная неизбежность, но и в некотором роде моральный проступок. Распространение в обществе таких взглядов оказывает серьезное психологическое давление не только на пожилых, но и на тех членов общества, которые приближаются к соответствующему возрастному пределу. Не случайно в западной социологии, социальной психологии и психоанализе все чаще ставится проблема так называемого кризиса среднего возраста (*midlife crisis*). Под этим понимают комплекс сомнений и тревог, испытываемых многими людьми на пятом десятилетии своей жизни; сорокалетие рассматривается как пропускной пункт в категорию среднего возраста. Люди начинают все чаще размышлять о своей жизни, подвергать переоценке свои отношения с окружающими и обдумывать перспективы биологического износа, связанного со старением. С точки зрения занятости это включает в себя осознание достижения пределов личных успехов и Достижений, а с точки зрения домашних дел — отход от активного исполнения родительских функций по мере того, как дети оставляют дом, чтобы основывать свои собственные взрослые связи.

Социальная динамика, главными вопросами которой со времен Конта являются природа, содержание и направленность социального изменения, сосредоточит свое внимание на тех трансформациях социального статуса пожилых, которые имеют место при переходе от одного типа общества к другому. На передний План здесь выдвигаются две важных проблемы старения. Во-первых, разворачивается дискуссия об общем изменении социального

статуса пожилых в ходе процессов модернизации и индустриализации. Эта проблема связана, в частности, с вопросом о том, не приводит ли господство нуклеарной семьи в эпоху модернизма — и соответственно упадок расширенной — к тому, что пожилые все чаще остаются без родственной поддержки — не только экономической, но и эмоционально-психологической. Историческая очевидность наводит на мысль, что домашние хозяйства с более чем двумя поколениями становятся все более редкими в индустриальном обществе, и, кроме того, социальная изоляция пожилых может изменяться в зависимости от факторов места жительства, социального класса и культуры. В современной семье остается значительно меньше места для пожилых, нежели в прежних формах родственной организации. Во-вторых, коммерциализация феномена личности в тех обществах, где престижна юность, дала толчок к росту исследований уже упоминавшегося «кризиса середины жизни», сексуальной активности в старом возрасте, социальных вовлеченностей в менопаузе и общих движений за здоровье и социальную пригодность пожилых.

Таким образом, возрастание общей доли стариков в населении и распространение сравнительно раннего ухода на пенсию приводят к восприятию самого возраста как социальной проблемы. Старики подвержены негативному стереотипированию и снижению социального статуса. Даже академический дискурс продвигает негативный образ старости через такие, скажем, понятия как «бремя зависимости» (*burden of dependency*). (Коэффициент «бремени зависимости» рассчитывается как отношение числа тех, кто еще не пригоден к работе (молодые люди в возрасте ниже рабочего плюс те, кто уже перевалил пенсионный возраст), к численности работающей популяции. Некоторые исследователи считают, что по мере возрастания «бремени зависимости» пожилые будут составлять серьезный тормоз для экономического развития индустриальных обществ.) В Соединенных Штатах, например, политический аспект проблемы старения находит свое выражение в возникновении таких движений, как Серые Пантеры, предназначенных для защиты гражданских прав стариков и противостояния негативному образу старости, продвигаемому коммерциализацией юности.

Разумеется, процесс старения — это универсальный биологический факт. Однако кого именно рассматривать в качестве старого или стареющего — это все чаще становится скорее делом социального определения. Сегодня люди живут дольше, чем когда бы то ни было в человеческой истории. Последствием этого становится повышение порогового возраста, в котором люди оцениваются окружающими или сами себя рассматривают как стариков. Сегодня, когда ожидаемая продолжительность жизни устойчиво продвинулась к семидесяти, никто не рассмеется, когда,

мер, мужчину сорока лет описывают как «молодого политика» или «молодого администратора». Важно осознавать эту историческую реальность в социетальном определении старости.

3. М. Саралиева, С. С. Балобанов ПОЖИЛОЙ ЧЕЛОВЕК В ЦЕНТРАЛЬНОЙ РОССИИ¹

Всматриваясь в XXI век, мы пытаемся увидеть наше будущее и подготовиться к встрече с ним так, чтобы эта встреча не оказалась шоком. То, что [наступивший] век принесет нам больше изменений, чем прошедшие тысячелетия, — прописная истина. По мнению некоторых авторитетных ученых, например, профессора П. Дракера, в начале [III] тысячелетия «наиболее значительные изменения будут обусловлены не научными и технологическими достижениями и даже не трансформирующимся внутренним миром человека. Основные события ожидают нас в демографической сфере» [Переосмысливая грядущее (перспективы и противоречия современного развития в ответах ведущих американских социологов), 1998, с. 9]. Снижение рождаемости в индустриально развитых странах и постарение населения в [XXI] веке приведет к тому, что обеспечение всем необходимым быстро растущего числа граждан старшего поколения станет одной из наиболее острых социальных проблем. «За последние четверть века мы фактически вдвое урезали долю национального дохода, направляемую в пользу граждан в возрасте от 18 до 35 лет, и вдвое увеличили ту его долю, которую получают люди старше 65 лет», — такую статистику приводит американский ученый Л.К. Туроу [там же, с. 10].

В России прогнозы демографического развития до 2010 г. обещают также сохранение высокой доли пожилых людей. По мнению президента Геронтологического общества профессора В. М. Анисимова, демографический взрыв — увеличение числа лиц старше 75 лет — ожидает в ближайшие 10 лет и нашу страну. [Психология зрелости и старения. — 1998. — № 1. — С. 98].

Рост пожилых людей в населении цивилизованных стран привлек внимание общественности к вопросам их положения в обществе и стимулировал социально-психологические, социологические и иные исследования пожилых. В 1994 г. Комиссией по пожилым людям при Совете Европы сформулированы принципы, которыми следует руководствоваться при разработке программ, касающихся пожилых людей. <...>

¹ Саралиева З.М., Балобанов С. С. Пожилой человек в Центральной России // Социологические исследования. — 1999. — № 12. — С. 54 — 65.

В последние годы и в России заметно активизировались в изучении проблем пожилых людей представители медицинской науки, психологи, геронтологи, социологи, правоведы и другие специалисты (В.М. Анисимов, Н.Ф. Дементьева, Л.Б. Лазебник, Н.К. Корсакова, О.В. Краснова, Б.Ю. Шапиро и др.).

Результаты инвентаризации социальных фактов о положении пожилых людей вступают в противоречие с традициями российского общества, с официальной пропагандой необходимости чуткого и внимательного отношения общества к пожилым людям. Беглый обзор роли пожилых людей в экономической, социальной и даже в политической сферах жизни общества не дает оснований утверждать, что они играют важную роль в современном обществе. Об этом свидетельствует и наше исследование.

В Международный год пожилого человека [1999] проведен опрос 527 пожилых людей в возрасте от 60 до 90 лет в Нижнем Новгороде и 13 районах области. Сегодня в регионе, который можно считать моделью Российской Федерации по основным социально-экономическим показателям, пятая часть населения (786 тыс. человек) в возрасте 60 лет и старше. По классификации ООН старым называют население, в составе которого свыше 7 % жителей в возрасте 65 лет и старше. В Нижегородской области таких жителей 15,2 %. Причины постарения населения региона лежат не столько в увеличении продолжительности жизни (за годы реформ она даже снизилась!), сколько в снижении рождаемости и уменьшении доли младших возрастов.

Вступление в пожилой возраст сопровождается для одних резким, для других плавным изменением рода занятий, образа и стиля жизни, материального положения и других условий жизнедеятельности. Самое главное (рубежное) событие для большинства пожилых людей, коренным образом меняющее их образ жизни и положение в обществе, — выход на пенсию. Собственно, для многих именно этот факт знаменует наступление старости — очередного жизненного цикла. Прекращение работы как тягостной и неприятной обязанности воспринималось с облегчением только 9 % опрошенных, тогда как во всех возрастных когортах и мужчины и женщины (в среднем по 70 %) отмечают, что им нравилось работать и расставание с привычным и любимым делом, с коллективом — вынужденная необходимость.

Резкую смену привычного образа жизни многие не переносят, и смерть вскоре после выхода на пенсию — явление достаточно распространенное, особенно среди мужчин. В силах отдельных людей (при содействии общества) отдалить от себя этот период и продолжать трудиться. Среди респондентов в активном пожилом возрасте 60 — 69 лет 40 % мужчин и 25 % женщин заявляют, что у них есть желание и силы трудиться. <...>

Выход на пенсию сопровождается нисходящей социальной мобильностью. Респондентам предлагалось по девятибалльной шка-

де социального положения обозначить то место (ступень социальной лестницы), которое они занимали в разные годы жизни. <...>

Результаты опроса показали, что в зрелом возрасте доля респондентов, причисляющих себя к средним стратам (из любой когорты), составляла примерно 60 — 65 %, т.е. у людей было ощущение, что они жили в социально однородном обществе («как все»), и менее 20 % видели себя в социальных стратах ниже среднего слоя. На момент опроса во всех возрастных когортах пожилые люди оказались практически полностью вымыты из высоких страт; растет доля пожилых людей в низших слоях нижегородского общества: во всех возрастных когортах каждый второй пенсионер видит свое место в основании социальной пирамиды. За этим фактом нисходящей мобильности кроются падение доходов, престижа, самоуважения, отчуждение от власти... В самой старшей когорте ощутима доля ветеранов и инвалидов ВОВ с относительно высокими пенсиями, с самоощущением «почетного гражданина», что и обуславливает самоидентификацию этой части пенсионеров (2 %) с высокими стратами нижегородского общества.

Интенсивная нисходящая социальная мобильность пожилых людей частично объясняется также увеличением в их демографической структуре доли женщин, традиционно и неизменно находящихся на низких ступеньках социальной лестницы. Гендерная дискриминация и сегрегация с возрастом только усиливается.

Фактором, смягчающим (тормозящим) нисходящую мобильность пенсионеров, является то обстоятельство, что раньше всех из жизни уходят низшие слои населения, повышая статус продолжающих жить. Основание для такого серьезного заявления — относительно малая доля пенсионеров — выходцев из низкоквалифицированных рабочих и крестьян, сравнительно невысокая доля лиц с неполным средним и начальным образованием.

Материальное положение следует отнести к самым важным индикаторам социального положения человека. <...> Самая распространенная самооценка пенсионерами своего материального положения — денег хватает только на еду (66 %), еще 5 % утверждают, что живут впроголодь. Однако о нивелировании материального положения пожилых говорить не приходится: оно достаточно дифференцировано, хотя и на очень низком уровне.

Совместное проживание с детьми, родственная помощь играет существенную роль в выживании стариков. В этой связи семейное положение является еще одним важнейшим индикатором положения пожилого человека в обществе. <...> Гендерные различия в семейном положении не просто велики, но огромны. Вдовы — самое массовое семейное положение пожилых нижегородцев, вдовцов значительно меньше.

Супружеские пары без детей («пустое гнездо») составляют 38 % выборки, супружеские пары с взрослыми детьми (семья из трех

поколений) — редкость — в сумме 10 %. Несколько чаще встречаются случаи, когда пожилой человек (без супруги) живет с детьми или с другими родственниками. Чаще всего это бабушки. Как минимум половина пожилых женщин живут в подобных семьях.

42 % пенсионеров живут одни, причем проживающий в одиночестве мужчина — редкость.

Например, одинокие мужчины составляют в выборке 4 %, тогда как одиноких пожилых женщин в 9 (!) раз больше.

Интересно распределение власти в пожилых семьях. Там, где семейная пожилая пара без детей, 53 % мужей считают себя главами семей, 45 % — равными с супругой. Мнение супруги по поводу властных отношений в таком семейном ковчеге редко совпадает с мнением мужа: 76 % считают свою семью семьей эгалитарного типа.

Когда пожилая пара живет вместе с взрослыми детьми и внуками, то три четверти стариков мнят себя главой дома. Возрастают претензии на власть у пожилых женщин (пресловутая проблема тещ!). В семьях, где вдова живет с родственниками (или у родственников), 36 % пожилых женщин считают себя вправе диктовать семейному окружению свою волю (либо вынуждены взять на себя бремя лидерства не по своей воле).

У 75 % пожилых людей есть дети — опора в старости. У трех четвертей пенсионеров дети живут вместе с ними, либо в другом месте того же населенного пункта. Близость местожительства играет большую роль в облегчении жизни престарелых, особенно теряющих способность к самообслуживанию. Среди нуждающихся в помощи со стороны каждый второй получает ее постоянно или время от времени, 22 % имеют родственников, но не имеют от них никакой помощи. Наконец, 15% не ждут помощи по этим родственным каналам в силу полного одиночества.

Не остаются в долгу и пенсионеры, хотя свой отцовский или материнский долг перед детьми они давно выполнили: 37 % пожилых людей иногда помогают родственникам деньгами, продуктами, услугами, а еще 17 % делают это систематически. <...>

С возрастом резко сужается круг общения пожилых людей. Чаще всего остается только узкий семейный круг. С точки зрения молодого поколения — ситуация, близкая к домашнему аресту или самоизоляции. Но сами пожилые не воспринимают данное положение столь трагически. 70 % пожилых утверждают, что общения с детьми для них достаточно, четверть сетует, что видятся с детьми реже, чем хотелось бы. Есть и противоположное суждение (3 %) — общения слишком много, надоедают и мешают друг другу.

82 % респондентов, имеющих детей, охарактеризовали свои отношения с ними как хорошие, 14 % — не очень хорошие и только 1 % — как плохие. Учитывая, что люди не склонны афишировать внутрисемейные конфликты, можно с уверенностью сказать, что

проблема взаимоотношений лиц разных поколений в семье существует. <...>

Жилищно-бытовые условия пожилых мало отличаются от жилья лиц зрелого возраста.

Большинство пожилых нижегородцев (88 % мужчин и 83 % женщин) являются собственниками жилья или ответственными квартиросъемщиками, и данное обстоятельство выгодно отличает их от молодого и даже среднего поколения людей, порою не имеющего своей крыши над головой.

В целом жилищно-бытовые условия пожилых людей можно охарактеризовать как сносные по российским меркам, по крайней мере только 8 % опрошенных заявили, что жилищные условия плохие или очень плохие. Большинство семей пожилых людей малочисленны и им не тесно в своих квартирах. У 78 — 82 % пожилых людей, даже если они живут с детьми и другими родственниками, есть отдельная комната в квартире, доме. Массовой проблемой, связанной с жильем (более чем для половины опрошенных пожилых нижегородцев), является поддержание дома или квартиры в пригодном для жилья состоянии.

Велики различия в показателях коммунальных удобств пожилого населения города и деревни. По всем позициям пожилые жители сельской местности уступают горожанам и более всего — старикам из областного центра. Единственное «утешение» для деревенских бабушек состоит в том, что комфорт большого города привнес в образ жизни горожан гиподинамию, значительно уменьшил физиологически необходимые физические нагрузки, обрушил на городских стариков болезни цивилизации. Сельские же старушки обречены на активный, следовательно, более здоровый образ жизни, благодаря чему они и сохраняют свое долголетие.

Для подавляющего числа людей старость и болезни неразрывно связаны. В выборке не встретилось пенсионеров, назвавших состояние здоровья хорошим или отличным. 70 % респондентов отмечают, что в молодом и зрелом возрасте, скажем, в 40 лет, они не обращали внимание на здоровье. Но жизнь заставила изменить взгляды, в результате среди пожилых только 25 % продолжают халатно или варварски относиться к своему организму, остальные предпринимают профилактические меры либо следят за здоровьем постоянно. Фанатичных приверженцев здоровья, подчинивших всю жизнь, все привычки интересам здоровья, практически не было и нет. Отметим, что мы имеем дело с наиболее здоровой частью пожилых людей, сумевших дожить до преклонных лет. Менее здоровые уже отошли в мир иной, не познав горестей и радостей третьего возраста.

Как реагируют пожилые нижегородцы на условия своего бытия? Естественно, по-разному, даже если эти условия одинаковы. Каждый смотрит на объективную реальность сквозь призму своих потребностей, интересов, ценностей и со своей колокольни. Со-

циальное самочувствие пенсионера — это субъективная оценка уровня и степени благополучия непосредственно окружающей его микросреды. <...>

Неизменный блок вопросов в опросах, посвященных исследованию различных сторон повседневной жизни людей, — это выявление насущных проблем, которые более всего беспокоят население.

В первом десятке собрались проблемы, общие практически для всего взрослого населения, нерешенность которых подрывает не просто социальные, но и биологические основы существования человека как живого существа. Спецификой же тревожности пожилых людей является понятная озабоченность стариков состоянием здоровья, недоступностью лекарств и переживание проблем детей и внуков (в интервью рефреном идут слова «я свое отжила, а им еще жить да жить»!). Болезни, физическая немощь и неспособность обслужить себя заставляют все чаще задумываться о смерти. Однако фразы типа «жить невмоготу, скорее бы отмучиться», некоторые добавляют «...и других не мучить», в большинстве случаев — кокетство или минутная дань слабости и не отражают истинного отношения пожилого человека к жизни и смерти...

8 % респондентов в опросе повторили фразу «жизнь в тягость, скорее бы отмучиться». Такие пожелания увеличиваются с возрастом и фиксируются у каждой четвертой женщины старше 80 лет. Мужчины, как правило, цепляются за жизнь, какой бы тяжелой она ни была. Большинство пожилых нижегородцев свое отношение к жизни и смерти высказали твердо и кратко: «хочу жить!» А оглядываясь на прожитое, 92 % пенсионеров заявляют: «Жизнь прожита не зря!»

Спецификой пожилого возраста является краткосрочность жизненных планов, ощущение, что жизнь в любой момент может угаснуть. 53 % живут только сегодняшним днем, 30 % планируют не более чем на год, у 15 % более длительные планы. У нижегородских бабушек с годами возрастает доля краткосрочных планов, которые можно интерпретировать как «досрочное завершение всех дел на земле», как «социальное умирание раньше смерти». У мужчин принципиально иная картина. Доля имеющих долгосрочные планы одинакова как у шестидесятилетних, так и у восьмидесятилетних представителей некогда сильного пола. Один из секретов такого долголетия — в новых начинаниях старого человека, продолжении творческих занятий, в наличии далеко идущих жизненных планов, в силу чего пожилой человек мобилизует энергию на их претворение, а не сидит сложа руки в ожидании «старухи с косой».

Пожилые люди представляют собой большую и внутренне неоднородную общность. Всегда стоит научная и практическая задача попытаться типологизировать эту общность. Половозрастные

критерии интересны, но узки и неполно отражают явления сходства и различия пожилых людей. Мы пошли следующим путем.

Достаточно большой опросник эмпирического исследования охватывал все существенные стороны жизни пожилого человека. Из анкеты размерностью 245 признаков выделено 35 вопросов с порядковыми шкалами и осуществлен переход к пятимерному факторному пространству с объясненной дисперсией 41,5 %. По доминирующим нагрузкам оси новой системы координат существования человека получили следующие названия.

Фактор 1. Самообслуживание человека (F1).

Фактор 2. Положение пожилого человека в семье (F2).

Фактор 3. Образование. Интерес к жизни (F3).

Фактор 4. Социальный статус. Радости жизни (F4).

Фактор 5. Интегрированность в социум (F5).

С помощью кластерного анализа в пятимерном социальном пространстве выявлены внутренне однородные группы пенсионеров, близкие по многим признакам. <...>

Обратим внимание на тендерный срез: три четверти всех опрошенных пожилых людей — женщины. Относительно благополучный кластер тот, где более всего мужчин, тогда как все остальные женские кластеры можно и нужно отнести к разряду неблагополучных. Социальное неравенство мужчин и женщин продолжается до глубокой старости. Опишем особенности полученных типов пенсионеров. <...>

Тип 7. Умиротворенные верующие. Сравнительно небольшой по численности.

Представлен почти полностью женщинами, причем верующими. Большинство относится к низкостатусным группам населения. Проживают в основном в сельской местности и райцентрах.

Низкий образовательный уровень, тяжелое материальное положение. Но рефлексия по поводу своего незавидного положения неожиданна — спокойная, без озлобленности, без стенаний по поводу несложившейся, тяжелой и проклятой жизни. Эти женщины глубоко прониклись христианскими ценностями, мирская жизнь для них второстепенна, они живут по законам Божиим и, соответственно, с любовью относятся к другим людям. Примирились с несправедливостью земной жизни, полагая, что все напасти — это испытания, которые посылает им Всевышний. Несколько упрощенная интерпретация, но в целом именно ее они выбрали и играют свою социальную роль.

Очень удобный тип пенсионеров для управления и манипулирования: довольствуются минимумом, покорные и смиренные, не требуют положенного, не протестуют, «не качают права», не Жалуются в вышестоящие инстанции.

Тип 2. Обеспокоенная интеллигенция. Тип также преимущественно женский. Но по отношению к жизни противополо-

Краснона

жен первому. Этот кластер собрал весьма специфическую, но достаточно распространенную группу людей преклонного возраста, интеллигенции, преимущественно из областного центра (66 % из Н. Новгорода). Здесь самый высокий уровень образования, в прошлом этих людей можно было отнести к средним слоям общества. Несмотря на тяжелейшее материальное положение, они сохранили чувство собственного достоинства, не смирились со своим депривированным положением, активно возмущаются и протестуют против обнищания, против социальной несправедливости. Больше всех обеспокоены социальным и имущественным расслоением общества, нравственной деградацией современников. Острее реагируют на другие общественные проблемы.

Это духовно богатая (развитая культурно) часть пенсионеров, это почти единственная группа (!), имеющая домашние библиотеки. Интересуются жизнью. Теряют веру во взаимопомощь и солидарность поколений; считают, что старики могут рассчитывать только на себя. Сталкиваясь со стеной непонимания и безразличия в поисках правды в коридорах власти, стали озлобленными; так же, как и большинство людей, перестают доверять окружающим.

Самооценки состояния здоровья несколько лучше, чем в среднем по массиву, хотя чаще жалуются на страдания от болей. Эти женщины стойко переносят немощь в старческом возрасте. Острее других пожилых людей переживают нисходящую социальную мобильность (половина самоидентифицируется с низшими слоями общества, порою делая это с мазохизмом) и не хотят мириться с существующим отношением общества и государства к пенсионерам.

Тип 3. Депривированные и больные. Здесь самая большая доля женщин (90 %). Самый небольшой, к счастью, по объему из рассматриваемых типов. Классический пример того, как люди лишены практически всего: семейного счастья, денег, здоровья, радостей жизни. Их рефлексия по поводу условий своего существования, по-видимому, адекватна условиям бытия.

Особенность объединенных в этом кластере — плохое состояние здоровья, необходимость постоянного лечения, страдания от большого букета болезней.

Считают себя обиженными, изгоями и в собственной семье, и в обществе. Не верят ничему и никому. Считают, что в семье их обижают и унижают. Их не любили, и они, по-видимому, не испытали большого чувства. Горестей хлебнули, по их словам, больше, чем радостей. Так сложились обстоятельства или они сами обладают несчастным даром притягивать к себе страдания и горькие испытания. 72% из них имеют низкий образовательный уровень. В большинстве это бывшие малоквалифицированные работницы и колхозницы. Жить с ними в семье психологически трудно. Они в тягость для окружающих родственников не только потому,

что требуют ухода, но из-за их отношения к жизни, поскольку данная категория или тип людей постоянно всем недовольна, они генерируют флюиды тоски, озлобленности, недоверия, ненависти к миру, в котором они задержались. Похоже, что окружающие им платят той же монетой. В этом кластере максимальные показатели насилия в семье.

Тип 4. Благополучные пожилые люди. Самый большой кластер. В этом кластере объединились пенсионеры, которые на фоне остальных групп имеют несколько больший доступ к простейшим благам человеческого существования. Все остальные кластеры можно назвать разновидностями неблагополучия.

Здесь в полтора раза больше мужчин по сравнению со средней долей по выборке и в два-три раза больше представителей сильного пола по сравнению с другими кластерами. Одно это уже говорит о многом. Кроме того, это самый молодой тип пенсионеров, здесь 58 % пожилых не достигли возраста 70 лет.

Преимущества лиц, оказавшихся в этом кластере, многочисленны. Кластер объединил вместе людей, имеющих полноценную семью, здесь самая высокая материальная обеспеченность: денег хватает только на питание «всего» у 42 % молодых пенсионеров. У этих лиц активный интерес к жизни за порогом дома.

Здесь минимальное число лиц с плохими медицинскими показаниями, минимальное число нуждается в помощи окружающих и социальных работников в обслуживании и ведении домашнего хозяйства. Здесь максимальная доля лиц с положительным итогом жизни, с хорошим социальным самочувствием, с ощущением бодрости не только духа, но и тела.

Соответственно тому, что им дает государство и общество, так они и относятся к социуму.

Достаточно благожелательны, меньше критикуют, проблемность повседневной жизни не вопиет, а констатируется без лишних негативных эмоций. В кластере минимальная доля верующих, что вполне объяснимо: мужчины как представители сильного пола реже ищут опоры и поддержки на небесах, предпочитая обустроить себя и свою семью на земле.

Тип 5. Одинокие. Разрушенная семья вследствие смерти супруга, факт проживания в одиночестве (80 %) и отсутствие детей у 37 % — главные особенности лиц, собранных в данном кластере.

Другие характеристики, отличающиеся от средних показателей по выборке, состоят в плохом состоянии здоровья, но в сохраняющейся способности к самообслуживанию и ведению домашнего хозяйства. Достаточно высоко эти лица оценивают свое бывшее положение в обществе, хотя ничто не говорит в пользу обоснованности подобной самоидентификации социальной структуре нижегородского общества.

81 % женщин данного типа живут только сегодняшним днем и не строят долгосрочных планов.

Умерли раньше смерти? Социаль-

но-психологическое самочувствие — одно из самых скверных. Меньше веры в людей.

По объективным показателям большое сходство с первым кластером. Но рефлексия по поводу своего бытия различна.

Думается, что многомерная классификация и типология пожилых людей дает больше информации для понимания положения и роли этой общности в современном российском обществе.

Один из основных вопросов исследования — взаимоотношение поколений. Глазами пожилых людей эта проблема видится следующим образом. По мнению трети, большинство лиц в молодом и зрелом возрастах относятся к старикам в целом с уважением, 56% — безразлично, 12% — неприязненно.

Неприязненное отношение к старикам в обществе, даже на уровне бытового общения, не столь велико, как могло бы быть в наше не самое милосердное время, когда обостряется борьба за ограниченные ресурсы общества между сильными и слабыми. В современном российском обществе, хотя и в меньшей степени, чем в западных странах, вступивших в эпоху модернизации, формируется отношение к пожилым людям, как ненужным обществу людям. Наш европейский менталитет смягчает это утилитарное отношение к пожилым людям как отработавшим свой ресурс, которым место — на свалке. Правда, и на Западе культура полезности людей с ограниченными возможностями, к каким относится и большинство стариков, эволюционирует в сторону культуры достоинства.

<...> В развитых странах есть... опыт защиты или помощи пожилым людям, но ни в одной стране победа над бедностью не одержана, пожилые люди не заняли равного с другими поколениями места в обществе. Социальное неравенство неискоренимо, но надо стремиться сгладить несовершенство общественного устройства соответствующей социальной политикой. Следует не только молодежи, но и старикам предоставлять «равные возможности полноценного участия во всех сферах жизни и видах активности. При этом люди с ограниченными возможностями должны быть интегрированы в общество на их собственных условиях, а не приспособлены к правилам мира здоровых людей» [Шапиро Б.Ю., 1996, с. 414].

Проведенное исследование в контексте демографического прогноза позволяет сделать некоторые выводы:

- социально-психологическое тендерное неравенство до глубокой старости будет сопровождать еще не одно поколение пожилых;
- нисходящая социальная мобильность (по объективным показателям и самооценке), связанная с утратой приписанного статуса, для большинства пожилых людей не оставляет надежд для возможности обретения нового достижительного статуса;

- с феминизацией старости возрастает эмоциональный фон поведения пожилых, предрасположенность к манипулированию, одиночество пожилых женщин превращает их в социальных сирот, отягчая психологическую жизнь всего общества;
- имущественная, социокультурная, эмоционально-психологическая, ментальная стратификация пожилых усложняет (при скудости экономической ресурсной базы и слабой мотивированности среднего и младшего поколений на сочувствие и понимание их жизненных проблем) выработку и реализацию оптимальной социальной политики.

Пока в общественном сознании современного российского общества преобладает парадигма «доживания», которая, на наш взгляд, несправедлива, малопродуктивна, недальновидна. Нельзя почти третьей части населения внушать, что она является лишь объектом вспомоществования и почти не подкрепляемой практической помощью жалости. Социальная политика должна не только защищать и поддерживать, но и ориентировать пожилых людей на сохранение и развитие их социальной субъектности.

Л. С. Шилова

ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ПОЖИЛЫХ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМ¹

Россия, в соответствии со шкалой ООН, уже с 60-х годов XX в. относится к странам с интенсивным демографическим старением населения. <...> По мнению специалистов, в ближайшей перспективе, к 2006 году, показатель нагрузки на работающее население со стороны неработающего должен понизиться [Пенсионная реформа в России, 1998, с. 13 — 14], однако до этого еще предстоит дожить, а возможности улучшить положение населения за счет наращивания социальных расходов в бюджете государства исчерпаны в 1995 г. [Дмитриев М.Э., 1996]. Поэтому на первый план стали выдвигаться задачи не наращивания финансирования, а повышения эффективности имеющихся средств и социальных программ. Это, в свою очередь, требует оценки существующих направлений социальных программ.

Положение пожилых людей в нашей стране усугубляется тем, что нерешенные проблемы накапливаются. Проблемами пожилых и людей преклонного возраста занимались в основном в двух направлениях: изучение возможности привлечения людей послевоенного возраста как трудового ресурса при дефиците последне-

¹ *Шилова Л. С.* Факторы социальной адаптации пожилых в условиях реформ // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 3. — С. 60 — 74.

го по законам высокозатратной экономики социализма и разработка финансовых моделей пенсионного обеспечения.

В русле этих направлений социальной политики для продления трудовой и профессиональной деятельности требовалось, с одной стороны, создавать специализированные рабочие места, улучшать условия труда, а с другой стороны, создавать систему медико-социального и бытового обслуживания пожилых людей для поддержания здоровья и сохранения их функциональной дееспособности. Хотя эти задачи ставились уже в 60-х годах [XX века] они так и не были решены. Последние 10 лет в стране идет пенсионная реформа, но окончательная модель еще не выработана. Однако очевидно, что пенсионная реформа в настоящее время исчерпывает все направления социальной политики в отношении пожилых. Такая односторонняя социальная политика на протяжении вот уже нескольких десятилетий объясняется тем, что социальные программы развивались прежде всего исходя из интересов, а в последнее время и возможностей государства, а не из потребностей пожилых людей.

Если же обратиться к проблемам пожилых людей, то старение и выход на пенсию всегда были и будут наиболее кризисным периодом жизни для всех социально-демографических групп. Кризис обусловлен резкими и одновременными изменениями в жизни: потерей социального статуса, ухудшением материального положения, появлением материальной зависимости от государства и своей семьи, сужением социальных связей, ухудшением состояния здоровья и, наконец, ухудшением психологического самочувствия. Эти факторы кризисного состояния и должны определять основные направления социальной политики в отношении пожилых людей. Но сегодня необходимо учитывать те изменения, которые произошли в обществе и еще более обострили проблемы пожилых людей.

Экономическое положение пенсионеров до перестройки никогда не было удовлетворительным, но оно носило стабильный характер и к тому же им предоставлялась возможность на тех или иных условиях продолжить трудовую деятельность. Кроме того, в ряде отраслей народного хозяйства практиковалась частичная, гибкая или эпизодическая занятость пенсионеров.

Доля работающих пенсионеров среди пенсионеров по старости с 60-х по 80-е годы [XX века] даже выросла с 10 до 30 % [Щенникова Л., 1984]. С 1969 по 1980 г. почти 65% пенсионеров могли работать с одновременным сохранением пенсии [Захаров С, Рахманова Г., 1997].

В годы реформирования основным источником доходов пожилых стала пенсия, которая составляла менее половины средней заработной платы. Отпуск цен в 1992 г. лишил пенсионеров сбережений, а размер пенсионных выплат упал более чем в два раза [Захаров С, Рахманова Г., 1997]. Реформы лишили большинство пенсионеров возможности продолжить работу, а значит, и воз-

возможности самостоятельно улучшить свое материальное положение. Распространилась практика первоочередного сокращения и досрочного отправления на пенсию сотрудников бюджетной сферы (за пять и менее лет до наступления пенсионного возраста). Особенно часто это практиковалось в отношении женщин.

Сейчас пожилые люди не могут конкурировать на рынке занятости из-за ограничений, связанных с состоянием здоровья и в еще большей степени из-за возросшей конкуренции со стороны молодежи. <...> Пожилые люди оттеснены в основном на временную или эпизодическую занятость, а качество их трудовых мест ухудшилось. Трудовая самозанятость, когда пенсионеры зарабатывают перепродажей продуктов и товаров повседневного спроса, стоя на улицах, представляет собой тяжелый физический труд. Физически тяжел и другой источник дополнительных материальных средств — сдача в аренду жилья, если есть такая возможность, и продажа дачного урожая. Менее всех остальных категорий реализуется трудовой потенциал пенсионеров с высшим образованием. По данным Госкомстата, в 1995 г. удельный вес работающих пенсионеров по старости составлял всего 25 %. Вместе с тем, по данным Санкт-Петербургского института экспертизы трудоспособности, около 80 % неработающих пенсионеров по состоянию своего здоровья могли бы продолжать трудиться: треть из них могла бы оставаться на своих предпенсионных рабочих местах, а остальные — в облегченных условиях [Осколкова О.Б., Белоконов О.В., 1997].

Таким образом, в настоящее время у большинства людей нет возможности продолжать трудовую деятельность, которая смягчала бы потерю социального статуса и ухудшение материального положения, а также сохраняла социальные связи.

В оценке целесообразности работы людей в послепенсионном возрасте нет единого мнения. Одни авторы считают, что работающих пенсионеров было бы намного меньше, если бы они были материально обеспечены. Доказательством служат ссылки на исследования, в которых 60 % пожилых основным мотивом продолжения работы после выхода на пенсию называют материальную заинтересованность, а также на то, что среди одиноких пенсионеров доля работающих обычно больше [Никитенко В. В., 1996]. Другие считают, что наряду с материальной заинтересованностью мотивом продолжения работы от 30 до 50 % пожилых является стремление сохранить связи с коллективом, улучшить физическое состояние [Вишневский А., Школьников В., 1997].

Данные социологического исследования, проведенного нами в 1995—1997 гг. в Нижнем Новгороде¹, подтверждают наличие

¹ На базе Нижегородского геронтологического центра во время приема у врача около больницы были проинтервьюированы пожилые люди. В обработку вошло 632 анкеты. Сбором материала руководила И. И. Введенская, заведующая кафедрой социальной гигиены Медицинского института в Нижнем Новгороде.

высокой потребности у пожилых людей в продолжении трудовой деятельности, мотивация которой не ограничивается только желанием улучшить свое материальное положение. Так, 25 % работающих пенсионеров среди мотивов продолжения трудовой деятельности указывают, что работа приносит им удовлетворение, еще 25 % видят в работе средство для поддержания общего тонуса и 37 % работают ради заработка. На вопрос «Как работа влияет на Ваше здоровье?» 49 % ответили, что, продолжая работать, они поддерживают тонус и здоровье; у 19% работа ухудшает здоровье, у 17,7 % не влияет на здоровье, остальные затруднились с ответом. Около 70 % работающих пенсионеров не стали бы менять свою работу на более легкую, 24 % — согласились бы. Итак, в нашем исследовании меньше половины работающих пенсионеров трудятся ради заработка и менее чем у пятой части работа отрицательно влияет на здоровье. Работавших пенсионеров в выборке 22 %, и еще около 30 % хотели бы иметь работу с неполной занятостью и недалеко от дома. Высокая обеспокоенность пенсионеров возможностью потери работы отмечена в другом нашем исследовании — проведенном в 1986—1995 гг. среди жителей Москвы скрининге, выявляющем группы риска хронических заболеваний на основе измерения уровня стресса¹. На протяжении девяти лет реформ, с которыми совпали годы тестирования, у пожилых людей уровень стресса постоянно повышался. Самый высокий уровень стресса из семи шкал теста отмечен именно по шкале «Я очень беспокоюсь о своей работе». Бесспорно, что трудовая деятельность является важным фактором адаптации пожилых людей в период выхода на пенсию, и значение этого фактора стало особенно возрастать в условиях социально-экономических реформ.

Проблема медико-социального обслуживания пожилых за годы реформирования также обострилась. Это связано со многими факторами: система обслуживания и до реформ не удовлетворяла растущие в ней потребности, с приходом рыночных отношений изменился баланс бесплатных и платных услуг в пользу последних, ухудшилось материальное положение пожилых. Неблагоприятные демографические тенденции, которые наметились еще два десятилетия назад, а в годы реформирования еще более резко выразились, усугубили проблемы пожилых людей. К этим тенденциям прежде всего следует отнести так называемое демографическое одиночество пожилых. На протяжении послед-

¹ В обработку вошли 2168 человек в возрасте от 24 до 69 лет. По случайной выборке по почте респондентов приглашали посетить ГНИЦ профилактической медицины МЗМП РФ, где наряду с медицинским осмотром они заполняли социологическую анкету. Исследование проводилось группой психопрофилактики под руководством кандидата психологических наук О.С.Копиной.

него десятилетия разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин составлял около 10 лет и в 1994 г. достиг 14 лет [Численность населения Российской Федерации, 1993, с. 5]. С другой стороны, вследствие роста нуклеаризации семей (в России около 70 % семей — нуклеарные) большинство пожилых людей проживают одиноко, без семьи. Демографическое одиночество обостряет проблемы бытового и медико-социального обслуживания одиноких пожилых людей. В то же время почти вдвое сократились объемы потребляемых бытовых услуг. В годы реформ наметилась еще одна негативная демографическая тенденция — темпы роста численности людей старше 80 лет опережают соответствующие показатели для более молодых людей нетрудоспособного возраста, т.е. женщин от 55 и мужчин от 60 до 79 лет [Шилова Л.С., 1996]. Медицинское обслуживание этой категории людей в три раза дороже, чем обслуживание остальных пожилых людей.

Статистические данные по потребностям пожилых людей в структуре и объеме медико-социальных услуг противоречивы, поэтому обратимся к социологическим данным. По данным нижегородского исследования, 62 % пожилых могут себя обслуживать полностью, 12% — частично, 26 % — не могут обходиться без посторонней помощи. Из тех, кто нуждается в бытовом обслуживании и одновременно проживает в семьях, обеспечены уходом 70%, а среди проживающих одиноко — только 48 %. За проживающими в семьях в 98 % случаев ухаживают родственники, а в 2 % случаев — посторонние люди (за плату). За одиноко проживающими и нуждающимися в обслуживании в половине случаев ухаживают отдельно проживающие родственники, в 20 % случаев — соседи (беря на себя функции социальных работников), в 12 % случаев одинокие люди сами платят за свое обслуживание.

Структура потребностей в видах помощи имеет свои особенности. Для пожилых женщин более характерна приспособленность к быту при ограниченной двигательной активности, а у мужчин двигательная активность выше, но больше потребность в бытовом обслуживании.

В структуре мер социальной поддержки наиболее развиты меры Материальной помощи, но из тех, кому эта помощь положена, реально ее получают, по данным того же исследования, 4,6 % — от органов социальной защиты, 2,8 % — от внуков, 28 % — от Детей, 62,4 % — ни от кого не получают помощи.

Мы видим, что потребности в бытовой и материальной помощи превышают предоставляемые реально услуги. Однако если бы Параллельно с государственными структурами оказание помощи пожилым людям было повсеместно развито в частном секторе, то более обеспеченные материально пенсионеры смогли бы себе по-

мочь. Так, 8 % опрошенных согласились оплачивать медицинские услуги и 26 % согласны на платные бытовые услуги.

Медико-социальное обслуживание одиноко проживающих пожилых людей, число которых постоянно растет, становится все более сложной проблемой. У одиноких пожилых людей раньше, чем у их семейных ровесников, возникают потребности в медико-социальных услугах, и они нуждаются в гораздо большем их объеме. Наконец, у одиноких людей раньше возникает потеря физической дееспособности. Из этой ситуации выход один — проживание в домах престарелых. По данным опроса, только 2,5 % одиноко проживающих пожилых людей согласны с этой перспективой. Идея проживания в современных домах для престарелых воспринимается очень негативно, и это социальная норма. По мнению самих престарелых людей и экспертов, работающих в этой сфере, к самым негативным факторам при оценке проживания в таких домах можно отнести отсутствие возможности выбора соседей при ограниченной практике отдельного проживания, большую численность проживающих, постоянное соседство с людьми, имеющими плохое состояние здоровья, и регулярную высокую смертность, которая производит удручающее впечатление на живущих там.

Интересно, что 67 % опрошенных нравится идея о новом типе пансионатов для пожилых, состоящих не более чем из 10 отдельных квартир, в которых могли бы жить и супруги, а государство предоставляло бы им льготные медицинское и бытовое обслуживание и досуг. Однако только 15 % пожилых согласились бы жить в таких пансионатах. Престарелые люди до полного исчерпания своей дееспособности предпочитают оставаться в своих домах — так им легче переживать жизненные невзгоды и стрессы.

Состояние здоровья пожилых наиболее наглядно иллюстрирует средняя продолжительность жизни, которая к 1994 году достигла самого низкого уровня для экономически развитых стран как по величине (63,88 года для обоих полов), так и по скорости падения (за пять предшествующих лет снижение на 5,84 года) [Вишневский А., Школьников В., 1997].

Наряду с ростом хронических заболеваний в годы реформ началась интенсивная реставрация эпидемиологических заболеваний (инфекционных и паразитарных). Наложение одного типа заболеваемости на другой особенно характерно для пожилых людей. Выросла «сочетанность» хронических заболеваний. По данным социологического опроса, в Нижнем Новгороде сочетанность хронических заболеваний у пожилых и престарелых в среднем достигла 7,9 заболеваний на человека и зависит от возраста: 8,7 заболеваний в возрасте 60 — 64 года, 9,9 — в 70 — 74 года, 7,7 — в возрасте 80 лет и старше.

С возрастом респондентов растет значение субъективной оценки здоровья, которая отражает не только субъективное ощущение человека, но и наличие у него психологических ресурсов. В нашем исследовании по самооценкам группа с «хорошим» здоровьем составляет 4 %, с «нормальным для своего возраста» — 40 %, с «плохим» - 56% ($O < 0,001$).

Самооценка здоровья коррелирует с возрастом. Если взять оценку здоровья «нормальное для своего возраста», то чем выше возраст респондентов, тем больше доля тех, кто ее выбрал. Так, оценили свое здоровье как нормальное для своего возраста 20,3 % респондентов в возрасте 60 — 64 года, 34,7 % — в возрасте 85 лет и старше ($p < 0,001$). Соответственно с возрастом уменьшается доля тех, кто оценил здоровье как «плохое».

С ухудшением функциональной дееспособности пожилых людей ухудшается и самооценка здоровья. Вместе с тем, у респондентов с возрастом также происходит улучшение самооценки здоровья при различных уровнях дееспособности. Например, у пожилых с удовлетворительными показателями дееспособности «плохое» здоровье отмечается в возрасте 60 — 64" года в 51,5 % случаев, а в возрасте 75 лет и старше — всего лишь в 26,6 % случаев.

Та же тенденция прослеживается и в группах с ограниченной и неудовлетворительной дееспособностью. Что касается распределения пожилых людей по уровню функциональной дееспособности, то и по данному показателю отмечается, что 60 —64-летние респонденты с удовлетворительной дееспособностью (их 14 %) считают, что они нуждаются в предоставлении социальной помощи на дому, в то время как респонденты с удовлетворительной дееспособностью в возрасте 75 лет и старше (8,2 %) не высказывают потребности в обслуживании на дому.

Таким образом, и в отношении объективной характеристики здоровья (сочетанность заболеваний, которая прослеживается по амбулаторным картам пожилых людей), и в отношении субъективных показателей здоровья (самооценка здоровья у людей с разным уровнем функциональной дееспособности) обнаруживается общая связь с возрастом респондентов: у пожилых людей первого послепенсионного пятилетия состояние здоровья хуже, чем у людей последующих возрастов. Это находит свое объяснение в том, что выход на пенсию сопровождается стрессовым состоянием, которое и становится пусковым механизмом заболеваемости.²

С возрастом у пожилых людей происходит адаптация к переменам в жизни, вызывающая снижение заболеваемости. Эта же тен-

¹ Женщины выходят на пенсию в 55 лет, но большинство из них продолжают работать. Мужчины выходят на пенсию в 60 лет, но в выборке их значительно меньше. Поэтому здесь и далее мы объединили в возрастную группу 60—64 года мужчин и женщин, имея в виду не формальный возраст выхода на пенсию, а Фактический.

денция отмечается и по статистическим показателям заболеваемости людей старших возрастных групп. Повышение заболеваемости отмечается также в предпенсионном пятилетии.

Среди факторов, которые наиболее негативно влияют на состояние здоровья, пожилые люди в перечне из 15 параметров отобрали следующие (в порядке значимости):

- 1) плохой уровень медицинского обслуживания;
- 2) нервные перегрузки;
- 3) накопившаяся усталость;
- 4) недоступность нужных медикаментов;
- 5) плохое материальное положение.

Обращаем внимание на то, что «материальное положение» вопреки сложившимся стандартам в нашем исследовании оказалось на пятом месте. Но следует иметь в виду, что в скрытом виде этот фактор присутствует и в «плохом медицинском обслуживании», и в «недоступности нужных медикаментов», если учитывать соотношение и качество платных и бесплатных услуг и лекарств. Фактор «материальное положение» у одиноко проживающих пенсионеров занимает второе место в рейтинге. У одиноких также повышается ранг фактора «одиночество». На вопрос: «Чувствуете ли вы себя одиноким человеком?» — положительно ответили 40 % одиноко проживающих пожилых людей и 8 % семейных. Женщины почти в три раза чаще испытывают чувство одиночества, чем мужчины.

В этом же исследовании в оценке уровня удовлетворенности разными сферами жизни по 10 показателям выяснилось, что общий уровень удовлетворенности достаточно высокий: около 80 % удовлетворены жилищными условиями, отношениями с родными и близкими, отношениями с окружающими (первое, второе и третье места в рейтинге удовлетворенности), 70% — медицинским обслуживанием (четвертое место), 60% — питанием (пятое место). В рейтинге неудовлетворенности 53 % не удовлетворены своим здоровьем (первое место), 40 % — материальным положением (второе место), 39 % — отдыхом (третье место). Показатели удовлетворенности разными сферами жизни у семейных пожилых людей намного выше, чем у одиноких. Но различия исчезают, если респонденты продолжают трудиться после выхода на пенсию.

Сравнение субъективной оценки материального положения жителей России, по данным Всероссийского опроса 1995 г., с оценками своего материального состояния пожилыми в Нижнем Новгороде в том же году (формулировки вопросов были абсолютно схожи) показало полное совпадение при более высоких доходах у жителей России [Шилова Л. С, 1996]. Это позволяет сделать вывод, что пожилые легче адаптируются к материальным трудностям, чем другие категории населения, и они в меньшей степени влияют на состояние их здоровья, чем плохое медицинское обслуживание,

нервные перегрузки и накопившаяся усталость (последнее можно обозначить в совокупности как нервное напряжение).

Итак, нервное напряжение — еще один фактор проблемной ситуации пожилых людей и пусковой механизм развития хронических заболеваний. Уровень удовлетворенности — показатель, характеризующий характер адаптации и выявляющий те сферы, по которым адаптация затруднена или не осуществляется. Среди всех возрастных групп пожилые люди в силу накопленного жизненного опыта и навыков должны обладать наибольшими адаптационными ресурсами. Более сильное влияние на здоровье пожилых стрессов, а не материальных трудностей, которые приравнены к условиям выживания, естественно для поколения, которое имеет опыт адаптации в условиях войны и послевоенной разрухи. <...>

По данным вышеупомянутого скрининга, проведенного в 1986—1995 годах в Москве, уровень стресса у людей старших возрастных групп на протяжении девяти лет исследования был самым высоким в сравнении с остальными группами населения и постоянно повышался, особенно в группе 60—70-летних, после 70 лет уровень стресса незначительно снижался, что не отразилось на средних показателях стресса по всей группе пожилых. В то же время по существующим стандартам динамики уровня стресса населения в развитых странах пик стресса приходится на 30—40 лет, а в последующих возрастах его уровень снижается [Crown S., Crisp A.H., 1979].

В России у пожилых людей за годы реформ возросло число стрессоров, среди которых наиболее сильным являются переживания по поводу потери работы. Эти данные совпадают с данными о психологическом самочувствии в мониторинге ВЦИОМа, по данным которого старшее поколение характеризуется самым высоким уровнем тревожности и нервного напряжения [Экономические и социальные перемены, 1993, с. 11—13].

По данным нижегородского исследования, психологическое состояние пожилых представлено такими данными: 78,5 % респондентов отметили, что ощущают постоянное бессилие перед различными обстоятельствами, 58 % считают себя нервными и раздражительными, 53 % пожаловались на бессонницу и прерывание сна кошмарами, 51 % — тяжело переносят трудности, 34 % — потеряли способность что-либо решать, 30 % — спорят, зная, что они неправы. Психически здоровыми среди опрошенных можно считать 37 %, у 39 % имеется астеноневротическая симптоматика, у 12 % — невротические депрессии, у 10 % — алкоголизм, у 2 % — психозы. У женщин самооценки психического состояния хуже, чем у мужчин ($p < 0,001$). Психическое состояние одиноких также намного хуже, чем семейных пожилых, но опять же, если пожилые люди продолжают работать, то различия в семейном положении сглаживаются.

Состояние психологической дезадаптации усиливается потерей социального статуса, сужением круга социальных связей. Переживания по поводу реформирования духовных ценностей, распада Союза, потери сплоченности между поколениями и среди всего населения, по поводу преступности — столь велики, что эти моменты общественной жизни последних лет перечисляются пенсионерами в ответ на вопросы о том, что произошло в их жизни за последние пять лет, как факты личной биографии. Оценка политической ситуации в стране у большинства опрошенных вызывает агрессивность и волнение.

Важным показателем социального самочувствия и здоровья пожилых людей является отношение к срокам продолжительности жизни. Поскольку у каждого человека одновременно есть мотивация и желание прожить как можно дольше и нежелание этого, мы предоставили респондентам возможность самим сформулировать мотивы положительного и отрицательного отношения к срокам максимальной продолжительности жизни. Число мотивов нежелания жить как можно дольше оказалось больше, чем число позитивных мотивов максимальной продолжительности жизни.

Основной мотив желания прожить как можно дольше — «сделать как можно больше для родных и близких». Мнение, что «жить как можно дольше — это естественное стремление каждого человека» высказали треть опрошенных. Еще треть среди мотивов максимальной продолжительности жизни указали совсем не оптимистическое обоснование — «умирать страшно», в этом мотиве скрыты не только неподготовленность к умиранию атеистов, но и все та же боязнь беспомощности и болезней. Воля к жизни, которая, по мнению психологов, является определяющим фактором роста сроков продолжительности жизни, у одиноких выражена заметно слабее, чем у семейных пожилых. Среди мотивов жить как можно дольше они в три раза реже выбирают «многое в жизни не успел» и в два раза чаще семейных выбирают мотив нежелания жить как можно дольше — «с некоторого возраста жить неинтересно». Примечательно, что в отношении желаемых сроков продолжительности жизни разница между одинокими и семейными невелика. Так, практически одинаковое число респондентов из обеих групп указали, что не хотят жить как можно дольше из-за боязни болезней и беспомощности (соответственно, 73 % одиноких и 68 % семейных), «не хочу быть обузой родным» — 57 и 54%, «жить стало трудно и страшно» — 38 и 35 %. Как видим, статус долгожителя одинаково непривлекателен и для семейных, и для одиноких людей.

Если в обществе низка ценность долголетия, то снижается и ценность здоровья. Поэтому среди пожилых — той части населения, которая более других обременена болезнями, — около 60% считают, что «здоровье — это, конечно, важно, но иногда прихо-

дится забывать об этом ради, например, дополнительного заработка», а 76 % пожилых признались, что о здоровье они не заботятся. Остальные ответили, что заботятся тогда, когда здоровье ухудшается.

Главная цена реформ, которую заплатило все население, но в большей степени пожилые люди, — потеря здоровья и постоянное состояние нервного напряжения. Максимальная продолжительность жизни, статус пожилого человека в нашем обществе перестали быть социальной ценностью.

* * *

В начале 90-х годов [XX века] в экономически развитых странах поднимался вопрос о преодолении неравенства пожилых в показателях здоровья и удовлетворении основных жизненных потребностей. В 1994 г. ВОЗ обратилась к исследователям с рекомендациями изучить факторы качества жизни пожилых, возможности повышения мобильности и улучшения психологического и психического состояния, перестройки структуры и формы оказания медико-социальной помощи на дому [Hermanova H.M., 1995]. ВОЗ призвала также изучить влияние политики на состояние психологического напряжения, возможности для сохранения человеческого достоинства и повышения роли пожилых в обществе.

Эти задачи в той же степени актуальны и для нашей страны. Нам кажется, что развитие в социальной политике таких направлений, как обеспечение пожилых соответствующими рабочими местами, удовлетворение их потребностей в объеме и структуре медико-социальной помощи на дому, расширение служб психологической помощи, которые способствуют адаптации людей позднего возраста к условиям рыночной экономики, должно осуществляться за счет рыночной экономики. В экономически развитых странах для преодоления дефицита средств на социальные программы стимулируется привлечение частного сектора к участию в социальной политике. С этой целью разработано множество моделей сотрудничества государства и частного сектора. Кроме того, практика расширения субъектов социальных программ способствует росту сопереживания общества проблемам пожилых людей и росту их авторитета.

Сегодня в решении проблем пожилых людей все усилия направлены в основном на поддержание экономического положения, тогда как развитие перечисленных выше направлений могло бы одновременно оптимизировать средства, выделяемые на социальные программы, и преодолеть запаздывающую модернизацию нашего общества в сфере социальной политики.

К ПРОБЛЕМЕ ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ'

Возрастные характеристики индивидуального развития человека есть характеристики временные. Как и всюду, в индивидуальной жизни время определяется материальными процессами, структурой и динамикой развивающейся материальной системы, одной из форм существования которой является время. Неотделимость времени, как и пространства, от движущейся материи имеет капитальное значение и для понимания так называемого биологического времени функционирования отдельных органов и их констелляций, онтогенетической и филогенетической эволюции целостных систем. Возраст чаще всего определяется как длительность существования того или иного тела, материальной системы, вида, реакций и т.д. Так, например, Я.Ф.Аскин пишет, что «понятие возраста синонимично длительности» [1966, с. 88] и, следовательно, относится к количественным характеристикам биологического времени. Эта метрическая характеристика биологического времени выражает существенные свойства не только онтогенетического развития, но и филогенетического ряда, к которому относится данный онтогенез.

Возраст отдельного организма можно рассматривать как одну из интегральных его характеристик, измеряемых масштабом средней продолжительности жизни всех индивидов данного вида. Среди млекопитающих *Homo sapiens* занимает одно из самых первых мест по продолжительности жизни, а среди приматов — первое место. По отношению к наиболее высоким из них по уровню раз-

¹ *Ананьев Б. Г.* Избранные психологические труды: В 2 т. — М.: Педагогика, 1980. — Т. 1.- С. 186-193.

вития, например шимпанзе, продолжительность жизни человека превышает в 3,5—4 раза величину как средней, так и максимальной продолжительности их жизни. Это явление объясняется увеличением коэффициента цефализации в человеческом развитии (сравнительно с другими приматами) под влиянием труда, языка и других социально-исторических факторов.

Это влияние усиливается по мере исторического развития, и увеличение средней продолжительности жизни индивида вполне правомерно рассматривается как один из показателей социального прогресса и совершенствования *Homo sapiens*. Тем не менее нельзя считать, что сущность возраста сводится лишь к длительности существования индивида, определяемой по отношению к средней продолжительности жизни вида *Homo sapiens*. Метрическое свойство времени далеко не исчерпывает эту сущность. Возраст не сводится только к сумме прожитых лет, к общему времени жизни индивида, к определенному моменту его существования.

Другим свойством, не менее важным, чем метрическое, является качественная характеристика времени, его топологическое свойство — однонаправленность, одномерность, необратимость («стрела времени»). Именно это свойство представлено в процессе становления, его фазности, временной упорядоченности и последовательности состояния. Возраст есть определенность того или иного состояния, фаза или период становления, метрически определяемых по отношению к общему видовому эталону продолжительности жизни.

Следовательно, возраст индивида соединяет метрическое и топологическое свойства времени: длительность существования (исчисляемого с момента рождения) и определенность фазы становления — периода развития индивида.

Авторы современных классификаций (периодизаций) фаз жизненного развития человека стремятся, хотя и не всегда с достаточным успехом, сочетать обе временные характеристики в единой классификационной схеме. Примечательно, что расхождение между учеными в понимании основных фаз жизни (процесса становления) приводит к метрическим расхождениям в оценке продолжительности жизненных промежутков. Однако в любой из современных классификаций возрастов содержатся оба параметра времени — метрическое и топологическое, охватывающие весь жизненный цикл человека. Рассмотрим некоторые из этих классификаций. Одной из наиболее распространенных является классификация, используемая Дж. Бирреном, специально учитывающая продолжительность каждого из отрезков (промежутков) жизненного цикла человека. <...>

Эта классификация фаз как возрастов не всегда выдерживается, так как выделение дошкольного периода (по социально-педагогическому признаку) нарушает такой принцип и тесно связано

со ступенями общественного воспитания, принятыми в англоамериканских странах. Сомнительно слияние в один период отрочества и юности, вследствие чего юность фактически отождествляется с подростковым (пубертатным) периодом. Условность и произвольность такой (и других подобных) конструкций возрастов объясняется состоянием генетических исследований (в психологии человека).

Интересна вместе с тем попытка определить продолжительность каждой фазы, учитывая их разнородность и закономерность возрастающей продолжительности более поздних фаз (сравнительно с более ранними). Эта закономерность не является чисто биологической, так как не имеет соответствий в онтогенезе других приматов, но также и не может трактоваться как чисто социальная особенность накопления индивидуального опыта в процессе онтогенетической эволюции. Сплав органического и культурного в индивидуальном развитии человека динамически проявляет себя в обоих параметрах времени человеческой жизни: по мере преобразования фаз жизни, периодов становления изменяется их продолжительность в современных исторических условиях. Действительно, следует учитывать при определении продолжительности пубертатного периода закономерность ускорения общесоматического и полового созревания, а при определении продолжительности некоторых периодов зрелости, напротив, замедления процессов старения в современных исторических условиях.

Классификация Дж.Биррена, однако, не является единственной пробой сочетания обоих параметров времени в возрастной классификации. Другой, причем более фундаментальной, пробой является классификация Д. Бромлей, предложенная в 1966 г. [*Bromley D.*, 1966]. В ее классификации собственно возрастом называется длительность той или иной стадии жизни, которых она насчитывает 16. В свою очередь стадии являются основными моментами общих циклов человеческой жизни, к которым она относит эмбриогенез (период беременности), детство, юность, взрослость, старение, старость. Метрически оцениваются не эти общие циклы, а составляющие их стадии, каждая из которых подробно характеризуется ею на основании экспериментальной психофизиологии и социальной психологии. Стадии и циклы являются качественным описанием процессов становления, которым соответствуют диапазоны колебаний длительности этих состояний развития. Поэтому, несмотря на терминологическое ограничение в возрастных характеристиках, мы имеем основание рассматривать классификацию Д. Бромлей как новую возрастную периодизацию.

Первым циклом, охватывающим четыре стадии первоначального развития индивида, является внутриутробный период с его сменой последовательных состояний (зигота —> эмбрион —> зародыш —> рождение). Длительность этого цикла измеряется по про-

должительности периода беременности и существования индивида в материнской среде. Все последующие стадии измеряются по продолжительности от момента рождения.

Второй цикл (детство) охватывает три стадии: младенчество (от рождения до 18 месяцев), предшкольное детство (от 19 месяцев до 5 лет), раннее школьное детство (от 5 до 11—13 лет). Каждой из этих стадий Д. Бромлей дает определенную социальную и психофизиологическую характеристику, усложняющуюся по мере становления личности. <...>

Четвертый цикл, наиболее полно охарактеризованный на основе новейших исследований, — взрослость. Он состоит из трех основных стадий: ранней взрослости (21—25 лет), средней взрослости (25—40 лет), поздней взрослости (40—55 лет). Средняя точка этого цикла развития находится, по Д. Бромлей, между 45—50 годами. Она выделяет в качестве особой переходной стадии предпенсионный возраст (55—65 лет в условиях современной Великобритании).

Пятый, последний цикл — старение — включает три стадии: отставки, или удаления от дел (65 лет и более), старый возраст (70 лет и позже) и окончательный — болезни и смерти (максимум в условиях Великобритании — 100 лет при средней продолжительности жизни в этой стране, по данным 1965 г., мужчин — 68 лет, женщин — 74 года).

Классификация Д. Бромлей интересна потому, что она делит периоды жизни на циклы и стадии, измеряемые различной продолжительностью в зависимости от жизненного содержания этих моментов становления. Она сделала серьезную пробу сравнительно-возрастной характеристики развития интеллекта, эмоционально-волевой сферы, мотивации и социальной динамики личности, оставляя в стороне морфологические сдвиги и возрастную динамику трудоспособности. Эта сторона развития, напротив, была выделена Г.Гриммом [1967] в качестве специфической основы для периодизации развития взрослого человека. Г. Гримм справедливо отмечает, что разделение человеческой жизни на те или иные отдельные отрезки вряд ли можно осуществить, исходя из одного какого-либо принципа, так как в каждом из периодов выдвигается другой, некоторый новый (по сравнению с предшествующим) принцип развития (вид питания, моторики, половое созревание, продуктивная деятельность и т.д.). Периоды внутриутробного развития определяются Г. Гриммом по метрико-антропометрическим критериям для всех моментов роста и созревания. Затем он особо выделяет период достижения оптимальной трудоспособности — трудоспособный возраст, как он называет взрослость. После наступления первых признаков обратного физического развития и снижения работоспособности отмечается своего рода ранний этап

геронтогенеза. Старческий возраст Г. Гримм определяет как преодоление процессов разрушения со значительным снижением работоспособности. Затем наступает снижение деятельности органов ниже уровня, необходимого для поддержания жизни, — физиологическая смерть.

Весьма примечательно, что классификация Г. Гримма строится чисто качественно, без метрических определений продолжительности каждой из фаз, хотя им указываются верхние пороги или границы главнейших из них. По мнению Г. Гримма, «числовые выражения для определения временных границ периодов... возможны только для первых периодов» [1967, с. 12]. Чем более поздним является период роста и созревания, тем менее определенными становятся величины, характеризующие его начало (нижний порог) и окончание (верхний порог), т. е. переход к следующей ступени. Что касается взрослости или зрелости, определяемых им как период трудоспособности, то автор замечает следующее: «Длительность периода трудоспособности резко колеблется в зависимости от индивидуальных качеств и величины нагрузки. Что касается функции воспроизводства, то у женщин начиная с 35-летнего возраста происходит заметное снижение плодовитости. Климактерий у женщин с постепенным прекращением менструаций представляет гораздо более отчетливую пограничную зону и наступает около 48 лет. У мужчин эта граница выражена менее отчетливо. Такой спорный показатель, как «перелом в работоспособности, может, во всяком случае, не выступать на передний план, так как он в гораздо большей мере зависит от неблагоприятных условий работы и в условиях высокоразвитого производства, отвечающего требованиям гигиены труда, он вряд ли проявляется в виде "перелома". Естественно, что с возрастом у мужчин все в большей степени проявляются симптомы физического регресса, которые в конечном счете могут привести к инвалидности. Однако возрастные границы работоспособности могут колебаться от 50 до 80 с лишним лет» [там же, с. 12].

Г. Гримму, как видим, не удалось исключить длительность фаз из общего описания процесса становления. Взаимосвязь обоих параметров времени входит, следовательно, в любое определение возрастных характеристик. Однако поставленный Г. Гриммом вопрос о нарастающем усилении возрастной и индивидуальной изменчивости в периоды зрелости и старения заслуживает особого внимания. Дело в том, что индивидуальное развитие человека не сводится лишь к онтогенетической эволюции, реализующей определенные филогенетические программы. Индивидуальное развитие одновременно выступает и как социально обусловленный жизненный путь человека, как история становления личности в конкретном обществе, на определенном этапе его исторического развития. Жизненный путь человека, начинающийся с процесса формирования личности в семье и различных звеньях общественного вос-

питания, имеет своим основным содержанием развитие деятельности человека в обществе. Начало деятельности (старт), ее развитие по мере накопления жизненного и трудового опыта и достижение наибольшей продуктивности в производстве материальных и духовных ценностей (пик, или оптимум деятельности), наконец, прекращение деятельности (финиш) — все это основные моменты развития человека как личности и субъекта деятельности.

Структура жизненного пути и его временные характеристики определяются общественно-классовым статусом личности, ее функциями и ролями в определенном обществе, в конкретной общественно-исторической формации. Поэтому как структура жизненного пути, так и основные его моменты (старт, оптимумы, финиш) изменяются в ходе исторического развития от поколения к поколению.

Одни и те же онтогенетические свойства, в том числе и возрастные, функционируют с разными скоростями в зависимости от поколения, к которому принадлежит данный индивид. В общественном развитии человека важное значение имеет время жизни поколения в определенную эпоху, модифицирующее те или иные возрастные особенности. Это обстоятельство прежде всего сказывается в умственном отношении, поскольку объем информации удваивается в [XX] столетии с каждым десятилетием. Поэтому в одни и те же промежутки времени интеллектуальное содержание, в том числе и объем знаний и система интеллектуальных операций, существенно изменяются с общим прогрессом образованности и культуры. Однако влияние общественно-исторического развития на темпы индивидуального развития не ограничивается лишь приростом емкости интеллекта, но распространяется на весь процесс этого развития. Имеются данные об увеличении почти с каждым поколением не только средней, но и нормальной продолжительности жизни человека. Установлено, что в [XX] столетии (сравнительно с XIX в.) [изменились] темпы и сроки как завершения созревания, так и начала старения. Установлено явление ускорения, или акселерации, общесоматического и нервно-психического созревания, а вместе с тем более позднего наступления климактерического периода и общее замедление процессов старения. В связи с этим изменяется длительность тех или иных возрастных стадий, увеличивается общая продолжительность юности и взрослости. Следовательно, как и в отношении длительности, так и в отношении моментов становления, т.е. обоих параметров времени индивидуального развития, проявляется влияние исторического времени на это развитие.

Возраст человека следует рассматривать как функцию биологического и исторического времени. Как человек в целом, так и его временные характеристики, в том числе и возраст, есть взаимопроникновение природы и истории, биологического и социального. Поэтому возрастные изменения тех или иных свойств человека яв-

ляются одновременно онтогенетическими и биографическими. Следует считать односторонними и устаревшими представления о возрастных особенностях человека как чисто биологических феноменах. Фактор возраста, который рассматривается в психологических исследованиях, является в действительности суммацией разнородных явлений роста, общесоматического, полового и нервно-психического созревания, зрелости или старения, конвергируемых со многими сложными явлениями общественно-экономического, культурного, идеологического и социально-психологического развития человека в конкретных исторических условиях. Таким предстает фактор возраста и в интересующей нас области. Возрастные изменения сенсорно-перцептивных процессов, рассматриваемых ниже, могут быть правильно поняты лишь в свете диалектической взаимосвязи органического и социального в психическом развитии человека.

Известным основанием для постановки этого вопроса явились значительные поиски в истории психологии и социальной психологии. С разработкой их проблем в психологию вошла категория исторического времени, являющегося параметром общественного развития и одной из характеристик исторической эпохи, современником которой является данная конкретная популяция и исследуемая личность.

События в жизни отдельного народа и всего человечества (политические, экономические, культурные; технические преобразования и социальные конфликты, обусловленные классовой борьбой; научные открытия и т.д.) определяют даты исторического времени и определенные системы его отсчета.

Историческое время, как и все общественное развитие, одним из параметров которого оно является, оказалось фактором первостепенного значения для индивидуального развития человека. Все события этого развития (биографические даты) всегда располагаются относительно к системе измерения исторического времени (исторические даты). Объективные социально-экономические различия между событиями в ходе исторического развития определяют различия между поколениями людей, живущих в одной и той же общественной среде, но проходивших и проходящих одну и ту же возрастную фазу в изменяющихся обстоятельствах общественного развития. Возрастная изменчивость индивидов одного и того же хронологического и биологического возрастов, но относящихся к разным поколениям, обусловлена, конечно, социально-историческими, а не биологическими (генотипическими) причинами [Birren J., 1964, с. 29]. (В качестве примера можно сослаться (в извлечениях) на статистические данные ряда американских авторов об изменении среднего возраста мужчин и женщин, впервые вступающих в брак (время их первого брака), приведенные Дж.Бирре-ном. Он отмечает постепенное снижение («омолаживание») величин, более резко выраженное у мужчин. В 1890 г. средний возраст

для женщин равнялся 22,0 годам, а для мужчин — 26,1 годам. В 1949 г. для женщин этот возраст был равен 21,5, а для мужчин — 24,3. Зато уже в 1959 г. средний мужской возраст оказался равным 22,3 годам, между тем как средний женский возраст снизился незначительно — до 20,2 года. Не менее интересны данные о среднем возрасте обследованных супругов, когда был заключен брак первого (старшего) из их детей. В 1890 г. потенциальной бабушкой женщина становилась (в среднем) в 55,3 года, а в 1959 г. в 47,1 года. Соответственно и мужчины становились потенциальными дедами: в 1890 г. — в 59,4 года, а в 1959 г. — в 49,2 года, т.е. на 10 лет раньше.) В психологии было найдено много фактов, свидетельствующих о зависимости конкретных психических состояний и процессов индивида от исторического времени. Установлено, например, что системы произвольной памяти в течение воспоминаний зависят от расположения их относительно «оси» исторического времени.

В социальной психологии имеются многие данные о быстрой смене перцептивных установок людей в зависимости от хода исторического времени. Восприятие человека и социальных групп человеком (социальная перцепция) всегда соотнесены с особенностями исторической эпохи и жизни народа: они могут быть измеряемы и с помощью системы исторического времени. Такое измерение распространяется на всю сферу эстетического восприятия; историзм человеческого восприятия распространяется фактически на все вещи и предметы, созданные людьми в процессе общественного производства и образующие искусственную среду обитания, расположившуюся в естественной среде обитания (природе).

Историческое время, как таковое, конечно, издавна изучается в общественных науках. Но глубокое проникновение исторического времени во внутренний механизм индивидуально-психического развития стало предметом исследования лишь новейшей психологии, и оно послужило определенным основанием для постановки вопроса о генетических связях в этом развитии.

Л. И. Анциферова

НОВЫЕ СТАДИИ ПОЗДНЕЙ ЖИЗНИ: ВРЕМЯ ТЕПЛОЙ ОСЕНИ ИЛИ СУРОВОЙ ЗИМЫ?¹

За последние десятилетия в ряде стран мира значительно увеличилась продолжительность жизни человека, многие достигают возраста 90 и более лет. В результате этого поздний возраст человека представляется психологу уже не как короткий и тягостный

¹ *Анциферова Л. И.* Новые стадии поздней жизни: время теплой осени или суровой зимы? //

Психологический журнал. — 1994. — Т. 15. — № 3. — С. 99— 104.

отрезок жизни больных и беспомощных людей, но как значительный по своей продолжительности и социально-психологической значимости период индивидуального пути личностей, не желающих существовать на «обочине» жизни. Период этот недостаточно охвачен научными исследованиями. Если первые 25 — 30 лет жизни человека детально изучены, разбиты на многочисленные стадии и этапы, в рамках которых выделены характерные для них проблемы и кризисы, то столь же длительный отрезок поздней жизни выступает недифференцированным, расплывчатым, во многом непознанным.

Чтобы ярче представить предмет изучения, некоторые психогеронтологи обращаются к воспоминаниям своего детства, в которых большое место занимают образы старых людей. Так, К. Свенсон (С. Swenson) описывает маленький городок, по улицам которого он идет со своим прадедом. Они идут мимо скамеек, на которых сидят старики-патриархи, и каждый прохожий обращается к старым людям со словами приветия. Это почтительное отношение подтверждает общественный статус стариков, их почетное место в социуме. Несколько десятилетий назад в современном обществе получил распространение иной образ стариков как бесполезных и обременяющих общество людей. В то же время психологические исследования наших дней воссоздают, например, такие образы людей позднего периода жизни: они преуспели в жизни, накопили богатый опыт, но желают получить новейшие знания в области своей или смежной профессии и идут в колледж, не стесняясь своего возраста. Находясь в предпенсионном возрасте или миновав его, они тем не менее строят обширные планы на будущее и реализуют многие свои замыслы. Но психологам приходится иметь дело и с другими стариками — пассивными и подавленными людьми, переживающими выход в отставку как трагическое событие жизни, с которым они не могут совладать. Такие люди в поздние периоды жизни — не изображения разных возрастных групп. Это представители разных личностных типов, неодинаково конструирующих свою жизнь и прибегающих ко многим, подчас противоположным стратегиям преодоления жизненных трудностей.

В настоящее время большинство людей нелегко переживают приближение 60 — 65 лет. Именно этими роковыми годами по легенде, рассказанной Свенсоном, более ста лет тому назад канцлер Бисмарк определил границу работоспособности человека, и она была принята многими государствами [Swenson С, 1983]. Между тем за это столетие в обществе произошли существенные изменения — улучшились сама жизнь, условия труда, большими успехами отмечено развитие медицины. Многие психологические исследования показывают, что большинство людей в постпенсионном возрасте сохраняют работоспособность, компетентность, интеллектуальный потенциал. «Новые старики», как стали называть в

наши дни пожилых людей, отстаивавших свои права на активную жизнь в обществе, могут осваивать и новые профессии, совершенствоваться в сфере своего привычного дела. Результаты исследований, проведенных L.-M.Tollier (1983), указывают на то, что приблизительно 76 % людей, находящихся на пенсии, хотят продолжать работать. Многие из них находят новые занятия, что благотворно сказывается на их здоровье и удовлетворенности жизнью. О.Сегерберг изучал жизнь 1200 человек в возрасте 100 лет. Он приводит высказывание одного из участников исследования: «Мы должны помнить, что работа является биологической необходимостью». Свенсон, опираясь на данные своих работ и исследований Сегерберга, заключает, что «полезность» (или чувство полезности) и «работа» выступают главными факторами, которые обеспечивают и предсказывают значительную продолжительность жизни.

Весьма показательны результаты лонгитюдного геронтологического исследования, проведенного в Бонне под руководством Х. Томе (H. Thomae) и У. Лер (U. Lehr). Оно было начато в 1965 г. В нем участвовали 222 человека. К 1977 г. число участников сократилось до 81 человека. Их возраст охватывал период от 72 до 87 лет. Психологов интересовало, в частности, как за прошедшие 12 лет у старых людей изменились показатели активности, приспособленности, побуждательности (Anregbarkeit), какой стала способность управлять событиями своей жизни, какое настроение начало преобладать в поздний период жизни. Результаты показали, что у большинства стариков активность отнюдь не уменьшилась, сохранилась система побуждений, улучшился процесс адаптации, однако снизилась способность контролировать события своей жизни и ухудшилось настроение. В то же время у ряда других участников лонгитюда показатели формально-динамических характеристик снизились. Эти данные, как подчеркивают Лер и Томе, указывают на необходимость дифференциального подхода при разработке проблем психогеронтологии [Thomae H., 1988].

Предварительное обобщение результатов доступных нам работ, касающихся психологии позднего периода жизни, позволяет выделить *два личностных типа*, отличающиеся друг от друга уровнем активности, стратегиями совладания с трудностями, отношением к миру и себе, удовлетворенностью жизнью.

Представители *первого типа* мужественно, без особых эмоциональных нарушений переживают уход на пенсию. А между тем это событие психологи считают одним из трех предикторов скорой гибели людей пожилого возраста. Вторым предиктором является смерть одного из супругов, проживших вместе долгую жизнь. Третий предиктор — это переселение старых людей в дом престарелых, особенно если перемещение на новое место жительства происходит помимо воли индивида. ...Обратимся снова к проблеме выхода на пенсию или в отставку. У психологов действительно

есть основания говорить о «шоке отставки». Отставка (или выход на пенсию) означает отделение человека от референтной ему группы, от того дела, которому он посвятил долгие годы. Работник теряет важную социальную роль и значимое место в обществе. Исчезает источник его социальных стимуляций, ухудшается материальное положение. Уходят из жизни друзья, которые могли бы оказать индивиду моральную поддержку. Существенно и то, что у человека резко меняется структура его психологического времени. В хронотопе личности резко уменьшается доля будущего времени, расширившего ее жизненное пространство, являвшегося тем заслоном, который препятствовал мощной власти прошлого завладеть когнитивно-эмоциональной сферой индивида. На протяжении почти всего своего индивидуального пути человек привык жить планами, близкими и отдаленными целями, проектами и замыслами — разными формами будущего. Привлекая для решения задач, связанных с будущим, свое прошлое, смыкая будущее с прошлым, личность формирует собственное настоящее как поле актуальных мотиваций и активных действий. Между тем для многих пожилых людей отставка — это потеря будущего, за тонкими границами которого жизненный мир заполняется сферой неопределенности и бессодержательности. Прошлое, не будучи оттесняемым будущим, начинает господствовать над жизненным миром индивида. Власть прошлого над личностью, поработаемой привычками, незабываемыми воспоминаниями, стереотипами и т.п., в образной форме выражена Р.Кастенбаумом (R. Kastenbaum). Прошлое, говорит он, пожирает новый момент еще до того, как этот момент обнаруживает свой уникальный характер [Datan N. et ai, 1987]. Только психологическое будущее с его перспективами и программами позволяет развиваться личности в поздний период жизни и обогащает ее настоящее новыми мотивациями. Исследования показывают, что многие пожилые люди, старающиеся справиться с «шоком отставки», обращаются к стратегиям, смягчающим патогенный характер кризисной ситуации. Широко используется техника «антиципирующего совладения». Она предполагает поиск новых путей включения в общественную жизнь, планирование свободного времени, предвидение негативных состояний и событий в период отставки. По данным Лер [Lehr U., 1983], у людей на седьмом-девятом десятке лет отмечается высокая активность, которая всегда связана с позитивной установкой на будущее. Люди, планирующие свою жизнь на пенсии, нередко воспринимают отставку как освобождение от социальных ограничений, предписаний и стереотипов рабочего периода. Под влиянием переживания свободы, перехода в слабоструктурированную область своего жизненного мира у личности выявляются новые способности, реализующиеся в увлекательных занятиях. Подобные случаи в своей психотерапевтической практике описывает

А. Маслоу (A. Maslow). Так, у одной из его пожилых пациенток, вынужденной выработать новый жизненный уклад, внезапно проявились прекрасные художественные способности, о существовании которых никогда не подозревали ни окружающие, ни она сама [Maslow A., 1965, с. 157]. У многих индивидов выход на пенсию связан со стремлением передать профессиональный опыт ученикам. Они испытывают тягу к воспитанию нового поколения, наставничеству. Занятие другим интересным делом, установление новых дружеских связей, сохранение способности контролировать свое окружение порождают удовлетворенность жизнью и увеличивают ее продолжительность.

В то же время психологи выявили *второй тип* людей, вышедших на пенсию. В постпенсионный период у них развивается пассивное отношение к жизни, они отчуждаются от окружения, сужается круг их интересов и снижаются показатели тестов интеллекта. Они теряют уважение к себе и переживают тягостное чувство ненужности. Эта драматическая ситуация — типичный пример потери личностной идентичности и неспособности человека построить новую систему идентификаций. Почему же эти люди так тяжело переживают свой поздний возраст, не борются за себя, погружаются в прошлое и, будучи физически здоровыми, быстро дряхлеют? Причин такой неблагоприятной старости много. Можно предположить, что их привычные жизненные стратегии не включали приемов активного совладания с трудностями. Неспособность контролировать окружающие события обусловила восприятие жизненного мира лишь как источник непреодолимых трудностей и неприятностей. Но есть еще один мощный — *социальный* — фактор, негативно влияющий на жизнь людей в позднем возрасте. Это широко распространенный в современном обществе стереотип «старости», «стариков, бредущих по "обочине" жизни». По мнению Томе, быстрые инволюционные процессы, обнаруживающиеся у людей в ранний постпенсионный период, — результат их неспособности противостоять мощному влиянию социальных стереотипов. Их интериоризация приводит к негативным изменениям еще совсем недавно активных и здоровых людей.

О зловещем значении насильно навязываемых людям убеждений свидетельствуют воспоминания бывших узников фашистских концлагерей. <...> Охранники изо дня в день внушали узникам, что У них нет никакой надежды на освобождение, нет выбора и лишь смерть может открыть дверь лагеря. В конце концов некоторые люди стали испытывать чувства безнадежности и беспомощности, что приводило к их быстрой гибели. Другие узники изобрели особую стратегию жизни: они отыскивали в экстремальной ситуации области, в которых оказывались под их контролем некоторые важные аспекты лагерной жизни. Поддерживаемое таким образом чувство Контроля помогло им выжить [Langer E., Rodin J., 1976, с. 192].

Возвращаясь к проблеме позднего возраста, подчеркнем, что распространенные в наши дни стереотипы «старости» применимы лишь к конечным этапам постпенсионного периода. На первых же этапах, которые могут длиться десятилетиями, люди сохраняют работоспособность и желание приносить пользу обществу. У «молодых стариков», кроме большого профессионального опыта, закрепился в форме личностных характеристик и позитивный опыт жизни. Они отличаются реалистическим подходом к событиям, способностью преодолевать жизненные трудности без ненужной агрессии и тревоги. Они могут многому научить менее опытных работников и в то же время готовы в случае необходимости учиться сами. По словам Свенсона, время поздней жизни должно стать «периодом респектабельности». Но для этого пожилым людям необходимо приложить усилия, чтобы изменить общественное мнение. В настоящее время в ряде стран «новые старики» все громче заявляют о себе. Поддерживая идеи о повышении общественного статуса «новых стариков», Б.Скиннер (B. Skinner) цитирует Цицерона: «Старый возраст почитается только при условии, что он защищает себя, поддерживает свои права, не подлизывается ни к кому и до последнего дыхания управляет своей областью» [Skinner B., 1983].

Означает ли все вышесказанное, что у людей до глубокой старости сохраняется ясный ум и желание жить, что их интеллект продолжает развиваться и порождать новые идеи? Эти проблемы широко обсуждаются в психогеронтологии и психологии развития. Вопросы ставятся так: каково своеобразие интеллекта у индивида в позднем периоде жизни, что мешает проявлению способностей старых людей? В своем обзоре работ по вопросу устойчивости и изменчивости интеллекта в процессе жизни Н.Датэн (N.Datan) с соавторами приводят разные точки зрения. Одни психологи доказывают, что «нет возрастных различий в интеллектуальной компетентности» [Datan N. et c/., 1987, с. 116] и лишь пониженная мотивация препятствует ее высокому проявлению у старых людей. Другие психологи, ссылаясь на данные интеллектуальных тестов, доказывают, что в постпенсионном возрасте интеллект снижается. Однако многие ученые подвергают критике заложенный в тестах подход к мышлению: согласно этому подходу, высшей формой интеллекта является формально-логическая мысль. То есть, по мнению Ж. Ля-буви-Вьеф (G.Labouvie-Vief), игнорируются глубинные пласты мышления, их особая «логика», которая актуализируется у пожилых людей. Изучая ход выполнения тестов интеллекта в разные периоды жизни, психологи показывают, что индивиды на этапе поздней жизни относятся к тестовым заданиям как к жизненным проблемам, они персонализируют их, дают им несколько интерпретаций, видят возможность разных ответов. Они опираются на интуитивные процессы, прибегают к метафорам, выходят за пределы дан-

ной им информации. Ответ, построенный лишь на формально-логическом мышлении, представляется им бедным и односторонним.

Разумеется, у многих людей на заключительных этапах поздней жизни возникают существенные дефекты в интеллектуальной сфере, особенно в области памяти. Но и в этом случае активно-преобразующее отношение к себе индивида помогает ему частично компенсировать снижающиеся интеллектуальные возможности. В этом отношении несравненным примером является опыт Скиннера. Он начал профессионально наблюдать за собой в очень поздние годы. По мнению Скиннера, в это время процессы развития у человека прекращаются: не реализуется более внутренний потенциал, не раскрываются латентные структуры, не повышается эффективность поведения. Эти положения на первый взгляд расходятся с его самонаблюдениями. Ученый говорит о новых идеях, осеняющих его ночью, об оригинальных мыслях, неожиданно возникающих у него во время лекций. Однако он считает, что эти идеи — результат постоянного развития социальной действительности, общества. Старый же человек лишь центрирует в субъективно-индивидуальной форме эти идеи, но в то же время чувствует себя их источником. Иногда ученый обнаруживает, что необычная мысль, осенявшая его, уже была высказана им несколько лет назад. Все эти положения представляются справедливыми, но только частично. Вряд ли можно отрицать творческий характер повторно высказанной мысли: ведь по прошествии многих лет она возникала в новом контексте, актуализировалась применительно к новой проблеме, а значит, наполнилась иным содержанием.

Наблюдая за собой, Скиннер отмечает значительные дефекты памяти и повышенную утомляемость. Но он не мирится со своими возрастными изменениями, а вырабатывает стратегии их компенсации: часто забываемые вещи он заранее размещает так, чтобы они обязательно попадались ему под руку (например, вешает зонт на ручку двери); рядом с кроватью ставит магнитофон, чтобы немедленно записать пришедшую ночью в голову мысль. Эту стратегию Скиннер называет «психологическим протезированием окружения». Он перестраивает также способ вербального общения с окружающими, особенно с коллегами. Чтобы во время Длинного монолога собеседника не забыть свои возражения, замечания и дополнения, ученый выработал определенные формулы, позволяющие ему вежливо приостанавливать поток слов коллеги и делать нужное замечание. Старость — это быстрая, но не замечаемая самим субъектом Утомляемость. Она отрицательно сказывается на качестве работы, Приводит к ошибкам, которые индивид с изумлением обнаруживает позже. Когда Скиннер раздумывал над проблемой утомляемости в позднем возрасте, ему попались отчеты об обнаруженных в Гарвардской библиотеке документах, относящихся к концу

рой мировой войны. Среди них оказался весьма любопытный для психологов документ. В нем содержался приказ Гитлера, адресованный нескольким оставшимся в Германии ученым. Они должны были выяснить, почему умные и компетентные люди принимают плохие, неверные решения. Ученые ответили, что основной причиной явилось сильнейшее умственное утомление, и перечислили его признаки. После этого Гитлер издал приказ: любого офицера с подобными признаками немедленно направлять на отдых.

Многие из выделенных признаков психолог обнаружил и у себя, дополнив список индивидуальными наблюдениями (ошибки в письме, при игре на пианино, чертыхание, склонность порицать других за допущенные в делах промахи, тенденция работать значительно дольше, чем обычно, и т.д.). Восприятие этих признаков индивидом, которому известно их значение, позволяет человеку вовремя прервать свою деятельность, расслабиться, чтобы затем снова работать продуктивно.

Конечно, все компенсирующие стратегии не могут предотвратить наступление периода дряхлой старости, когда человеку уже трудно обойтись без помощи других. Для некоторых стариков одна из самых тяжелых ситуаций в жизни — это переселение в дом престарелых. Как бы ни был благоустроен интернат, люди теряют там возможность контролировать события, принимать решения. Они уже не могут строить собственные планы и реализовывать их. Ученые пытаются разработать приемы психологической помощи обитателям интернатов и найти средства повысить их активность. Позитивная роль возможности контролировать хотя бы некоторые сферы своей жизни выявилась в одном из экспериментов. Исследования заключались в следующем. Обитателей (в возрасте от 65 до 90 лет) одного из весьма благополучных интернатов разделили на две группы, перед каждой выступил директор. Участникам первой группы он сообщил, что они имеют значительные права в своем доме, хотя многие ими и не пользуются. Так, они могут приглашать к себе друзей и сами посещать их; планировать разные социальные мероприятия; распределять свое время так, как им удобно; им не запрещается переставлять мебель в своих комнатах по собственному усмотрению. Сообщалось также, что для них закуплено много красивых растений, понравившееся они могут выбрать и выращивать сами. Выступая перед второй группой, директор подчеркивал, что весь персонал дома с любовью относится к каждому обитателю, сестры и няни охотно выполняют любые их поручения. Если кому-то понадобится помощь, она немедленно будет оказана. В заключение няни вручали каждому участнику какое-нибудь красивое растение. Иными словами, речь перед первой группой была направлена на стимуляцию активности жителей интерната. Директор выделял некоторые области их жизни, за которые они должны были сами нести ответственность. Их побуждали расширять контакты с

окружающими, проявлять инициативу. В речи же перед второй группой директор делал акцент на ответственности персонала.

Всех участников эксперимента обследовали за неделю до его начала и через три недели после разных форм воздействия на старых людей. Результаты бесед с ними экспериментатора сопоставлялись с наблюдениями обслуживающего персонала. Члены первой группы сообщали, что они стали более активными, подвижными и ловкими. 48 % из них чувствовали себя более удовлетворенными жизнью, а некоторые даже называли себя счастливыми. Во второй группе позитивные чувства выразили лишь 29 % стариков. Врачи и няни также отмечали значительную разницу между двумя группами. 71 % из второй группы стал более слабым и пассивным [*Longer E., Rodin /., 1976*].

Итак, исследования показывают, что увеличение продолжительности жизни в некоторых странах привело к появлению новых стадий в позднем возрасте человека. Пока критерии этих стадий не выявлены, мы будем говорить о всем периоде постпенсионной жизни. В периоды, предшествующие глубокой старости, представители постпенсионного возраста тяготеют к активной социальной жизни, стремятся поддерживать и расширять круг своих интересов, заботятся о поддержании межличностных связей. Они хотят и могут быть полезными обществу. В наши j&h «новые старики» борются за свои права, твердо противостоят устаревшим социальным стереотипам. Длительную старческую жизнь они своими усилиями стремятся превратить в «долгую теплую осень». В то же время некоторая часть старых людей, выйдя в отставку, начинает жить бесцветной и пассивной жизнью. Можно предполагать, что и в период старости они продолжают пользоваться привычной для них техникой жизни — смиряться с негативными ситуациями, не пытаясь их изменить. Для таких людей старость — это прозябание, жизнь в «условиях суровой зимы». Дело психологов — детально исследовать поздний период жизни людей и помочь им сделать его уважаемым этапом, укрепляющим в обществе высшие ценности.

Т.Д. Марцинковская

ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ¹

Особенности психического развития человека в пожилом возрасте складываются из нескольких факторов, которые, хотя и относятся к разным категориям психологической науки, тем не ме-

¹ *Марцинковская Т.Д. Особенности психического развития в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 3. — С. 13 — 17.*

нее тесно взаимосвязаны в своем влиянии на каждый период жизни человека. Речь идет прежде всего о механизмах и движущих силах психического развития, его нормативности, в том числе и в критические периоды, в динамике когнитивных процессов и содержания отдельных структур личности (в первую очередь «образа-Я»), а также о социально-психологических параметрах, связанных с изменением социальных ролей и адаптацией к ним.

Некоторые из перечисленных факторов изучены достаточно хорошо (например, движущие силы, закономерности развития в этот период), другие — значительно хуже, хотя их значимость, особенно в последние годы, в связи с увеличением числа пожилых людей и серьезным ухудшением социальной ситуации в нашей стране, существенно возрастет. Прежде всего это касается механизмов психического развития в пожилом возрасте, нормативности их функционирования и тех отклонений, которые возникают при различных нарушениях данного процесса.

Говоря о собственно психологических механизмах функционирования психики в пожилом возрасте, важно помнить о том, что психическое развитие в этот период связано с наложением двух факторов: изменение темпов развития и переориентация его механизмов совпадают по времени с критическим периодом, достаточно серьезным и эмоционально насыщенным. Важен и тот факт, что замедление темпа психического функционирования в этом возрасте совпадает с физическим угасанием, болезнями и соматическими отклонениями.

Этот период, по данным психологов и психогенетиков, отличается и более высоким, чем в стабильные, литические периоды, индивидуальным разбросом. Причем индивидуальные различия связаны не только с чисто психологическими параметрами (самооценкой, уровнем развития познавательных функций, идентичностью и т.д.), но и с высокой вариативностью в доминировании социального или биологического параметра. Для одной группы пожилых людей их болезни, питание, уход за ними, условия проживания и экологическая обстановка имеют первостепенное значение, и именно этими факторами определяется их память, мышление, мнение о себе. Для другой группы пожилых эти факторы, при всей их важности, не являются доминирующими, их самочувствие главным образом зависит от социального статуса, востребованности, творческой активности. Такая вариативность сохраняется, как правило, около года — полутора лет, т.е. примерно от 59 — 60 лет до 61—62 лет. Для людей старшего возрастного периода большее значение имеет биологический фактор, а для младшего — социальный.

Рассматривая особенности психологического кризиса пожилого возраста, необходимо прежде всего отметить, что, несмотря на многочисленные интерпретации его сути, практически все ученые (Э. Эриксон, Б.Г.Ананьев, В.Франкл, П.П.Блонский и др.)

сходятся во мнении о том, что он связан с оценкой ценности и смысла прожитой жизни. Это осмысление, подведение итогов прожитой жизни и, в определенной степени, попытка в оставшееся время что-то изменить или компенсировать. Таким образом, кризис пожилого возраста с психологической точки зрения является таким же смыслообразующим, как и подростково-юношеский кризис, но гораздо более аффективно насыщенным и в чем-то более драматичным. В отличие от подросткового, когда человек только строит планы на жизнь и осмысляет ее перспективы, кризис пожилого возраста — это подведение итогов, а иногда и констатация того, что прожитые годы — бессмысленны. Недаром Эриксон назвал этот кризис «цельность личности — отчаяние».

При анализе содержания данного смыслообразующего кризиса становится более понятным и то изменение в механизмах психического развития, которое происходит в это время. Прежде всего необходимо вспомнить о том, какие вообще механизмы на сегодняшний день открыты психологией. Это девять ведущих механизмов, частично связанных между собой или дополняющих друг друга: идентификация, конформизм, уход, отчуждение, агрессия, компенсация, интериоризация, эмоциональное опосредование и эмпатия.

Если в ранние годы жизни на первый план выходили такие механизмы, как интериоризация (прежде всего культуры, знаний, правил и норм того общества, в котором живет ребенок), идентификация с окружающими и эмоциональное опосредование, то в пожилом возрасте эти механизмы уже почти не имеют прежнего значения. Новые знания формируются с большим трудом, их тяжело наполнить эмоциональными переживаниями, чтобы сформировались новые мотивы. Поэтому у людей пожилого возраста плохо формируются новые ролевые отношения, они трудно привыкают к новым ценностям и новым представлениям о себе и других.

Этим объясняется и тот факт, что все происходящее в мире, как правило, сопоставляется со старым опытом и ассимилируется в его рамках. При этом любые изменения вызывают негативную реакцию, а потому и новое воспринимается как чужое, как «отклонение от доброго старого времени».

Уменьшается и значение идентификации, так как группа общения (друзья, семья) уже создана и в этом возрасте уже почти не пересматривается. Это связано не только с приверженностью к старому опыту, о чем говорилось выше, но и с объективными ограничениями — оставшегося времени жизни, сил, энергии, круга общения, который сформирован и у сверстников. Существенно затруднена, а точнее — почти невозможна, и социальная идентификация, т.е. выбор новой социальной или национальной группы, к которой себя относит человек. Поэтому так сложна адаптация к новой среде (социальной, культурной, даже экологиче-

О Краснова

ской) в этом возрасте. Таким образом, уменьшение роли прежних механизмов частично объясняет, почему сами пожилые люди часто сравнивают процесс старения с восхождением на гору, при котором подъем становится все круче, спутников, как и физических сил, — все меньше, но в то же время уменьшается и число вещей, которые остаются значимыми.

<...> На первый план выходит механизм компенсации, прежде всего компенсации своих потерь — сил, здоровья, статуса, группы поддержки. Можно сделать вывод о том, что для нормального старения очень важно развивать у людей пожилого возраста именно этот механизм психической жизни. В то же время должен доминировать прежде всего адекватный и полный вид компенсации, т. е. этот механизм должен функционировать так, чтобы пожилой человек не уходил в мнимую компенсацию (обычно в свою болезнь), преувеличивая свои болезни и немощи, чтобы привлечь к себе внимание, вызвать интерес и жалость, а то и добиться более ощутимых материальных привилегий. С этой точки зрения становится понятной важность обучения новым видам деятельности, развитие креативности, появление нового хобби и любых форм творчества, так как с их помощью развивается полная компенсация. В то же время ригидность, трудности переключения, возрастающие в этом возрасте, препятствуют развитию нормальной компенсации. Препятствием является и сужение круга общения, загруженность других членов семьи, окружающих, что также не позволяет полностью реализовать этот механизм.

Как правило, именно это является одной из самых распространенных причин тех отклонений, которые возникают в этом возрасте и приводят к включению других, более негативных механизмов психической жизни, прежде всего ухода, отчуждения и агрессии. Все эти механизмы, как правило, присутствуют у любого человека и проявляются в определенных, адекватных для их деятельности ситуациях, например уход от общения с неприятным человеком, агрессия в ответ на оскорбление и т.д.

Говоря об отклонениях, мы подразумеваем доминирование какого-либо одного из этих механизмов, который начинает проявляться во всех, даже неадекватных для него ситуациях. Так, появляются нежелание новых контактов, даже боязнь их, стремление отгородиться от всех, в том числе и от близких людей, эмоциональная холодность, порой враждебность к ним. Такой уход от общения часто сочетается с постоянными упреками в адрес других и уверенностью в том, что пожилому человеку что-то недодали, что в ответ на его самоотверженную заботу и любовь заплатили черной неблагодарностью. С этим связаны обидчивость, конфликтность, желание настоять на своем и в малом и в большом. Отчуждение, уход и агрессия, часто проявляющаяся уже как деструктивность (например, участие в демонстраци-

ях, митингах), являются важным показателем эмоциональной и личностной нестабильности, которые привели к фиксации на одном из непродуктивных механизмов психического функционирования.

Возможно сочетание агрессии с конформизмом, причем планы этих сочетаний чрезвычайно многообразны — от конформного принятия новых правил частной жизни и агрессии на уровне макрообщения до использования и принятия новых социальных ценностей и агрессии по отношению к близким людям. Конформизм может сочетаться и с эмпатией, когда пожилой человек старается привлечь и завоевать расположение окружающих заботой, лаской и вниманием к ним. Чаще всего этот механизм проявляется в частной жизни и работает, как правило, в благополучных семьях, где установлен достаточно тесный эмоциональный контакт между разными поколениями. Исследование механизмов психической жизни в позднем возрасте только начинается в полной мере. Однако уже первые работы показывают, что этот путь позволит не только лучше понять причины отклонений, но и помочь в их коррекции, ускорить и оптимизировать адаптацию пожилых людей к новому возрастному периоду, а также хотя бы частично преодолеть те негативные факторы, которые связаны с отрицательной оценкой своего жизненного пути.

А. Г. Лидере

КРИЗИС ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА: ГИПОТЕЗА О ЕГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОДЕРЖАНИИ¹

В возрастной психологии существует устойчивая точка зрения, что жизненный путь человека от рождения до смерти психологически надо делить на возрастные периоды и эпохи. Периодизация психического (и не только психического) развития человека — краеугольный камень возрастной психологии. Более того, фактически процедура периодизации конституирует сам предмет возрастной психологии. <...> При этом речь идет прежде всего о периодах. Что касается понятия эпох психического развития, то здесь устойчивости взглядов нет.

Мы присоединяемся к тем возрастным психологам, которые в психологическом онтогенезе человека выделяют три эпохи: детство — зрелость — старость. Такой подход оставляет возможность включать в эпохи разное число периодов, по-разному компоновать архитектонику эпохи.

¹ *Лидере А. Г.* Кризис пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании // Психология зрелости и старения. — 2000. — № 2. — С. 6— 11.

Важно, что между эпохами есть границы. Например, понятно, что на границе детства и зрелости находится подростковый возраст. В самом деле, этот возраст совмещает в себе психологические характеристики как детства, так и зрелости, взрослости.

Несколько сложнее представить границу между зрелостью и старостью. По аналогии с предыдущей границей здесь необходимо выделять такой понятный возрастно-психологический период жизни человека, который одновременно относился бы и к зрелости, и к старости. Сама зрелость как череда психологических возрастов состоит из первой (ранней) зрелости, кризиса середины жизни, второй (средней, или поздней) зрелости, кризиса старения и периода, который большинство называет пожилым возрастом (а некоторые — поздней зрелостью, впрочем, не выделяя после нее никакого другого возрастно-психологического периода). Последний период является первым возрастом эпохи старости и последним возрастом эпохи зрелости.

Такая точка зрения помогает понять существующее разночтение в представлениях о кризисе старения. Дело в том, что понятие нормативного возрастно-психологического кризиса в возрастной психологии имеет два смысла — узкий и более широкий. В первом смысле, это граница, соединяющая два психологических возраста (одновременно и разделяющая их). В более широком смысле, возрастной кризис — это возраст, переходный от эпохи к эпохе. Например, есть подростковый кризис в узком смысле слова — это возраст около 10—12 лет, т.е. переход от младшего школьного возраста к собственно подростковому, а есть подростковый кризис в широком смысле слова — это весь подростковый возраст как переход от детства к зрелости.

Аналогичные периоды необходимо выделять и на другой границе эпохи взрослости. Есть кризис старения в узком смысле слова — переход от второго зрелого возраста к пожилому возрасту, а есть чаще употребляемое более широкое понятие — кризис старения как сам пожилой возраст, где многие психологические характеристики зрелости «просвечивают» сквозь не менее зримые характеристики наступающей старости.

Между прочим, можно предположить, что когда Д.Б.Элько-нин ввел понятие большого и малого возрастно-психологических кризисов и одним из больших назвал подростковый кризис, то он имел в виду как раз то, что большой кризис делит эпохи, а не только возрасты, хотя Эльконин никогда не говорил, что большой кризис — это целый возраст (подростковый в данном случае).

Таким образом, старость как возрастно-психологическая эпоха состоит из нескольких возрастных периодов. Их минимум два — пожилой возраст и старческий возраст. Есть точка зрения, что в этой эпохе можно выделить три периода: некоторые добавляют

период, который они называют долгожительством (по сути дела, факультативный, необязательный период человеческой жизни — многие ли доживают до этого возраста?).

Другие ищут и выделяют более облигаторный период, называя его, например, периодом умирания. Оба подхода, вообще говоря, имеют основания. Есть и чисто формальный подход, например введение «первой старости», «второй старости» и т.п. (по аналогии с первой и второй зрелостью). (Обзор точек зрения на периодизацию старения и старости дает Б.Г.Ананьев [1972].) Во всяком случае, возрастные психологи каждый раз должны уточнять, идет ли разговор о старости как одном из периодов психологического онтогенеза или о старости как эпохе, как известном объединении психологических периодов.

Удивительно, но сколько-нибудь расчлененного языка для психологического разговора об эпохах жизни человека нет. Для эпох по крайней мере неприменим столь любимый возрастными психологами язык с использованием терминов «ведущая деятельность», «социальная ситуация развития», «возрастно-психологи-ческие личностные новообразования».

Попробуем высказать гипотезу, которая на материале особого формального анализа эпохи зрелости и переноса по аналогии результатов этого анализа на другие эпохи даст нам некоторое основание, метафору для психологического разговора о возрастно-пси-хологических эпохах жизни человека. Как известно, эпоха зрелости начинается с подросткового возраста. Каковы же главные психологические задачи подросткового возраста? Их лучше всех сформулировал Штерн. Это формирование идентичности подростка в трех основных сферах: «Я» как представитель определенного пола — половая идентичность; «Я» как представитель определенной профессии — профессиональная идентичность; «Я» как представитель определенной религии (или идеологии) — мировоззренческая идентичность. В этом смысле ведущей деятельностью подросткового возраста является «половозрастная идентификация» [Хасан Б. И., Дорохова А. В., 1999]. Основной же кризис эпохи зрелости находится не на границах эпохи, а внутри. Это кризис середины жизни. Очевидно, что психологическим содержанием этого кризиса является *переидентификация*] Часто в этот период человек меняет работу, специальность, место жительства, расстается с семьей, изменяет свои взгляды на семейную жизнь, меняет религиозные (или атеистические) взгляды и пр. и пр. Исчерпанность одних жизненных смыслов и поиск других — вот второй (глубинный, содержательный) слой этого же кризиса... [Массен 77. и др., 1997].

Идентификация, переидентификация... А чем же заканчивается эта эпоха? Разидентификацией! Мораторием на идентификацию, идентификацией со знаком минус.

Конечно, надо понимать, что переидентификация и разидентификация — это различные модусы идентификации. Идентификация как процесс построения и поддержания личностной идентичности идет всю человеческую жизнь. Что же тогда оттеняет этот термин-метафору — идентификацию со знаком минус, раз-идентификацию, мораторий на идентификацию?

Дело в том, что особая работа по конституированию, сохранению, поддержанию идентичности личности в зрелом возрасте практически всегда происходит в условиях экспансии личности.

Личность расширяет свой личностный мир, завоевывает новые «плацдармы» (термин В. М. Розина), усложняется. Личностный рост всегда понимался как особая работа личности («оправдание» себя личностью) в условиях выхода последней за свои пределы, границы, как принятие личности себя новой, усложненной, более богатой...

Это относится и к периоду кризиса середины жизни: исчерпание (развенчание, отказ, отбрасывание, невозможность реализации и пр.) одних жизненных смыслов и упрочение, нарастание, принятие других, не менее значимых и не менее мощных. Преодоление кризисов середины жизни это, несомненно, продолжение жизненной экспансии. Старое же — жизненные цели, смыслы, задачи, ориентиры — отброшено или исчерпало себя: «Я забочусь о принятии нового, но не о сохранении старого...»

Другое дело — кризис перехода от зрелости к старости. Обсуждая проблему ведущей деятельности в пожилом возрасте, мы писали [*Лидере А.Г.*, 1998], что «в отечественной возрастной психологии, к сожалению, отсутствует общепризнанное определение и понимание ведущей деятельности позднего (пожилого) возраста и определение основных личностных новообразований этого возраста». Есть основания согласиться со следующим мнением. Несмотря на вариативность так называемых «здоровых типов старости», в каждом из которых основным содержанием жизнедеятельности пожилого человека становится разная, на первый взгляд, деятельность (общественная работа, деятельность внутри семьи, художественная самодеятельность, путешествия и пр.), ведущей для пожилого возраста является особая внутренняя деятельность, направленная на принятие своего жизненного пути. Пожилой человек не только работает над смыслами своей текущей жизни («жизнь не бессмысленна, я не могу продолжать трудиться, но у меня есть возможности реализовать себя в других сферах жизнедеятельности»), но и неизбежно осмысливает свою жизнь как целое. Плодотворная, здоровая старость связана с принятием своего жизненного пути. Болезненная (в релевантном смысле слова) старость — с непринятием. Кризис пожилого возраста есть кризис отказа от жизненной экспансии.

Это вообще, видимо, переход на другой тип психологической жизнедеятельности, где главным становится не принятие в себе

нового, а сохранение, удержание в себе старого. Принять свой жизненный путь таким, каким он был, — вот задача пожилого возраста. Это значит принять и себя в своем жизненном пути таким, «каким был и есть», и свое психологическое окружение, и многое другое. Болезненная старость — это продолжение экспансии! Конечно, быстрый отказ от жизненной экспансии также болезнен, как в перспективе и ее безудержное продолжение. Здоровая старость — это постепенное завершение, исчерпание задач экспансии.

Видимо, и сама периодизация эпохи старости, т. е. выделение в ней отдельных возрастных периодов, психологически строится именно с учетом того, какие задачи жизненной экспансии исчерпывают себя. Укажем, не расставляя по возрастным периодам, эти исчерпывающие себя смысложизненные задачи:

- 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;
- они меняют свою сексуальную жизнь;
- они перестают путешествовать — нет сил и желания;
- они смиряются с неизбежностью и близостью смерти.

В сущности, нужна еще специальная метафора для периодизации старости как эпохи. Нам пока ясно только основное ее содержание (мы называли это ведущей деятельностью пожилого возраста, что неточно) — принятие своего жизненного пути и себя в нем. Поиски такой метафоры и построение гипотетической периодизации поздних возрастов — задача следующих наших публикаций.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ СТАРЕНИИ ***Л. В. Бороздина, О. Н. Молчанова*** **ОСОБЕННОСТИ САМООЦЕНКИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ¹**

В последнее время заметно возрос интерес к геронтологическим проблемам человекознания. Только в интервале между 1972— 1982 гг. в мире опубликовано несколько тысяч работ по геронто-

¹ *Бороздина Л. В., Молчанова О. Н. Особенности самооценки в позднем возрасте // Вестник Московского университета. — Сер. 14. Психология. — 1988. — № 1. — С. 23—41.*

логии. <...> Изменение возрастной структуры населения ставит перед обществом множество вопросов, в том числе и психологических: что наполняет внутренний мир стареющего человека, имеется ли здесь специфика по сравнению с предыдущими возрастными фазами, и если да, то в чем она, и т.д.? Подобные вопросы диктуются прежде всего практикой, ибо ответы на них дают представление о личностном статусе и стиле жизни в старости, что позволяет при необходимости осуществлять их коррекцию в целях не просто продления жизни, но сохранения ее по возможности полноценной и активной. Но эти же вопросы значимы и в теоретическом отношении, например при анализе развития личности в жизненном цикле, потому что без понимания особенностей периода старости невозможно полностью охватить процесс формирования личности, ее изменения и динамики. <...>

...Люди позднего возраста вынуждены приспособливаться не только к новой ситуации вовне, но и реагировать на изменения в самих себе. В этой связи возникает закономерный вопрос: как человек позднего возраста оценивает себя и свое актуальное существование в свете новых обстоятельств, в которых он оказался, и изменений, происшедших в нем самом, т.е. вопрос о самооценке (СО) в старости как важнейшем регуляторе поведения.

Проблему СО в позднем возрасте вряд ли можно назвать объектом пристального внимания исследователей наряду со всей совокупностью проблем психологии старения [Дупленко Ю. К., 1985]. Анализ СО чаще используется в качестве средства прояснения других вопросов, например ощущения счастья или степени удовлетворенности жизнью в старости и реже для изучения концепции «Я», самоодобрения и т.п. Выполненные работы содержат весьма противоречивые сведения. В одних высказывается мнение о том, что возраст не влияет на ощущение счастья, удовлетворенность жизнью, самоуважение и т.д., которые больше зависят от пола (у мужчин удовлетворение жизнью и самоуважение выше), состояния здоровья, уровня активности, участия в общественных делах, социально-экономического положения, широты и качества социальных взаимоотношений, ориентации на будущее [Neugarten B. et al., 1986; Cutler S.J., 1973; Edwards J.N., Klemmack D.L., 1973; Dickie J.R., 1979]. В других факт возрастного влияния определенно подчеркивается, при этом авторы либо отмечают у пожилых и старых людей более позитивный образ «Я», склонность выделять у себя меньше недостатков и в целом более высокое самоодобрение, чем у молодых [Gurin G. et al., 1960; Thomae #., 1970; Newman B.M., Newman P.R., 1975; Malatesta C.Z., Kalnok M., 1984], либо показывают, что с возрастом концепция «Я» становится все более негативной, самоуважение падает, иногда крайне резко [Dobson C. et al., 1979], среди лиц старческого возраста выявлен наибольший процент людей, не удовлетворенных

своей жизнью [Crandall R., 1973; Bromley D., 1974; Kastenbaum R., 1979].

Что касается собственно СО, то по отдельным данным [Виноградов Н.А. и др., 1972; Amann R. et al., 1980] она тоже снижается, захватывая сферы состояния здоровья, самочувствия и многие другие. Удачной иллюстрацией такой динамики служит эксперимент, в котором от 100 испытуемых — женщин старше 65 лет — требовалось оценить себя в сравнении со «средним канадцем» по шкалам: счастье, финансовая ситуация, здоровье, активность, семья, друзья, дом, клубы и организации, транспорт, полезность. Далее следовало оценить по тем же шкалам себя в лучший год жизни и «старого человека» вообще. Обнаружено снижение позиций «старого человека» по сравнению со «средним канадцем», который условно располагался в середине шкалы, и падение собственного нынешнего положения по отношению к тому, каким оно было в лучший год жизни [Schonfield D., 1973].

Казалось бы, на основании подобных исследований, а также учитывая приведенные выше сведения о характере модификаций концепции «Я», самоуважения и т. п. можно говорить о явно негативном векторе изменений СО в старости. Однако наряду с фактами низкой локализации СО в позднем возрасте имеются данные о ее высоком уровне в сочетании со свойствами неустойчивости и неадекватности по типу завышения [Болтенко В. В., 1976; 1980; Cockerham W.C. et al., 1983]. В. В. Болтенко, в частности, делает вывод об отсутствии тенденции к снижению СО в геронто-генезе, объясняя это нарастающей некритичностью и психологической защитой, что выражается в подчеркивании, демонстрации испытуемыми своих сохранных качеств. Результаты наших ранее проведенных экспериментов [Бороздина Л. В., Молчанова О. В., 1982; Бороздина Л. В. и др., 1983] подтверждают определенные черты СО лиц позднего возраста, описанные В. В. Болтенко и др. (например, ее ретроспективный характер и неустойчивость). Но относительно самооценочного уровня и его общей возрастной динамики установлен противоположный факт: в интервале юность — старость высота СО падает с годами, и у престарелых «рабочим диапазоном» по ряду шкал может стать средненизкий сектор.

Не составляет труда заметить противоречие в трактовке линии изменений СО в период старения, поводом к чему служат сведения о ее разнонаправленной динамике. Если принять во внимание, что психологическое функционирование в позднем возрасте тем лучше, чем выше уровень самоуважения и удовлетворенности жизнью, то вопрос о векторе изменений СО приобретает особую важность как указывающий на специфику регуляции поведения в рассматриваемый период жизни.

Настоящее исследование было предпринято с целью детального изучения СО в возрасте старости. Задача работы заключалась в

выявлении *содержания* СО, т.е. того, что попадает в сферу самооценивания, составляя его предмет, и прослеживании эффекта, с которым оно проводится, а также в анализе традиционных параметров СО: *высоты, устойчивости и адекватности*.

Методика

Для тестирования *содержания* СО использовалась техника М. Куна [*Kuhn M. H., McPartland T. S., 1954*], в которой испытуемый должен за 12 минут дать 20 ответов на вопрос: «Кто Я?» Выбор методики был продиктован ее процедурной простотой и отсутствием предписаний, связывающих обследуемого каким-либо направлением самоанализа. Испытуемые давали ответы вербально в связи с нередкими в старости затруднениями с письмом. На выполнение задачи отводилось 15 минут.

Как показывает опыт применения этой методики, вопрос «Кто Я?» иногда преобразуется обследуемыми в форму «Какой Я?» Для выяснения того, какими видят себя люди старческого возраста, применялась методика «Лист прилагательных» (модифицированный вариант техники М. Кравчука, 1972). Список включал прилагательные, относящиеся к основным группам эмоций: страх — безопасность, грусть — радость, агрессия — дружелюбие, а кроме того, элементы, обозначающие деловые качества, личностные черты, особенности внешнего облика и соматического состояния. Все группы прилагательных были равны по объему и представляли собой антонимические пары. Методика предъявлялась вербально: экспериментатор прочитывал список качеств в удобном для восприятия испытуемого темпе, а реципиента просили по мере чтения называть те качества, которые наиболее точно его характеризуют.

Для изучения высоты, устойчивости и адекватности СО применялась методика Дембо—Рубинштейн (основные шкалы в ней дополнялись с помощью техники «Выбор ценностей»). По инструкции на каждой из шкал, представлявших собой вертикальную линию в 12 см, обследуемый должен был проставить три отметки: а) отражающую свое *реальное* положение, б) *желаемую* позицию и в) действительно *достижимую*. Для верификации графических отметок с испытуемыми проводилась беседа, направленная на выявление общего представления обследуемых о себе и других людях, критериев оценки собственных качеств, способа аргументации демонстрируемой позиции. *Устойчивость* СО определялась в повторном сеансе, следовавшем через 10—14 дней; *адекватность* СО диагностировалась методом экспертных оценок.

В качестве дополнительной методики использовался вопросник Розенберга [*Rosenberg M., 1965*], широко применяемый за рубежом [*Crandall R., 1973; Wells L.E., Marwell G., 1976* и др.]: воп-

росник состоит из 10 утверждений, по каждому из которых обследуемый должен отметить степень приемлемости для себя от «полностью согласен» до «решительно не согласен». Принято считать, что этот опросник направлен на диагностику уровня самооотношения, но нередко он интерпретируется и как тест на общую СО.

В исследовании приняли участие 28 мужчин и 27 женщин, в возрасте от 75 до 93 лет, живущие в пансионате для престарелых № 1 г. Москвы. Группа испытуемых подбиралась на основе заключений терапевта, психиатра и психолога, что обеспечивало достаточно однородный состав участников опыта в отношении их соматического статуса, общего психологического функционирования, отсутствия психических нарушений. Это были люди с высшим или средним специальным образованием, в прошлом инженеры, экономисты, учителя, врачи, финансовые работники и др.

Существует мнение, что удовлетворенность жизнью в старости не зависит от того, живут ли обследуемые в специальных учреждениях для престарелых или дома [Dickie J. R. et al, 1979]. Для учета этой переменной в эксперимент была введена дополнительная группа лиц, живущих дома (трое мужчин и трое женщин), идентичная с основным контингентом по возрастному составу, образовательному уровню и т. п.

Результаты и обсуждение

По инструкции в методике «Кто Я?» испытуемые должны были высказать 20 самооценочных суждений. Анализ продуктивности их работы обнаруживает заметное снижение: среднее количество ответов равно 15,2 при разбросе от 1 до 24. Последнее число может создать иллюзию высокой продуктивности части испытуемых, но оно объясняется тем, что эти лица рассказывали свою биографию начиная с даты и места рождения, сообщая факты детства и прочее, т.е. отвечали не на вопрос «Кто Я есть?», а на вопрос «Кем Я был?» Если же провести подсчет среднего числа суждений по первому вопросу, то выясняется, что оно почти вдвое уменьшено — 9,6. Означает ли полученный факт ухудшение эффективности работы обследуемых в собственном смысле? Такая интерпретация правомерна, но вероятно и вторичное падение продуктивности из-за произвольного или вынужденного обеднения содержания текущей жизни людей позднего возраста по сравнению с их прошлым, на что они иногда указывают прямо и что косвенно отражается в поведении при их затруднении, например, назвать свои актуальные социальные роли. <...>

...Наиболее часто упоминаемыми у мужчин являются категории деловой сферы, в которую преимущественно входят перечисление видов работ и занимаемых в прошлом должностей, описание отношения к работе, указание на стаж, реже приводятся формы деятельности, выполняемой в настоящее время (в основ-

ном общественной). Предпочтение ретроспективного раскрытия деловой сферы еще более заметно у женщин, хотя, описывая себя, они делают акцент главным образом на личностных качествах. При этом чаще других женщинами упоминаются черты «честность» и «трудолюбие», мужчинами — «трудолюбие», «ответственность» и «исполнительность». Часть женщин (26 %) прослеживает изменения в своем характере с перевесом скорее в отрицательную сторону {«озлобленной стала», «менее оптимистична»), чем в положительную («мудрее с годами становлюсь»).

Значительное место в описаниях занимает сфера интересов, увлечений, склонностей. Некоторые лица ограничиваются просто констатацией наличия общего интереса к миру («я в своем возрасте еще всем интересуюсь»), однако превалируют сообщения о каком-либо конкретном увлечении или занятии. В основном это пассивные формы проведения досуга: чтение (называемое чаще других), кино, телевидение, радио, посещение различных лекций и т.д. Активные формы реализации интересов встречаются реже (только 26 % женщин и 14 % мужчин говорят о них). Среди активных форм у женщин — шитье, вязанье, разведение цветов, прогулки в лесу, отдельные виды туризма, обращение к художественному творчеству (живописи, поэзии, музыке); у мужчин — чтение лекций, проведение бесед, спорт. Часть высказываний касается утраченных в связи с состоянием здоровья возможностей («когда не болели ноги, ездила по городам»). При этом отчетливо просматривается возрастная динамика любимых занятий: от активных — в прошлом, к пассивным — в настоящем. Столь заметная представленность категории интересов и увлечений не кажется случайной. Хорошо известно, что с прекращением трудовой деятельности в случаях, если выход на пенсию не компенсируется значимыми для субъекта видами занятости, может наступить та или иная степень дезадаптации, ухудшение психического и физического состояния [Москалец Г.М., 1982]. Среди пожилых людей, имеющих какое-либо увлечение, доля лиц, удовлетворенных жизнью, значительно выше, чем среди тех, у кого любимого занятия нет [Сачу к КН. и др., 1981]. Существенной в самоописании является сфера социальных контактов, что, по-видимому, также закономерно, ибо степень удовлетворенности социальными взаимоотношениями служит одной из базовых детерминант ощущения счастья в старости [Болтенко В. В., 1976]. Наиболее часты ремарки об общении, его стиле. Анализ этой группы высказываний обнаруживает, что для определенной части испытуемых общение — это сложная проблема («я всех боюсь», «я избегаю общаться с людьми»).

Применительно к оценке поведения обследуемого контингента такие реакции понятны: прежние социальные связи сокращаются с возрастом, а переезд в пансионат влечет за собой необхо-

димось налаживать новые знакомства, новый круг общения, что осуществляется не всегда успешно, и тогда человек сталкивается с проблемой одиночества. Описывая социальные контакты, женщины чаще говорят о помощи, которую они оказывают людям («я еще могу быть полезной», «старюсь помочь людям»), изредка останавливаясь на конкретных видах помощи {«покупаю лекарства другим», «ухаживаю за лежащей соседкой» и т. п.}. Для женщин эта функция важна и, по-видимому, адекватна представлению о женском стереотипе поведения: в помощи другим они видят и свою работу, и свой долг, ощущают собственную полезность, нужность, даже необходимость. Мужчины в данной категории высказываний характеризуют преимущественно установку к людям вообще («люблю и уважаю людей»), а также свои отношения с какими-то конкретными людьми, нередко — с противоположным полом («люблю дружить постоянно с определенным человеком, в частности с женщиной»).

К сфере межличностных коммуникаций тесно примыкает группа суждений, касающихся семьи. В нее входят ответы, отражающие семейный статус испытуемых, взаимоотношения в семье (в прошлом и настоящем), описание супруга (супруги), детей, внуков или указание на их отсутствие, смерть близких. Если мужчины кратко очерчивают свое семейное положение, то женщины подробно раскрывают эту тему, особенно отношения с детьми и внуками. Живя в пансионате, они продолжают проявлять заботу, особенно о внуках, правнуках, помогать им, иногда обостренно переживая их радости и неудачи. Женщины, не имевшие семьи или детей, всегда останавливаются на этом обстоятельстве, обычно выражая сожаление. Как правило, семейный климат в прошлом I оценивается позитивно. Но не для всех семья была или остается источником счастья, встречаются высказывания о неудавшейся семейной жизни, о сложных отношениях с детьми («неудачлива в личной жизни», «личная жизнь не сложилась», «детям я уже не ну- жен»). Обращает внимание инверсия в ответах женщин и мужчин по содержанию в них элементов прошлого и настоящего: первые { больше говорят о наличной семье, смещая интерес на следующие | поколения (детей, внуков, правнуков), вторые — о прошлой, ак-| центрируя отношения со своим поколением (женой). Немалое число ответов затрагивает тему здоровья испытуемых, I которое у абсолютного большинства выступает предметом жалоб I («у меня слабое здоровье», «болезнь глаз мешает рисовать» и т.д.). Вместе с тем есть лица, оценивающие свое соматическое состоя-| ние весьма высоко («я по сравнению с другими стариками здоров», I «особенно на здоровье не жалею», «болею редко»).

Одной из отличительных особенностей самоописания в старо-I сти является упомянутая выше его ретроспективная направлен-■ ность. Иногда обследуемые, окидывая взглядом свою жизнь, до-

141

ходят до момента выхода на пенсию и на этом заканчивают повествование. Собственно анализ жизненного пути здесь встречается не столь часто, как у пожилых. Женщины более, чем мужчины, склонны анализировать свою жизнь, оценивая ее в целом. Превалируют положительные оценки прошедшей жизни, реже встречается неудовлетворенность ею, указания на неосуществившиеся желания, мечты (*«хотела стать учительницей — не получилось»*). Многие высказывания, не относящиеся непосредственно к анализу и оценке прожитого, тоже обращены в прошлое. Это касается почти всех используемых категорий, везде встречаются суждения ретроспективного типа, а также характеристики себя по отношению к тому, каким субъект был раньше, констатация или подчеркивание изменений с возрастом. Даже гражданство, профессия, имя даются нередко с эпитетом «бывшие» (*«бывшая гражданка», «бывшая учительница»*). Очень невелико количество ответов на вопрос «Кто Я?», обращенных в будущее. Показательно, что категория «желания, мечты» по частоте упоминания занимает одно из последних мест, причем высказывания этого рода действительно представляют собой мечты, а не планы, желания, а не намерения (*«посмотреть бы весь широкий мир "живьем", а не по телевизору!»*). По комплексу полученных суждений можно видеть, что временная транспектива, охватывающая прошлое, настоящее и будущее субъекта, имеет определенно не симметричную конфигурацию с расширением ретроспективной части. Такие наблюдения полностью согласуются с данными ряда работ, свидетельствующих об особой валентности для личности в старости ее прошлого [Lens W., Gailly A., 1978; Ничипоров Б. В., 1978; Kastenbaum R., 1979; Болтенко В.В., 1980 и др.].

Анализ ответов испытуемых по наличию в них «чистых» описаний, оценок и проблем обнаруживает, что большинство суждений относится к дескриптивным. У мужчин они составляют 79,9, у женщин — 74,4% и являются, по существу, перечислением фактов жизни. Оценки, содержащиеся в ответах мужчин и женщин (соответственно 17,3 и 21,4 %), имеют двоякий вид: обобщенные, точнее достаточно общие характеристики себя (*«я хороший человек», «я недовольна собой»*) и указания на свои конкретные достоинства или недостатки (*«покладиста», «вспыльчив»* и т.п.). Процент ответов, включающих *проблему*, очень невелик (2,5 у мужчин и 4,2 у женщин). Называемые проблемы связаны либо с состоянием здоровья (фактическим ограничением возможностей), либо с трудностями в межличностных коммуникациях (*«к сожалению, дух человека, его интересы, его желания не стареют вместе с телом»* или *«нет уже прежнего общения»*). Следует заметить, что наши испытуемые лишь обозначают проблемы, стоящие перед ними, не пытаясь найти решение и, судя по приведенным высказываниям, не видят реальной возможности выхода. Но подобный харак-

тер вербальной продукции, конечно, не дает права на однозначное заключение об общем модусе поведения обследуемого контингента, как его неспособности или нежелании справляться с трудностями, хотя элемент астении в вопросах решения жизненных проблем здесь налицо. Уже говорилось, что вопрос «Кто Я?» часть испытуемых склонна подменять вопросом «Какой Я?», стремясь описать свои личностные особенности, свойства характера, преобладающее настроение и т. п. Более полные данные такого рода получены с помощью методики «Лист прилагательных». Примечательно, что в ней также явно проступает ретроспективная установка обследуемых — тяготение к отбору качеств, присущих им в прошлом («*жизнерадостный был*», «*раньше была здорова*»). При этом женщины считали утраченными силу, веселость, жизнерадостность, мужество, женственность, здоровье, работоспособность, счастье; мужчины — силу, работоспособность. <...> В беседах с людьми позднего возраста раскрывается особая значимость темы здоровья. Испытуемые много и охотно говорят о нем... Для определенной части лиц старческого возраста здоровье приобретает характер некой сверхценности, способствующей порождению мотивации и деятельности по его поддержанию, сохранению, обереганию. В экспериментальной процедуре испытуемых просили указать кроме реальной также желаемую (идеал) и достижимую (могу) позиции. Из 55 испытуемых 28 дали отказ на инструкцию отразить *желаемую* позицию, мотивируемый тем, что «*неуместно мечтать о невозможном*», «*глупо желать неосуществимого*», «*надо хотеть то, что выполнимо*» и т. п. В это количество испытуемых полностью вошли неадаптированные к старости и частично лица с ретроспективной направленностью СО. Участники опыта, отметившие свой идеал, либо не разводили его с *реальной* СО — «*остаться в таком же виде без ухудшения*», «*так дожить до конца*», «*на лучшее трудно рассчитывать в мои годы*» (16 человек), либо если разводили, но проставляли желаемую позицию формально, понимая, что расстояние между *реальной* и идеальной СО не может быть преодолено (11 человек). Идеальная СО в данном случае не имела сколько-нибудь значительной смысловой нагрузки, не выполняла своей регулирующей функции, и надо сказать, что ее уровень был относительно невысоким... Не все из указавших *желаемую* позицию отмечали *достижимую*. Оценка «могу» в большинстве случаев сливалась с реальной («что я могу? — уже ничего»), реже расходилась. В последнем варианте она имела некоторое сходство с тем психическим образованием, которое в психологии именуется «зоной ближайшего развития». Как оказалось, эта «зона» у них весьма мала. *Реальную* СО не отождествляли с *достижимой* почти исключительно испыту-

емые с активным приспособлением к старости. Этим лицам свойственна точка зрения, которую выразил один из них следующим образом: «Если бы человек жил только реальной жизнью, было бы страшно. Человек живет надеждами, стремится жить так, чтобы эти надежды превратить в действительность, чтобы эти результаты шли на пользу общества, а значит, и меня». Анализ бесед обнаруживает, что наиболее существенными факторами, препятствующими реализации идеальной и достижимой позиций по всем шкалам, являются: здоровье, возраст (старость), одиночество или обстановка в целом. Как и в методике Куна, временная перспектива наших испытуемых характеризуется явным отсутствием активной устремленности в будущее {«ничего не хочется больше, нет перспективы», «будет не лучше, а хуже», «сохранить бы то, что есть»}.

Очевидно, что у престарелых в вопросе выделения ведущего элемента СО как основы регуляции поведения ориентация идет на реальную СО, а не на идеальную и даже не на достижимую, что типично для предыдущих периодов жизненного цикла [Бороздина и др., 1983]. По проблеме уровня СО необходимо констатировать общее снижение самооценочной структуры: более низкое, чем на других возрастных этапах, положение идеальной СО (если она вообще обозначается субъектом); падение реальной СО при ее актуальной направленности (резко выраженное в случае дезадаптации к старению); очень близкое к позиции реальной СО положение достижимой (в индивидуальных данных нередко полное слияние всех трех элементов).

Как соотносятся с результатами исследования уровня СО индексы, полученные по опроснику Розенберга? Основываясь на имеющихся нормативах, согласно которым балл «О» обозначает самый высокий уровень самоотношения, а балл «б» — самый низкий [Rosenberg M., 1965], можно заключить, что медиальный индекс наших испытуемых демонстрирует средний уровень самоотношения для всей выборки. Он составляет 3,15 балла (у мужчин — 3,1; у женщин — 3,2), а это прямо соответствует зоне локализации кривой СО испытуемых в методике Дембо — Рубинштейн. Корреляция результатов двух методик по критерию Спирмена значима ($p < 0,01$). Поскольку с помощью пробы Дембо—Рубинштейн была выделена группа испытуемых с низким профилем СО, для них отдельно подсчитывался балл по тесту Розенберга, который также оказался более низким (4,2), что вновь обнаруживает соответствие их рабочему диапазону при выполнении первой методики (приблизительно граница низкого и среднего секторов). Соответствующая корреляция также значима ($p < 0,01$). Существует мнение, что методика Дембо — Рубинштейн направлена на изучение когнитивной СО [Ольшанский Д.В., 1980], а опросник Розенберга — на анализ общего эмоционально-ценностного отношения к себе [Crandall R., 1973]. В полученном материале уровень профиля

СО достаточно тесно коррелирует со значением баллов, презентующих отношение испытуемых к себе: снижение когнитивной СО в группе неадаптированных к старости соответствует более низкому самоуважению, более негативному отношению к себе. Следует подчеркнуть вместе с тем, что в полной выборке обследуемых уровень СО (определенный по опроснику Розенберга) был выше полученного американскими исследователями для лиц возраста старости (5 баллов — *Dobson et al*, 1979), что свидетельствует, по-видимому, о заметно большем эмоциональном благополучии наших испытуемых.

Завершая изложение данных, необходимо упомянуть об *устойчивости* и *адекватности* СО. Первая определялась с помощью повторного предъявления шкал в методике Дембо — Рубинштейн. В целом по выборке различия между предъявлениями оказались не столь значительными, если ориентироваться на число шкал, но все же расхождения есть. Женщины... показали большую стабильность в своих оценках: по критерию Вилкоксона несовпадение их графиков значимо ($p < 0,05$) лишь по шкале «общая оценка себя» (5). Имеющиеся флуктуации заметнее в мужском профиле... по тому же критерию различия достоверны ($p < 0,05$) для шкал «здоровье» (1), «ум» (2), «характер» (3), «участие в труде» (6). Колебания СО происходили за счет изменения фона настроения испытуемых (в основном у женщин) или за счет смены критерия оценки (чаще у мужчин). Испытуемые оценивали себя либо относительно людей только старческого возраста, либо относительно всех людей мира; в одном случае привлекали прошлое, в другом — нет.

Данные об *адекватности* СО следует рассматривать пока в качестве предварительных, поскольку они касаются лишь двух шкал: «здоровье» (как наиболее значимой для испытуемых реальности) и «характер» (как совокупности качеств наиболее очевидных в проявлении). Во избежание или для возможной минимизации гало-эффекта, на роль экспертов были приглашены врачи пансионата. СО испытуемых по названным шкалам оказались заметно ниже экспертных оценок. При заполнении шкалы «здоровье» и испытуемые и эксперты работают в одной зоне (около срединной линии, а чаще ниже ее), но оценка испытуемых несколько «западает» в сравнении с экспертной и оказывается не совсем адекватной реальному положению дел, фиксируемому лечащим врачом. Этот результат несложно объяснить тем, что обследуемые оценивали свое здоровье не столько по наличию заболеваний с учетом их прогноза, сколько по общему самочувствию, сравнивая его с былым статусом. Однако то же занижение испытуемые дают и по шкале «характер», но здесь расхождение между само- и экспертными оценками иногда весьма значительно: если испытуе-

мые остаются главным образом в области выше или ниже средней линии, то эксперты проставляют оценки на границе высокого и среднего секторов, в результате образуется сдвиг в полсектора и более, при этом расхождение резче выступает в мужском профиле. Следовательно, по неполным, выборочным данным надо признать наличие некоторой неадекватности СО обследуемого контингента в сторону занижения, но по сумме полученных результатов не только не исключена, но и весьма вероятна неадекватность в сторону завышения.

Имеется ли соответствие между материалом, характеризующим основную выборку испытуемых и контрольную группу — лиц, живущих дома? По методикам «Кто Я?», «Лист прилагательных» и «Выбор ценностей» различий нет. Средний уровень реальной СО в дополнительной группе чуть выше середины шкалы. Однако по типу направленности и высоте СО этих испытуемых также можно отнести к трем выделенным выше категориям: с ретроспективной СО и средневысоким рабочим диапазоном (один человек); с актуальной направленностью СО, дезадаптацией и низким рабочим диапазоном (один человек)}- с актуальной направленностью СО, активной адаптацией и средним рабочим диапазоном (четыре человека). При заполнении шкал все члены контрольной группы проставили *желаемую* и *достижимую* позиции, однако у двух из них эти отметки по большинству шкал слиты. Остальные дифференцировали *реальную* и *идеальную* СО, но только у двоих имеется расхождение *реальной* и *достижимой*. По опроснику Розенберга средний индекс контрольной группы составляет 3 балла. Следует констатировать, таким образом, отсутствие заметно выраженных различий между основной и дополнительной группами, но вполне корректно предполагать наличие определенного несходства, может быть, более тонко нюансированного. По итогам проведенного исследования можно сделать ряд заключений о специфике СО в старости. Одной из таких особенностей является учет ретроспективы в самоанализе, принимающей форму либо соответствующей направленности, либо включения прошлого в процесс актуального самовосприятия, благодаря чему люди позднего возраста, оценивая себя, ориентируются в континууме «я был — я есть». Наиболее значимые сферы самооценивания — это труд и непрофессиональные занятия, социальные отношения (включая семейные), здоровье, личностные качества. В сущности, эти темы являются сквозными для всего жизненного цикла человека, но у престарелых некоторые из них особо акцентируются (например, соматический статус). Общие автопортреты, составленные по «Листу прилагательных», отражают черты, в той или иной мере раскрывающие названные сферы анализа с достаточно высоким индексом самоприятия, пре-

зентирующим явный перевес положительных качеств в характеристиках над отрицательными. Однако, надо ли на этом основании делать вывод о преимущественно позитивном и высоком субъективном эффекте процесса самооценивания в позднем возрасте, кажется спорным. Прежде всего следует иметь в виду, что индекс самоприятия в старости снижается по сравнению со второй зрелостью (36 — 55/60 лет) и возрастом пожилых (56/61 — 74 года). Подтвержденная в настоящем эксперименте тенденция престарелых меньше упоминать о своих недостатках, тяготение к отбору положительных черт в автопортрете могут определяться стремлением сохранить позитивный образ «Я», меняющийся в силу ряда объективных обстоятельств (потеря трудоспособности, бывшего положения и т.п.) и многих субъективных причин. Поэтому испытуемые скорее обращаются к положительным качествам и чаще указывают на достоинства в прошлом, нежели на противоположные им черты в настоящем (например, говорят не «стал слабым», а «был сильным»). Но такой тип реакций свидетельствует об утрате, которую человек осознает и как-то пытается восполнить. При анализе содержания избираемых черт бросается в глаза грубая шаблонность в самохарактеристиках, приводящая к формированию довольно широкого автопортрета группы, который не удастся построить на других возрастных срезах (исключая детей), настолько разнообразными там оказываются индивидуальные ответы. Здесь же, напротив, выраженное единообразие, стереотипия, при этом отбираются качества из категорий не только социально приемлемых, но и ценных и одобряемых.

Наконец, удивляет, например, в женском групповом портрете прямое несоответствие между позитивными и негативными чертами: как можно быть одновременно обидчивым и уживчивым, вспыльчивым, раздражительным и деликатным, тревожным, неуверенным и прямым? Разумеется, подобный диссонанс способен возникать из-за того, что иногда испытуемые отвечают по ретроспективе, а в других обстоятельствах отражают свое наличное положение. Но аналогичные несоответствия встречаются и при отсутствии различий во временных акцентах. Так или иначе, в фиксации на позитивных чертах (хотя бы в прошлом), синхронии автопортретов, специфике отбора качеств ощущается какой-то элемент компенсации, защиты, поэтому относительно высокий индекс самоприятия в данном случае интерпретировать как непосредственное проявление соответствующей самооценочной тенденции кажется не вполне корректным. Ведь мотив компенсации указывает на существование ее предмета (объективного или субъективного), т. е. на выделение человеком в ходе самооценивания определенного негатива, недостатка, «минуса», а следовательно, субъективный эффект этого процесса уже не

может быть высоко позитивным, высоко удовлетворяющим индивида. Именно такая картина и открывается в методике Дембо — Рубинштейн.

По своему преобладающему вектору СО лиц рассматриваемого возрастного периода имеет склонность к снижению по сравнению с более ранними этапами в том, что касается всей конструкции СО, всех ее элементов. Вместе с тем в реальной СО престарелых можно выделить первично две зоны локализации: среднюю и низкую. Существенными детерминантами наряду с уже описанными [Ольшанский Д. В., 1980] представляется обоснованным вычленить направленность СО и общую приспособленность к старости. Анализируя уровень СО с этой точки зрения, можно видеть, что средняя и даже средне-высокая самооценочные позиции свойственны лицам с ретроспективной направленностью СО. Эта группа людей достаточно хорошо приспособлена к старости, но их адаптация является пассивной. Ее основой служит утверждение значимости своей прошедшей жизни и себя в ней. Возможно, именно к таким людям следует отнести утверждение В. В. Болтенко [1976] о том, что у них адаптация идет не путем выработки новых форм поведения с учетом требований и особенностей среды, а путем поиска условий, поддерживающих сложившиеся в течение жизни мотивацию, интересы, привычки, опыт. Средний уровень СО фиксирован у людей с актуальной ее направленностью и успешной адаптацией к старости. Это группа лиц с деятельным стилем жизни, безусловно осознающая негативные новообразования процесса старения, но с эффективно работающими системами активного приспособления. Низкая СО регистрируется у лиц с ее актуальной направленностью, но неадаптированных к старению, видящих в продвижении по континууму «я был — я есть» непоправимое усиление отрицательных моментов, в связи с чем будущее приобретает окраску негативной валентности, а настоящее можно характеризовать как «острую старость».

Расположение отдельных элементов общей структуры СО (реальной, идеальной, достижимой) отличается их сближением вплоть до полного слияния, ведущим элементом выступает реальная СО. По параметру стабильности СО имеет выраженные статистически значимые колебания по ряду шкал, а по адекватности, согласно первичным данным, получает некоторое смещение в сторону занижения при вероятности и противоположного вектора.

Наряду с описанными общими особенностями СО у престарелых имеет резко выраженные индивидуальные вариации и различия по признаку пола.

Совокупность полученных сведений служит подтверждением тезиса о том, что старость не означает однонаправленного процесса угасания. Напротив, факты активного приспособления и деятельного стиля жизни в этот период свидетельствуют о возможности

дальнейшего развития человека, в частности развития его личности. В связи с таким взглядом на проблему старости в свете представленных материалов исследования и многочисленных литературных данных возникает задача подготовки людей к старению. Решение ее не исчерпывается лишь поддержанием физического состояния индивида, но требует заботы со стороны его психологической адаптации, создания установки и разработки мер психологического обеспечения, направленных на то, чтобы человек жил, а не доживал.

Н. К. Корсакова

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА: ОБОСНОВАНИЕ КОНЦЕПЦИИ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ¹

С начала 70-х годов [XX века] нейропсихология вступила в новую фазу развития, характеризующуюся выходом за пределы собственно локальной мозговой патологии. Еще при жизни А. Р. Лурия клиническими моделями изучения мозговых основ высших психических функций стали достаточно диффузные церебральные сосудистые расстройства, паркинсонизм, черепно-мозговая травма, воспалительные процессы и т. п. К настоящему времени нейропсихологический метод доказал свою высокую чувствительность к оценке особенностей психической деятельности не только при нарушении функций отдельных мозговых зон, но и при различных изменениях функционального состояния мозга в случаях распространенных его поражений. В этот же период происходило развитие и оформление онтогенетической нейропсихологии на основе изучения становления мозговых морфофункциональных органов психической деятельности в детском возрасте.

Несколько позднее психология, медицина и нейронауки соединились в комплексном подходе к проникновению в механизмы нормальных и патологических изменений мозга и психики в период так называемого возраста инволюции, начинающегося, согласно возрастной периодизации, в 45 — 50 лет. Мощным стимулом для этого явилось изменение демографической ситуации с опережающим ростом численности людей пожилого и старческого возраста по отношению к общему росту населения. Одно из следствий этого процесса — увеличение количества характерных для этого возраста психических заболеваний, в частности стар-

¹ *Корсакова Н. К.* Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты // Вестник Московского университета. — Сер. 14. Психология. — 1996. -№ 2. -С. 32-37.

ческого слабоумия, связанного с нарушением функций мозга атрофической и сосудистой природы. Гуманистическая ориентация вышеназванного направления на профилактику психического здоровья человека в последней трети его жизни, на обеспечение психического долголетия, на нозологическую и прогностическую диагностику, психологическую коррекцию и фармакотерапию ослабумливающих процессов с неизбежностью привели к теоретическим разработкам в области мозговых механизмов как нормального (физиологического), так и патологического старения. Здесь одно из центральных мест занял нейропсихологический подход, оказавшийся, вследствие тенденций своего развития и накопленных данных, более чем адекватным для решения исследовательских и прикладных задач, связанных со старением. <...> Важным постулатом, лежащим в основе этих исследований, являются представления о сходстве мозговых изменений при нормальном и патологическом старении в виде уменьшения массы мозга, атрофии нервных клеток, сглаживании извилин, расширении мозговых желудочков. (Естественно, в патологии отражаются особенные и специфические изменения мозговой ткани.) Диффузная церебральная дефицитарность проявляется и в реализации высших психических функций, а при заболеваниях мозга в прогрессирующем мнестико-интеллектуальном снижении, приводящем на определенных стадиях развития болезни к дезорганизации психической деятельности и дезадаптивному поведению (деменции).

Обобщение данных литературных источников в контексте сравнительного нейропсихологического анализа состояния высших психических функций при старении в норме и патологии дает следующую картину. Отмечается, что для нормального старения характерно снижение памяти и внимания, замедление темпа психической деятельности, трудности в формировании новых навыков и осуществлении операций, требующих специальной переработки пространственных характеристик информации. При патологическом старении эти признаки часто сочетаются с нарушениями речи и мышления и оцениваются исследователями как глобальная несостоятельность больных в мнестико-интеллектуальной сфере. Мозговые корреляты деменции при этом представляются достаточно размытыми и сводятся к вычленению так называемых подкорковых деменции в отличие от расстройств, обусловленных поражением коры больших полушарий мозга. Не менее «суммарный» подход наблюдается и в отношении различных нозологических форм деменции, имеющих собственно атрофическую этиологию. В сущности, и болезнь Альцгеймера, и сенильная деменция при этом теряют свою клинко-психологическую специфичность и вполне закономерно обозначаются в зарубежной литературе как деменции альцгеймеровского типа.

Изложенные результаты и их интерпретация оставляют открытыми для дальнейшего изучения целый ряд вопросов, важных для понимания мозговых механизмов старения как в теоретическом, так и в практическом аспектах. Прежде всего не представляется перспективным и адекватным взгляд на проблему старения (особенно нормального) с позиций выявления только редукции психических функций, с позиций утрат и потерь. В этом плане глобальное рассмотрение таких сложных и разноуровневых по своей структуре функций, как, например, память и мышление, не позволяет выявить сохранные и дефицитарные составляющие. Кроме того, как правило, каждый из когнитивных психических процессов рассматривается вне связи с другими, что делает общую картину достаточно фрагментарной, особенно с учетом разнообразия методического оснащения методологически разнородных подходов. И наконец, вследствие только что сказанного утрачивается возможность решения одной из главных задач в нейропсихологическом подходе: дифференцированный анализ состояния морфо-функциональных зон мозга, обеспечивающих либо сохранные, либо измененные компоненты психической деятельности.

В решении этих и других вопросов единственно продуктивным представляется исследование проблемы «мозг и психика при старении» с помощью синдромного метода А. Р. Лурия, где все когнитивные процессы рассматриваются в сочетании, комплексно, как многозвеньевые и многоуровневые функциональные системы, находящиеся во взаимосвязи и объединенные общими звеньями (факторами), обеспечиваемыми работой специфических мозговых зон. Из этого следует, что даже при диффузной мозговой патологии ни одна психическая функция не нарушается полностью (или равномерно по всем составляющим) и именно при распространенных процессах в мозге, затрагивающих его «широкую зону», правомерно ожидать сочетанных изменений или расстройств в различных слагаемых мнестико-интеллектуальной сферы.

Именно на этом методологическом основании в течение последних 10 лет проводятся исследования по проблемам старения психологами и клиницистами в научном Центре психического здоровья РАМН.

В подходе к изучению мозговых механизмов психических функций в позднем возрасте оказалось продуктивным применение концепции А. Р. Лурия о трех блоках мозга. Эта концепция рассматривает психические процессы в связи с интегративной работой трех крупных морфофункциональных структур, каждая из которых вносит свой специфический вклад в обеспечение энергетических и нейродинамических параметров психической активности (1-й блок), актуализации операционального состава психической деятельности (2-й блок) и ее произвольной регуляции (3-й блок). Представляется важным отметить, что несмотря на диффузные

изменения ткани мозга в позднем возрасте в норме и при различных нозологических формах патологического старения степень де-фицитарности функционирования каждого из названных блоков проявляется неравномерно и достаточно специфично.

Нормальное физиологическое старение характеризуется на всех этапах позднего возраста прежде всего изменениями в работе первого блока мозга в виде смещения баланса нейродинамических параметров психической активности в сторону преобладания тормозных процессов. В связи с этим возникают такие характерные феномены, как общая замедленность и латентность на начальных этапах выполнения различных действий, изменение мнестиче-ской функции по типу повышенной тормозимости следов в условиях интерференции, сужение объема психической активности при выполнении действий, требующих одновременного удержания в памяти и выполнения различных программ (особенно во внутреннем плане). При этом произвольная ауторегуляция деятельности остается сохранной, что обеспечивает возможность изменения стратегий последней, направленных на преодоление де-фицитарности.

Сохранность актуализации ранее закрепленных в индивидуальном опыте форм активности («поле операций», по А.Н.Леонтьеву), связанной с работой второго блока мозга, создает благоприятные предпосылки для успешной реализации сложившихся стереотипов деятельности. Следует отметить, однако, что на этом фоне и при нормальном старении достаточно рано формируются трудности в переработке пространственных характеристик информации в различных модальностях. <...>

Изучение нарушений психических функций при деменциях позднего возраста атрофической (болезнь Альцгеймера, сенильная деменция) и сосудистой этиологии показало, что характерные для нормы изменения усугубляются, приобретая собственно патологический характер. Кроме того, уже на стадии умеренной выраженности клинических проявлений деменции свою дефицитар-ность обнаруживают не только первый, но и два других блока мозга. Вместе с тем в зависимости от клинической формы деменции степень включенности в патологический процесс каждого из блоков мозга различна, что позволяет говорить о специфичности синдромов нарушений высших психических функций в их нозологической отнесенности. Так, для болезни Альцгеймера характерно наличие нейропсихологических симптомов, связанных с дисфункцией глубинных субкортикальных структур и задних отделов полушарий мозга при относительной сохранности лобных долей.

В противоположность этому в случае сенильной деменции наиболее выражены нарушения, идущие от лобных долей мозга в сочетании с субкортикальными расстройствами. Сосудистые демен-

ции характеризуются массивно представленными субкортикальными симптомами при наличии фрагментарных симптомов от кортикальных структур различной локализации.

В настоящее время в ряде исследований ставится задача построения типологии деменции и определения комплекса нейропси-хологических составляющих, необходимых и достаточных для постановки диагноза «деменция». Цикл работ, лежащих в основе данной публикации, позволяет выделить искомые составляющие в их иерархии: нарушение энергетических компонентов психической активности, дефицит в переработке пространственных характеристик информации в различных модальностях и на различных уровнях, нарушение произвольного контроля и программирования действий и деятельности в целом.

В качестве одного из значимых результатов обобщаемого здесь цикла исследований в отношении нормального старения представляется важным отметить, что так называемый возраст инволюции . вовсе не характеризуется линейным нарастанием отмеченных выше \ изменений психической активности. Изучение групп психически и соматически здоровых лиц в возрастном диапазоне от 50 до 85 лет показывает, что наибольшая степень выраженности симптомов, связанных с нарушением нейродинамики, характерна для начального этапа старения и сопоставима по своим показателям только с самой старшей (после 80 лет) возрастной группой.

В интервале от 65 до 75 лет наблюдается не только стабилиза-ия состояния высших психических функций, но и по ряду пара-етров, в частности функции памяти, лица этого возраста при-лижаются к уровню достижений прединволюционного периода. Из этого следует, что начало возраста старения представляет собой своеобразный кризис развития, обусловленный, без сомнения, целым рядом причин нервно-психического, эндокринно-обменного, психо-социального уровней и сопровождающийся ком-] плексом аффективных реакций, связанных с переживанием актуальной дефицитарности. Последующая динамика этих изменений в негативном или позитивном направлении зависит от способов преодоления данного кризиса, формирования «совладающего поведения», встраивания компенсаторных механизмов и устранения факторов риска, к которым относятся хронические сомати-' ческие и неврологические расстройства, резкая смена стереотипов бытия и иные психогении.

Исследование выявило некоторые основные формы компенсации возрастной дефицитарности, в большей степени представ-дленные у психически здоровых лиц, но наблюдаемые в развернутом виде и на определенных стадиях патологического старения. К ним относятся активное использование наглядных опор при выполнении трудных заданий, перевод действия во внешний план с поэтапным дозированным выполнением (квантификацией) про-

граммы, установка на точность запоминания и припоминания за счет удлинения фазы заучивания, изменение стратегии выполнения заданий в виде перевода операций в действия с постановкой промежуточных целей, т. е. смена стратегии симультанного целостного решения задач на сукцессивную, нередко с направленным включением речевой регуляции. В целом, учитывая разнообразие способов преодоления дефицитарности в реализации высших психических функций при нормальном старении, можно сказать, что оно представляет собой этап индивидуального развития, требующий смены стратегий, произвольного выбора и использования достаточно новых форм опосредствования психической деятельности. Если рассматривать онтогенез как появление в психике и поведении нового, отсутствовавшего на предшествующих этапах развития, то представляется возможным говорить о позднем возрасте как о стадии онтогенеза. Это соответствует современному взгляду на возраст инволюции не только в связи с дефицитарностью, но и в позитивном аспекте формирования способов сохранения себя как индивида и личности в общем континууме собственного жизненного пространства.

Эмпирические данные позволяют предположить, что на этом этапе онтогенеза интеллект в большей степени направляется на саморегуляцию психической активности, чем на познание мира. Переструктурирование отношений между различными психическими процессами, мобилизация новых дополнительных средств оптимизации психической деятельности, основанная на реконструкции ранее освоенных, закрепленных и личностно адекватных опосредствующих операций и действий, отражают развитие сотрудничества человека с самим собой (Л.С.Выготский) и в нормальном позднем онтогенезе.

Основания для такого суждения отчетливо просматриваются при нейропсихологическом изучении деменций. Сопоставление синдромов нарушений высших психических функций при сениль-ной деменций и болезни Альцгеймера показывает, что последняя характеризуется существенно большим и глубоким распадом психической деятельности. Если обратиться к сказанному выше о преимущественной представленности при этом патологии теменно-височно-затылочных отделов мозга (в то время как при сениль-ной деменций ведущими в нейропсихологическом синдроме являются симптомы от лобных долей мозга), то вполне допустимо предположение об изменении функциональной иерархии мозговых структур (блоков мозга) в позднем возрасте по сравнению с предшествующими периодами онтогенеза, где лобные доли функционально приоритетны. Исследование деменций позволяет сформулировать еще одно положение, имеющее прикладной смысл. Наиболее упроченные в

индивидуальном опыте привычные стереотипы деятельности и общения характеризуются высокой устойчивостью к возрастным органическим процессам в мозге. В нашей практике нередко имели место случаи, когда дементные больные, обнаруживающие выраженную несостоятельность в ситуации выполнения новых для них действий в процессе нейропсихологического обследования, продолжали «удерживаться» на работе и в привычном круге общения, благодаря накопленному ранее алгоритмизированному опыту. В этом аспекте можно говорить о профилактике дефицитарного старения на предшествующих старению стадиях онтогенеза, состоящей в целенаправленном формировании широкого спектра индивидуального богатства операций (навыков) в сочетании с расширением смысловой сферы и натренированной гибкостью и взаимодополнительностью ассимилятивных и аккомодационных стратегий поведения. Проведенный цикл исследований показывает, что нормальное и патологическое старения являются уникальными клиническими моделями для нейропсихологии по целому ряду их особенностей. Прежде всего, изменения ткани мозга и его функций развиваются постепенно, нередко в течение не одного десятилетия жизни человека. За это время формируется комплекс перестроек в функциях мозга и состоянии высших психических функций в норме и патологии. Кроме того, эти модели дают возможность исследования локальных изменений деятельности мозга на фоне диффузных мозговых расстройств, что открывает широкие перспективы для изучения различных теоретических и практических проблем мозга и психики не только в позднем онтогенезе.

Н. К. Корсакова, Е. Ю. Балашова

ОПОСРЕДОВАНИЕ КАК КОМПОНЕНТ САМОРЕГУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ¹

Интерес к процессам опосредования («опосредующей деятельности», по Л.С.Выготскому, 1983) традиционен для отечественной психологической науки, особенно для теории онтогенетического развития психики человека. Значимость опосредующей деятельности для саморегуляции психической активности индивида подчеркивается в широко известном высказывании А.Н. Леонтьева [1981] о том, что двумя основными моментами, опреде-

¹ *Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю.* Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. - 1995. — № 1. — С. 18—23.

I

ляющими своеобразие эволюции поведения, являются опосредованный характер человеческих операций, возникающий благодаря введению вспомогательных средств в поведение, и достигаемое с помощью этих средств овладение собственным поведением. Физиологи также связывают опосредование с мобилизацией важных приспособительных механизмов [Словарь физиологических терминов, 1987]. Роль опосредования как вспомогательной деятельности для осуществления другой деятельности, его особая функция в процессах целеполагания подчеркивалась многими авторами [Lewin K., 1926; Зейгарник Б. В., Братусь Б. С, 1980; Тихомиров О.К., 1984]. Опосредование может рассматриваться и как самостоятельная психическая активность, включенная в систему личностных структур и выступающая в качестве одного из индикаторов индивидуального стиля при интегративной переработке информации и регуляции когнитивно-аффективных взаимодействий. Рассматривая развитие памяти, А.Н.Леонтьев отмечал, что онтогенез этой психической функции в первую очередь характеризуется возникновением саморегуляции с использованием вспомогательных средств. При этом память как натуральная способность запечатления не претерпевает существенных изменений. Развитие опосредования в раннем онтогенезе памяти проходит три стадии. На первой в качестве средства используется стимул, действующий извне. На второй в регуляцию включаются собственные действия человека, связанные с уже имеющимся индивидуальным опытом. На третьей стадии происходит «эмансипация» (по А.Н.Леонтьеву) средства запоминания от внешней формы, его перевод во внутренний план. Важно отметить, что такая трансформация средства не означает вытеснения более ранних форм опосредования по мере взросления индивида. Изменяется лишь частота их использования взрослым индивидом в сторону преобладания в активности, опосредующей поведение, способов внутренней саморегуляции. В этом плане опосредование приводит к созданию нового структурного отношения между психическими функциями. В результате использования средств функция перестраивается, включается в новую функциональную психологическую систему, преобразуется сама и преобразует другие психические функции. Таким образом, опосредование становится важнейшим компонентом саморегуляции, «управления субъектом собственной жизнью на основе целостного отражения ее в сознании» [Берток[^]Н.М., 1988, с. 24]. Его роль столь значительна потому, что осуществление саморегуляции на всем протяжении жизни возможно только при адекватном выборе средств деятельности. В детстве именно постоянное расширение, усложнение, обогащение приемов опосредования является необходимым условием развития психических про-

цессов ребенка, становления его личности [Бархатова С. Г., 1967; Самохвалова В.И., 1967]. При психической патологии часто нарушается в первую очередь адекватный выбор средств регуляции разных уровней и видов деятельности: например, у больных шизофренией исчезает традиционное использование средств вследствие ослабления влияния прошлого опыта на познавательную деятельность [Богданов Е.И., 1971; Мелешко Т.К., 1971]; при истерии адекватные средства саморегуляции замещаются особыми жизненными стереотипами, снижающими пластичность поведения [Берток Н. М., 1988]; мнестическая деятельность больных эпилепсией характеризуется тенденцией к чрезмерному опосредованию, к замещению основной деятельности вспомогательными операциями [Зейгарник Б. В., 1965; Петренко Л.В., 1976].

Одним из путей изучения механизмов опосредования является анализ компенсаторных приемов, выбираемых человеком и направляемых им на оптимизацию отдельных видов психической деятельности, нарушающихся вследствие изменения внутренних детерминант психического отражения, к числу которых относится работа мозга.

...Известно, что при старении (нормальном и патологическом) существенным образом изменяются как нейродинамические параметры активности мозга, так и режим работы центральной нервной системы, что часто выражается в ограничении внешнего и внутреннего перцептивного пространства отдельных или параллельно осуществляемых когнитивных процессов и обозначается как «сужение объема психической деятельности» [Корсакова Н.К. и др., 1991]. Некоторые пожилые люди (а также больные сосудистой де-менцией) испытывают трудности при чтении объемных текстов, хорошо прочитывая отдельные слова или ограниченные структурированные фрагменты текста: допускают ошибки при выполнении серийных счетных операций, где необходимо одновременно удерживать в памяти вычитаемое и уменьшаемое числа и осуществлять в умственном плане операции вычитания; с трудом оценивают содержание сюжетных картинок, когда требуется сопоставить композиционные элементы, находящиеся в зрительном поле, проанализировав скрытые связи между ними; не всегда эффективно выполняют задания на опознание наложенных друг на друга или перечеркнутых контурных изображений (выделение фигуры из фона) и т.п.

Осознание и переживание неэффективности своей деятельности вызывает у этих людей форму активности, которая направлена на преодоление дефекта и которую, по нашему мнению, можно рассматривать как изменение и развитие способа саморегуляции.

Если исходить из представлений об онтогенезе как о процессе, характеризующемся в первую очередь возникновением психических новообразований, то вполне допустимо применение этого

понятия и к так называемому возрасту инволюции. Совершенно очевидно, что и в этом периоде жизни имеет место внутреннее переустройство психических функций, обусловленное как изменениями в состоянии центральной нервной системы, так и психосоциальными факторами. Это внутреннее переустройство требует изменения и способов опосредования. При том, что мобилизация саморегуляции имеет адекватный адаптивный смысл, она в своих проявлениях нередко приобретает гиперкомпенсаторный или даже патологически утрированный характер. Обращаясь к сказанному выше об особенностях динамики опосредования в онтогенезе детства и юности от внешнего к внутреннему означению, можно сказать, что на этапе позднего онтогенеза иерархия в использовании средств различного уровня может изменяться в сторону преобладания форм, присущих второй стадии в развитии опосредования.

Так, например, осознавая трудности при чтении и неверно относя их за счет плохого зрения, пожилые люди прибегают к использованию помимо очков еще и лупы. Совершенно очевидно, что при скорректированном с помощью очков зрении лупа выполняет функцию ограничения зрительного поля, его своеобразного «конструирования». Создавая с помощью внешних приемов новую операцию, направленную на изменение стимульной ситуации, человек встраивает это сугубо внешнее средство во внутреннюю деятельность.

В случае выполнения серийного вычитания от 100 по 7 обследованные нами лица часто прибегают к вынесению части внутренних операций во внешний речевой план деятельности, повторяя «еще отнять 7» при переходе к каждому следующему этапу счета.

В заданиях на понимание сюжета картинки можно наблюдать такой механизм опосредования, как изменение структуры деятельности в целом. Начиная с подробного перечисления всех элементов картинки, пожилые люди лишь после этого переходят к описанию ее скрытого содержания. Можно предположить, что компенсаторная роль такого опосредования состоит в изменении структуры целеполагания, когда в ее систему самим субъектом вводится промежуточная цель и связанные с ней действия.

Очевидно, что во всех описанных случаях имеет место использование собственного индивидуального опыта, приобретенного в определенной культуре и на этапах онтогенеза, связанных с формированием описанных выше видов деятельности. Это особенно отчетливо проявляется при опознании зашумленных зрительных объектов. Характерно, что выполнение более сложной, казалось бы, задачи — опознание 4 — 5 фигур, наложенных друг на друга, — может проходить более успешно, чем опознание одной фигуры, перечеркнутой неструктурированной линией. Навык предметного освоения действительности и возможность называния (речевого

опосредования) в ситуации с наложенными изображениями актуализируются и минимизируют дефицит зрительного гнозиса даже при значительном увеличении объема перцептивного поля.

...Исследование памяти у психически и соматически здоровых людей (30 испытуемых в возрасте 51 — 88 лет) показало, что мнестическая функция у лиц, относящихся к этой возрастной группе, имеет качественные особенности по сравнению с контрольной группой более молодых испытуемых (до 50 лет). Как правило, все пожилые люди высказывают жалобы на снижение способности запоминания. Эти жалобы при нейропсихологическом исследовании получают объективную верификацию и могут быть интерпретированы как модально-неспецифические мнестические расстройства, в основе которых лежит повышенная тормозимость следов памяти интерферирующими воздействиями. Пытаясь преодолеть трудности запоминания в экспериментальной ситуации, все пожилые испытуемые использовали компенсаторные опосредующие приемы, содержание которых изменялось в различных возрастных подгруппах. Лица в возрасте от 51 до 60 лет обнаружили снижение продуктивности запоминания по сравнению с более старшими возрастными подгруппами (за исключением подгруппы старше 81 года). Однако при большом количестве пропусков в припоминаемой сти-мальной последовательности они абсолютно не допускали искажений предъявленного материала. Усиленная установка на точность запоминания, по нашему мнению, является своеобразным компенсаторным приемом саморегуляции. Этот прием вместе с тем может рассматриваться как гиперкомпенсаторный, создающий у субъекта дополнительное напряжение, что, в свою очередь, переструктурирует функцию запоминания в сторону снижения ее продуктивности.

Иная картина опосредования памяти имела место у лиц старше 81 года. Запоминая последовательность из 5 слов, эти испытуемые пытались путем проговаривания установить связь между элементами ряда, логически структурировать материал. Припоминание последовательности тем не менее не было успешным. Имело место большое количество ошибок. Вынесенные во внешний план речемыслительные операции, являющиеся в целом адекватным приемом запоминания, в данном случае не приводили к успеху. Скорее наоборот, дополнительная психическая активность, направленная на действие опосредования, приводила к нарушению избирательности (точности) припоминания.

...Существующие при нормальном физиологическом старении возможности компенсации когнитивного дефицита с помощью опосредования не всегда сохраняются в полном объеме при патологическом старении. При обследовании группы из 56 лиц пожилого и старческого возраста (средний возраст около 70 лет),

страдающих сосудистой деменцией, оказалось, что только 4 % больных выполняют серийные счетные операции без каких-либо нарушений. Задание часто выполняется в медленном темпе, вычитание производится со значительными колебаниями уровня достижений, с постепенным истощением и утерей программы. Наиболее часто встречаются ошибки в счете при переходе через десяток, когда происходит как бы частичная потеря «направления» операции. Большинство подобных ошибок не только не замечаются и не исправляются больными самостоятельно, но и не могут быть исправлены с помощью психолога. Таким образом, компенсация дефекта оказывается невозможной даже при включении помощи и контроля извне.

Зададим себе вопрос: в чем причина столь выраженных нарушений? Можно предположить, что они возникают либо вследствие распада пространственных представлений, лежащих в основе выполнения счетных операций данного типа, либо вследствие сужения объема психической деятельности в целом.

Чтобы проверить, какая из причин главенствует, мы просили больных решать устно примеры на вычитание однозначных и двузначных чисел (в среднем 6 примеров) как в пределах десятка, так и с переходом через десяток. Оказалось, что безошибочное выполнение таких отдельных счетных операций доступно 50 % больных. Следовательно, можно сделать вывод о том, что сужение объема деятельности является генеральным фактором, приводящим к неуспеху при выполнении серийных счетных операций, и адекватным методом опосредования здесь может быть только «квантификация» — дробление выполняемой деятельности на отдельные операции.

Сокращение возможностей опосредования собственной деятельности при сосудистой деменции прослеживается и при исследовании понимания больными содержания сюжетных картинок. То перечисление элементов, составляющих картинку, которое при нормальном старении является адекватным способом компенсации трудностей, приемом, облегчающим входение в задание, оказывается при сосудистой деменции свидетельством дефицита целостного восприятия изображения, причем этот дефицит не ограничивается сферой перцепции, но распространяется и на интеллектуальную деятельность — около 80 % больных сосудистой деменцией с трудом осмысливают содержание сюжетных картинок.

Ограничение возможностей опосредования при сосудистой деменции тем не менее не означает исчезновения таких возможностей вообще. Одни уровни опосредования являются сохранными, другие — нарушенными. Сравнив успешность выполнения больными перекрестных поз в пробах Хэда по зрительному образцу и по речевой инструкции, мы обнаружили, что в случае зрительно-

го образца нормально выполняют задание 14 % больных, а по речевой инструкции — 74 %. Этот пример показывает, что больным практически недоступно самостоятельное речевое опосредование (анализ позы психолога, ее описание во внутренней речи и воспроизведение на основании такого описания). Но если такое опосредование задается извне (и не требуется его самостоятельное конструирование), то осуществляемая с его помощью деятельность оказывается значительно более успешной.

Результаты выполнения проб логико-грамматического конструирования демонстрируют и возможность опосредования деятельности с помощью наглядной опоры. Так, правильный выбор из двух атрибутивных конструкций родительного падежа удается 39 % больных, если он осуществляется при слуховом предъявлении, и 76 % — если он осуществляется с опорой на рисунок.

...Приведенные данные показывают, что в возрасте инволюции опосредование остается значимым способом регуляции активности в когнитивной сфере как при нормальном, так и при патологическом старении. Более того, опосредующая деятельность на этом этапе жизни направляется на преодоление когнитивного дефицита и встраивается в общий контекст деятельности как компенсаторный механизм саморегуляции. При этом происходит переструктурирование отношений между различными психическими процессами, что свидетельствует об адекватности понимания старения как особой стадии онтогенеза, характеризующейся не только дефицитностью отдельных составляющих психической деятельности, но и мобилизацией новых дополнительных средств ее оптимизации. Уровень сложности используемых адаптивных возможностей характеризуется широким диапазоном от сугубо внутренних (гиперконтроль за деятельностью) до чисто внешних (применение лупы при чтении для реконструкции зрительного поля). Естественно, что в позднем онтогенезе, в отличие от раннего, на текущую деятельность накладываются уже освоенные, лично адекватные и закреплённые в индивидуальном опыте опосредующие действия. Значительно чаще по сравнению с периодом зрелости используются приемы опосредования, вынесенные во внешний план психической активности, что обусловлено сужением объема деятельности, осуществляемой во внутреннем интеллектуальном пространстве. Вместе с тем на этапе позднего онтогенеза имеет место своеобразная дивергенция двух уровней психической активности: натуральные когнитивные способности обнаруживают отчетливую тенденцию к снижению, в то время как опосредование становится все более самостоятельной формой активности. Последняя может носить гиперкомпенсаторный характер и в этом смысле заменять собой реализацию актуальных задач и целей.

О Краснова

О. Н. Молчанова

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ВИТАУКТ КАК МЕХАНИЗМ СТАБИЛИЗАЦИИ Я-КОНЦЕПЦИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ¹

Согласно адаптационно-регуляторной теории старения, разработанной В.В.Фролькисом, наряду с разрушительными процессами старения, сокращением адаптивных возможностей организма существуют процессы, направленные на поддержание его высокой жизнеспособности, на увеличение продолжительности жизни, которые были названы **витауктом** (*vita* — жизнь, *auctum* — увеличивать).

Витаукт стабилизирует жизнедеятельность организма, восстанавливает и компенсирует многие изменения, вызванные старением, способствует возникновению новых приспособительных механизмов. Однако кроме биологического старения есть и психологическое, обуславливающее изменения в когнитивной, личностной, мотивационной сферах человека, а также в его самосознании.

Нас интересовал вопрос, существуют ли процессы психологического витаукта на уровне Я-концепции и, если да, то в чем они выражаются? Наше предположение заключалось в том, что с возрастом наряду с общим снижением ценности «Я» и отдельных его аспектов будет проявляться и другая тенденция, названная нами **психологическим витауктом**, которая представляет собой процессы, стабилизирующие деятельность субъекта, компенсирующие нарастание негативных характеристик, уберегающих систему «Я» от разрушения.

Проведенное экспериментальное исследование по изучению динамики самооценки в зрелости и старости, охватившее 328 человек в возрасте от 20 до 90 лет, обнаружило, что наряду с общим снижением уровневых характеристик самооценки с возрастом нарастают факторы компенсации, поддерживающие стабильность Я-концепции:

а) *наличие у испытуемых позднего возраста высоких позиций реальной самооценки по шкалам «характер», «отношения с людьми», «участие в труде».*

Вероятно, высокие показатели по этим параметрам играют компенсаторную роль (на эту мысль наводит способ аргументации названных позиций), «выравнивая» низкие оценки по дру-

¹ *Молчанова О. Н. Психологический витаукт как механизм стабилизации Я-концепции в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. — 1997. — № 1. — С. 24-25.*

гим шкалам и обуславливая в среднем умеренный уровень общей самооценки личности в позднем возрасте;

б) *фиксация на позитивных чертах своего характера.*

Люди пожилого и старческого возраста чаще приписывают себе позитивные качества, в основном отражающие хорошее отношение к людям и деловые свойства, и реже указывают на свои недостатки;

в) *снижение идеальных и достижимых самооценок.*

Что может носить компенсаторный характер, защищая человека от слишком большого разрыва между реальным и идеальным «Я», гиперразведение которых свидетельствует о низком самоуважении, неудовлетворенности собой. Сближение или слияние «могу» и «идеала» в позднем возрасте говорит, по-видимому, о принятии своей позиции, даже если она не очень высока, о тенденции довольствоваться тем, что есть, ощущать свое положение как вполне приемлемое;

г) *относительно высокий уровень самоотношения.*

Таким образом, в структуре общей Я-концепции одни элементы с возрастом начинают снижаться (самооценка), другие остаются стабильными или усиливаются (самоотношение);

д) *ориентация на жизнь внуков и детей.*

В позднем возрасте при анализе и характеристике собственной Я-концепции нередко можно встретить рассказы о жизни детей и внуков, описания их успехов и достижений. Такая ориентация на детей и внуков сохраняет перспективу личностного развития, а следовательно, способствует осознанию ценности своего «Я»;

е) *ретроспективный характер самооценки.*

Будущее для лиц позднего возраста нередко представляется угрожающим, ожидаемые изменения — негативными, актуальная позиция не всегда удовлетворяет, поэтому характерной особенностью их Я-концепции является обращенность в прошлое, которое для них приобретает большую ценность, чем будущее и даже чем настоящее. Утверждение значимости своей прошедшей жизни и себя в ней, оценка своих прошлых заслуг, достижений, статуса и прочего позволяют в какой-то степени компенсировать негативные изменения, наступающие с возрастом, либо противостоять возможности осознания своей малоценности в настоящем, не принимать новый, более негативный образ себя.

Перечисленные выше процессы можно отнести к защитным механизмам психологического витоукта, которые позволяют удерживать собственную Я-концепцию на приемлемом для субъекта уровне, однако их действие зависит от индивидуальных особенностей человека, общего стиля и истории его жизни.

МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ В СТАРОСТИ¹

Практическая психология поздних возрастов испытывает потребность в новых специфических методах работы, отражающих характерные для пожилых и старых людей возрастные изменения и индивидуальные стратегии адаптации к этим возрастам. Старые люди болезненно относятся к попыткам судить об их духовной жизни с позиции зрелого, т. е. более молодого для них, возраста. Они обижаются на непонимание, покинутость и во многом правы: оказавшись в связи с уходом на пенсию вне обязательных социальных связей, многие люди переживают глубокий стресс, сопровождающийся ощущением безнадежности, и полагают, что те, кто не пережили этого, ни понять, ни судить их не могут. Признание психологической уникальности поздних возрастов и разнообразия индивидуальных форм старения обуславливает проблематичность использования известных средств психорегуляции эмоциональных состояний, разработанных для зрелого возраста, в работе с людьми поздних возрастов и необходимость разработки специфических методов, отражающих характерную для этих возрастов структуру эмоциональных переживаний. Раскрыть структуру эмоциональных переживаний в старости можно лишь в контексте целостного учения о возрасте и важнейших критериях его оценки, которые определяют характерные особенности социальной ситуации развития и ведущей деятельности. Социальная ситуация развития в старости связана с отходом от активного участия в производительной жизни общества — выходом на пенсию. Именно этот момент некоторые теории признают началом старости. Это не случайно: профессиональная деятельность при любых особенностях индивидуальной жизни обеспечивает человеку необходимые социальные связи (проблема может заключаться лишь в качестве и объеме этих связей). Уходя на пенсию, человек сталкивается с необходимостью важного и трудного, абсолютно самостоятельного выбора — между социальной и индивидуальной жизнью. Момент выбора определяет стратегию последующей адаптации к старости и соответственно структуру эмоциональных переживаний в этом возрасте. Это положение согласуется с мнением о том, что системообразующим фактором адаптации к возрасту как адаптогенному фактору является социальная деятельность человека [Медведев В.И., 1984].

¹ *Ермолаева М.В.* Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 1 (5). — С. 22-48.

...По сути, человек на пороге старости решает для себя вопрос: оставаться ему в обществе (сохранять прежние социальные связи, создавать новые) или перейти к индивидуальной жизни. Это решение определяет две основные стратегии адаптации — сохранение себя как личности и сохранение себя как индивида.

Большинство современных теорий старости, трактующих поздний возраст с позиций адаптации [Альперович В., 1997; Давыдовский И. В., 1967; Шахматов Н.Ф., 1996], ее истощения (утраты адаптационных возможностей)¹, рассматривают вторую стратегию адаптации к возрасту — стратегию сохранения себя как индивида — в качестве единственного пути старения. При этом позитивные эмоциональные переживания старого человека в рамках этой стратегии не находят убедительного толкования [Шахматов Н. Ф., 1996].

Учитывая значимость оценки смысла и результата прожитой жизни для структуры эмоциональных переживаний в старости, Эриксон утверждал возможность двух различных по содержанию, знаку и значимости для жизнедеятельности форм эмоциональных переживаний жизненного итога: если человек убежден, что жизнь состоялась, то он уравновешен и спокойно смотрит в будущее, но если жизнь оценивается как прожитая зря, то его настигают чувство бессилия что-либо исправить, отчаяние и страх смерти [Эриксон Э., 1996]. Так, Эриксон оставлял за старостью альтернативу исхода, но альтернатива эта, по мнению автора, в целом определяется характером прохождения предшествующих этапов жизни. Однако, если рассматривать старость как возраст развития, то следует признать за ней право и необходимость выбора смысла и цели жизни, а следовательно, возможности прогрессивного или регрессивного изменения личности. Любой факт своей жизни пожилой человек может оценить в пессимистической или, напротив, позитивной и конструктивной форме. <...> Возможность свободного, хотя и трудного выбора позволяет характеризовать старость как возраст развития, возраст потенциальных возможностей и дает шанс противостоять тотальному угасанию. Итоговый выбор определяется решением задачи о смысле оставшейся жизни. Общая структура этого смысла воплощается в картине и динамике эмоциональных переживаний.

Распространение основных положений учения о старости предполагает, что дифференциация различных видов деятельности, динамика познавательных функций и изменение личности чело-

¹ Здесь и далее в статье проводится мысль о том, что старение представляет собой закономерный процесс адаптации к возрасту как адаптогенному фактору. Этой позиции придерживается автор теории адаптации В.И.Медведев [1984], который утверждает, что в возрастном плане тезис об уменьшении адаптации не вполне правилен, поскольку физиологические компоненты адаптации, которые действительно характеризуются сужением функционального диапазона, в значительной степени компенсируются поведенческими компонентами. — *Примеч. сост.*

века в этом возрасте определяются характером ведущей деятельности, особенности которой воплощены в структуре эмоциональных переживаний. Как указывалось выше, ведущая деятельность в позднем возрасте может быть направлена либо на сохранение личности человека (поддержание и развитие его социальных связей), либо на обособление, индивидуализацию и «выживание» его как индивида на фоне постепенного угасания психофизиологических функций. Оба варианта старения подчиняются законам адаптации, но обеспечивают различное качество жизни и даже разную ее продолжительность. В литературе наиболее полно описан второй вариант старения, при котором возрастные изменения проявляются в качественно своеобразной перестройке организма с сохранением особых приспособительных функций на фоне общего их спада [Фролькис В. В., 1981]. Эта стратегия адаптации предполагает постепенную перестройку основных жизненно важных процессов и в целом структуры регуляции функций для обеспечения сохранности индивида, поддержания или увеличения продолжительности жизни, т. е. превращение «открытой» системы организма в систему «замкнутую» [Давыдовский И. В., 1967]. В литературе указывается, что относительная замкнутость (в психологическом плане) контура регуляции в старости проявляется в общем снижении интереса к внешнему миру, уменьшении притязаний, эгоцентризме, ослаблении эмоционального контроля, обострении некоторых личностных черт, а также в нивелировании индивидуальных качеств личности [Милентьев А. С. и др., 1996]. Во многом эти личностные изменения обусловлены замкнутостью интересов старого человека на самом себе. <...> В данной стратегии адаптации эмоциональные переживания приобретают специфическую старческую окраску, характерную для сенсорной депривации. Постепенная утрата значимых, глубоких социальных связей проявляется в двух важнейших особенностях психической жизни: снижении поведенческого контроля [Альперович В., 1997] и «истощении» чувствительности [Грановская Р.М., 1997; Давыдовский И. В., 1967; Старость: справочник, 1996]. Сознательная регуляция поведения необходима лишь для социального бытия и осмысленна с точки зрения общения с другими. Ослабление поведенческого контроля приводит к нарастанию эгоцентричности в старости, убежденности стариков в неоспоримой справедливости их позиции и, как следствие, амбициозности, обидчивости, нетерпимости к возражениям [Альперович В., 1997]. Старческая болтливость и другие характерные изменения личности также обусловлены недооценкой пожилыми людьми значимости сознательной регуляции своего поведения в отношении с окружающими и постепенной утратой этих навыков. Снижение функций самодетерминации и саморегуляции закономерно обостряет личностные качества: осторожность постепенно перерастает в подозрительность,

бережливость — в скупость, появляются консерватизм, безучастное отношение к настоящему и будущему [Милентьев А. С. и др., 1996].

Однако обострение личностных черт — лишь постепенно проявляющееся следствие выбора стратегии адаптации по принципу «замкнутого контура». Центральным моментом психологической адаптации служит направленное изменение семантики информации, что проявляется в оценке самочувствия и настроения, а также фильтрация информации на всех этапах ее движения (включая ее подавление на сенсорном уровне и гамму мнестических процессов, где главную роль играет механизм забывания) [Грановская Р.М., 1997; Медведев В.И., 1984]. Эта система информационной защиты участвует в формировании концептуальной модели реальной действительности, по которой и строится адаптационный процесс. Стратегия адаптации по «замкнутому контуру» предполагает несколько индивидуальных вариантов: согласно их концептуальным моделям, мир видится пожилым людям как неясный, непредсказуемый, иногда угрожающий, губительный. В любом из этих вариантов концептуальной модели (даже в наиболее позитивном из них) пожилой человек не «владеет» этим миром, социально не причастен к нему, перспектива его собственной жизни не зависит от него самого, а стратегия его поведения наиболее полно описывается житейским понятием: «доживать свой век». В этом смысле суть исканий и притязаний пожилого человека в данной стратегии адаптации расценивается как стремление приспособиться к жизни, которую он не принимает, желание по возможности отдалить конец своего существования. Характерный для стариков отлет сознания в прошлое имеет особое значение — в данном варианте старения люди просто живут в прошлом, где все было ясно, потому что они сами строили свою жизнь и влияли на жизнь других. Пребывание в воспоминаниях помогает отвлечься от неясного настоящего и не думать о будущем, в котором они не видят ничего, кроме умножения физических страданий, грядущей немощи, неизбежной смерти. <...>

Заметим, что в этой стратегии адаптации, направленной на сохранение себя как индивида, разрыв временной связи между прошлым, настоящим и будущим выступает как защитный элемент, существенный компонент концептуальной модели реальной действительности. Эмоциональные переживания как субъективная сторона этой своеобразной концептуальной модели действительности направлены на защиту пожилого человека от неуправляемой реальной жизни и на стабилизацию его психических состояний и функций. По мнению Г.С.Абрамовой [1997], эгоистическая стагнация в старости характерна для тех стариков, которые отказались от собственной экзистенции, от собственных проявлений духа, не погрузились в глубины своего «Я», а замкнулись на прошлом и прервали связь с настоящим.

В гериатрической литературе достаточно подробно описаны собственно-возрастные (непсихотические) типичные эмоциональные состояния в старости. Считается, что в основе этих переживаний лежат механизмы, отражающие состояние психического упадка, однако без признаков возрастно-органических психозов [Шахматов Н. Ф., 1996]. Предваряя конкретное описание эмоциональных переживаний в структуре таких состояний, позволим себе не согласиться с этой точкой зрения. Психический упадок — их следствие, а не причина, причем следствие хоть и закономерное, но проявляющееся постепенно с довольно значительным латентным периодом. <...> Эмоциональные переживания, являясь важным компонентом общего адаптационного синдрома, отражают личностно-смысловой вектор поведения, направленный в данной стратегии адаптации на защиту от действительности, на продление индивидуальной жизни путем купирования интенсивности жизненных проявлений и подавления активности личности. В связи с этим, по мнению ряда авторов, основной характерной особенностью эмоциональной жизни пожилых людей (закономерной для стратегии адаптации по «замкнутому контуру») является выраженная озабоченность — не вполне осознанное, крайне генерализованное состояние [Александрова М.Д., 1974; Апыгерович В., 1997; Шахматов Н.Ф., 1996]. Она включает озабоченность собственным здоровьем, политическим и экономическим положением в стране (по отношению к перспективам собственной жизни), будущим детей и внуков — всем понемногу. К. Рощак прямо указывает на адаптивный характер старческой озабоченности: по его мнению, потребность в беспокойстве и озабоченности служит своеобразным механизмом непомерно разросшейся в старости потребности избежать страдания. Интересно, что обострение некоторых личностных черт в старости представляет собой, по предположению автора, механизм адаптации — обособление и защиту от непонятной, непредсказуемой, быстро меняющейся окружающей жизни. Так, автор рассматривает шаблонизацию как средство осуществления потребности в постоянстве, а проявление упрямства как путь защиты собственной независимости и внутренней стабильности видения окружающего мира [Рощак К., 1990].

Анализ озабоченности (беспокойства) пожилых людей позволяет найти в этом состоянии много общего с тревогой малой степени. Существует мнение, что тревога обусловлена угрозой актуализации социальной потребности (в то время, как страх — биологической) [Lindell H.S., 1964]. Тревога основана на оценке предвосхищаемой и неопределенной угрозы [Lazarus R. S., Averill J. R., 1972]. В.И.Медведев [1984] отмечает, что тревога возникает в тех случаях, когда ситуация оценивается как непредсказуемая; при этом состояние тревоги направлено на поиск новой формы ответа, адекватной особенностям сложившейся ситуации. Таким об-

разом, состояние тревоги характеризуется адаптивной функцией, функцией активного приспособления к особенностям условий жизни и деятельности. Разумеется, под хронической озабоченностью стариков мы понимаем лишь тревогу малой степени, адаптивный смысл которой заключается в повышении бдительности старого человека по отношению к не совсем понятным, настораживающим факторам внешнего мира и ухудшению внутреннего состояния. По мнению З. Фрейда, антиципация опасности, характеризующая тревогу, предупреждает страх. Фрейд считал, что если сигнал не отнесен к окружающим, то человек не готов к активному ответу на него. При этом отсутствие тревоги может стать причиной последующего непоправимого нарушения деятельности [May R., 1950].

Хроническая озабоченность помогает старым людям выработать специфическую тактику сбережения усилий, способность заранее предвидеть, оберечься от возмущающего воздействия (или несколько деформировать его, изменив к нему отношение) и тем самым избежать фрустрации с сопровождающим ее сильным всплеском эмоционального возбуждения, губельного для душевного покоя стариков и, как следствие, для их хрупкого внутреннего баланса¹.

Можно отметить и еще один характерный факт, свидетельствующий в пользу адаптивной ценности старческой озабоченности: мотивационная обусловленность состояния тревоги сообщает эмоциональным переживаниям в структуре этого состояния яркую пристрастность [Bennet, Pravits J. G., 1987; Lazarus R.S., Averill J.G., 1972]. Эмоциональные переживания тревоги (в целом характеризующиеся как неприятные) несовместимы с переживаниями скуки и придают остроту субъективной картине окружающей действительности. Озабоченность по поводу своего здоровья, что часто проявляется у стариков в форме ипохондрической фиксации... побуждает развитие новых интересов и потребностей в обогащении медицинскими знаниями в области лучших способов лечения и других форм борьбы со старческими недугами. Старики получают большое удовольствие от рассказов о своих болезнях и при этом их не смущает, что окружающими эти рассказы воспринимаются как навязчивые — пожилые люди искренне не замечают этого, поскольку жизнь вне общества способствует снижению у них поведенческого контроля. Но разговоры о болезнях, бесконечное лечение и самолечение — это процесс, это путь, а не ко-

' Как отмечает И. В. Давыдовский [1967], общие энергетические ресурсы и механизмы, с помощью которых в данную единицу времени могут быть пополнены затраты при стрессовых реакциях у старого человека, являются ограниченными, и безопасность нейтральных для молодого человека воздействий может превратиться в большую опасность для старого человека.

нец пути. Интересно, что в рамках этой стратегии адаптации озабоченность здоровьем близких распространяется в основном на самый узкий круг родственников, от которых непосредственно зависит жизнь и благополучие самих старых людей.

Другим характерным эмоциональным состоянием пожилых людей, в соответствии с данной стратегией адаптации, является воз-растно-ситуативная депрессия при отсутствии жалоб на это состояние. В целом, старческая депрессия проявляется в ослаблении аффективного тонуса, замедлении аффективной живости, отставленные™ аффективных реакций; при этом лицо старого человека ограничено в возможностях передать душевные эмоциональные движения [Шахматов Н. Ф., 1996; Santrock J. W., 1995]. Анализ этого состояния показывает, что характеризующие его эмоциональные переживания отражают смысл жизнедеятельности в условиях данного типа адаптации — уход от активного участия в жизни общества, переосмысление его значения для себя, отказ от ценностей социального мира. Пожилые люди сообщают о чувстве пустоты окружающей жизни, ее суетности и ненужности. Все происходящее перед их глазами кажется им малозначимым и неинтересным; интересной, полной смысла представляется лишь жизнь в прошлом, а она никогда не вернется. Но эти переживания воспринимаются пожилыми людьми как обычные и не носят болезненного характера. Они являются результатом переосмысления жизни, носителями новых смыслов и имеют адаптационную ценность, поскольку предохраняют человека от стремлений, борьбы и от сопряженного с ними волнения, которое крайне опасно для стариков. Существует немало исследований, доказывающих, что сильное волнение вызывает ослабление способности самоконтроля у старых людей и, как следствие, грубые конфабуляции; кроме того, усиливаются страх, неуверенность в себе, чувство неполноценности и отчаяния [Смит Э.Д., 1995]. Снижение аффективной живости, отражающее разочарованность стариков в жизни, некоторое обесценивание ее — это способ относительно долговечного, спокойного и тихого существования, поскольку сильное волнение (даже радостное), прибавляя «жизни» к годам, сокращает эти годы. В геронтопсихологии существует точка зрения, что безразличие стариков трактуется как способ защиты от чувств, вынуждающих затрачивать дополнительные усилия и нарушающих привычный ход переживаний...

Характерно, что стратегия адаптации к старости по принципу «замкнутого контура» часто сопряжена с переживанием одиночества. Это не значит, что данная стратегия более другой связана с жизнью в затворничестве. Как показывают исследования, переживание одиночества связано с когнитивной оценкой качества и удовлетворенностью людьми своими социальными связями [Пен-ло Л. Н. и др., 1989]. По мнению К. Роджерса, переживание одино-

чества порождается индивидуальным восприятием диссонанса между истинным «Я» и тем, как видят «Я» другие [Rogers K., 1961]. Как было показано ранее, выбор данной стратегии адаптации обуславливает постепенное снижение поведенческого контроля и рефлексии, в связи с чем пожилые люди с трудом представляют или просто не задумываются о том, как видят и оценивают их окружающие. Однако, понимая, что поведение их бывает неадекватным, они часто отказываются от общения, все больше уходя в себя, и переживание одиночества перерастает у них в ощущение необъяснимого страха, отчаяния, сильного беспокойства [Рук К. С, Пен-ло Л.И., 1989]. Когда переживание одиночества у старых людей приобретает устойчивый характер, они склонны винить в этом себя, что увеличивает риск глубокой депрессии. <...> Оценка своего поведения как не вполне адекватного и сопутствующее усиление беспокойства обуславливают специфическое для одиноких пожилых людей восприятие окружающей действительности: она представляется им непредсказуемой и не поддающейся контролю [Бик-сон Т.К. и др., 1989]. Переживание снижения контроля, в свою очередь, приводит к ощущению собственной беспомощности и безнадежности. Интересно, что социальные контакты, которые пожилые люди не могут сами регламентировать, не приносят им удовлетворения, но порождают неприятное чувство зависимости [Рук К. С, Пенло Л. Н., 1989]. Последнее переживается особенно остро. Ощущение зависимости, беспомощности, непричастности к внешнему для них социальному миру представляет собой тот эмоциональный аккомпанемент старости, который заставляет пожилых людей оценивать этот возраст как несчастье и позор.

Описание структуры эмоциональных переживаний, характерных для стратегии старения по принципу «замкнутого контура», позволяет обосновать подходы к выбору специфических для данного возраста средств психологического воздействия. Эффективным средством регуляции эмоциональных переживаний людей пожилого и старого возраста является метод «управляющего воображения» (в более точном переводе: метод «управляемого порождения образов» — «Guided Imagery»). В настоящее время он широко распространен в США, Канаде и Швеции [Naparstek R.B., 1994; Orlick T. G.; Seligman M.E., 1993; Spiegel D., 1993]. В целом метод адресован самому широкому контингенту лиц, он помогает нивелировать неблагоприятные психические состояния (сильную тревогу, стресс, фрустрацию, депрессию), способствует повышению уровня бодрствования, позитивному настрою на предстоящую деятельность. По мнению авторов метода, его систематическое использование влияет на структурирование опыта пациентов, выработку у них полезных навыков и привычек, способствует повышению самооценки, когнитивной реконструкции и даже излечению от многих хронических заболеваний...

*М. А. Холодная, Н. Б. Маньковский,
Н. Ю. Бачинская, Е. А. Лозовская,
В. Н. Демченко*

СВОЕОБРАЗИЕ УРОВНЕВЫХ, СТРУКТУРНЫХ И СТИЛЕВЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ИНТЕЛЛЕКТА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ¹

Актуальность исследований интеллекта в пожилом возрасте обусловлена в первую очередь тем обстоятельством, что именно интеллектуальная активность выступает в качестве одного из факторов, тормозящих темп нарастания возрастных изменений психики на поздних этапах онтогенеза. В частности, Б. Г. Ананьев отмечал, что развитие интеллекта, способность к обучению, постоянному самообразованию взрослого человека — огромная сила, противостоящая инволюционным процессам [Ананьев Б. Г., 1969].

Таким образом, изучение уровня интеллектуальной сохранности и своеобразия интеллектуальной активности в пожилом возрасте позволяет подойти к определению тех психологических резервов, которые лежат в основе активного долголетия личности.

Как правило, при исследовании интеллекта используются тестовые психодиагностические методики, среди которых наиболее известной и широко применяемой является шкала Векслера для измерения интеллекта взрослых (WAIS), адаптированная к условиям нашей страны в Ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева [Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М., 1983]. Методика Векслера, созданная на основе требований традиционного психометрического подхода, связана с принятием определения интеллекта как некоторого достигнутого уровня психического развития субъекта, проявляющегося в степени усвоенности заданного количества знаний, навыков, а также степени сформированности тех или иных познавательных функций (оперативной памяти, способности к категориальному обобщению, пространственным преобразованиям и т. д.). В конечном счете данная методическая процедура оказывается ориентированной на выявление уровневых характеристик интеллекта за счет фиксации показателей успешности (результативности) выполнения конкретных тестовых заданий. <...> Понимание того обстоятельства, что анализ лишь уровневых характеристик интеллектуальной деятельности, на что изначально были направлены психометрические тесты интеллекта, явно

¹ Холодная М. А., Маньковский Н. Б., Бачинская Н. Ю., Лозовская Е. А., Демченко В. Я. Своеобразие уровневых, структурных и стилевых характеристик интеллекта в пожилом возрасте // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 2. — С. 5—13.

недостаточен для диагностики своеобразия интеллектуальной активности человека, привело многих исследователей к необходимости поиска новых методических процедур, позволяющих более глубоко и полно описать индивидуальную специфику интеллектуальной деятельности. Особый интерес в этом плане представляют исследования когнитивных стилей — индивидуальных различий в познавательных процессах, характеризующих типичные для данной личности способы переработки информации в условиях построения образа действительности. Можно ожидать, что изучение когнитивных стилей в пожилом возрасте позволит получить существенные дополнительные сведения о динамике интеллектуального развития на поздних этапах онтогенеза. Итак, основная задача ... заключается в описании своеобразия уровневых, структурных и стилевых характеристик интеллектуальной деятельности в пожилом возрасте на основе использования методики Векслера, а также комплекса методик для диагностики когнитивных стилей. В качестве уровневых характеристик анализировались традиционные уровневые оценки в виде полной оценки IQ, вербальной и невербальной оценок IQ, а также показатели успешности исполнения отдельных субтестов. Кроме того, мы применяли и более дифференцированные по сравнению с традиционными уровневые показатели, характеризующие три базовых структурных компонента интеллектуальной деятельности, таких как «вербальное понимание», «пространственная организация» и «сосредоточенность внимания» (подсчитывалась суммарная оценка представляющих каждый компонент референтных субтестов).

В нашей работе наряду с учетом специфики интеллектуального профиля (качественная сторона структурной организации индивидуального интеллекта) учитывались проявления интертестового разброса (количественная сторона структурной организации индивидуального интеллекта). В частности, в качестве показателя вариативности познавательных функций мы использовали такую статистическую меру, как коэффициент вариации $C_v = 100\% \cdot x$

Важно подчеркнуть, что переход к подобного рода показателю приводит к смене типа интерпретации индивидуальных результатов: значение C_v свидетельствует уже не столько о степени выраженности тех или иных познавательных функций, сколько об особенностях их организации в структуре индивидуального интеллекта.

Тенденция перехода от уровневых к структурным характеристикам интеллекта, по сути, означает признание того факта, что для уяснения своеобразия интеллектуальных возможностей субъек-

та значение имеет не только и не столько успешность (результативность) интеллектуальной деятельности, сколько тип организации индивидуального интеллекта.

Поскольку данное исследование было ориентировано на выявление своеобразия проявлений интеллекта в пожилом возрасте сравнительно с теми этапами онтогенеза, для которых характерно интенсивное развитие интеллектуальных возможностей человека, то в качестве основного материала использовались результаты обследования с применением методики Векслера трех групп испытуемых: студентов (возраст 18 — 20 лет, $n = 57$), людей среднего возраста (возраст 45 — 49 лет, $n = 70$) и людей пожилого возраста (возраст 60 — 75 лет, $n = 70$).

Стилевые характеристики интеллектуальной деятельности выявлялись в группах студентов ($n = 27$) и пожилых людей ($n = 34$) на основе использования комплекса методических процедур, позволяющих диагностировать следующие основные когнитивные стили:

- 1) полезависимость — полнезависимость (методика «включенные фигуры» Уиткина);
- 2) ригидность — гибкость (методика словесно-цветовой интерференции Струпа);
- 3) импульсивность — рефлексивность (методика «сравнение похожих рисунков» Кагана);
- 4) аналитичность — синтетичность (вариант методики свободной сортировки понятий, предложенный В. Колга)¹.

...Полная оценка IQ, вербальная и невербальная оценки IQ не дифференцируют разновозрастные группы. По всей вероятности, традиционные показатели уровня развития интеллекта в виде IQ имеют определенный смысл при решении задачи сравнения индивидуумов относительно некоторого стандарта исполнения, однако они малоинформативны, если речь идет о выявлении своеобразия интеллекта конкретной личности.

По нашим данным, такой показатель, как соотношение (разница) вербальной и невербальной оценок IQ также не является надежным источником диагностической информации в условиях сравнительного исследования, о чем свидетельствует значительная ошибка средней арифметической этого показателя.

Наибольший интерес, как это неоднократно отмечалось в работах ряда авторов, представляют различия интеллекта в рамках «профильного» анализа исполнения на всех 11 субтестах. <...>

На поздних этапах онтогенеза остаются без каких-либо существенных изменений те вербальные познавательные функции, которые связаны с запасом знаний, способностью к категори-

¹ См. более подробно их описание: *Холодная М.А.* Когнитивные стили как проявление своеобразия индивидуального интеллекта. — Киев: Изд-во КГУ, 1990.

альному обобщению и пониманию значений слов. Более того, обе старшие возрастные группы значительно превосходят группу студентов по субтесту «Понятливость», что, по-видимому, обусловлено влиянием накопленного социального опыта (сформированностью социальных оценок происходящего, реалистичностью суждений и т.п.). В то же время уровень вербальных познавательных функций, требующих в качестве своего когнитивного обеспечения развитой оперативной памяти и способности к концентрации внимания, с возрастом явно снижается. Наконец, успешность выполнения невербальных заданий обнаруживает отчетливое постепенное снижение по мере приближения к пожилому возрасту, причем эта отрицательная динамика демонстративнее всего проявляется на субтестах «Кубики» и «Кодирование».

Указанные выше различия видны и при сравнении выделенных нами базовых компонентов интеллектуального исполнения: по фактору «вербальное понимание» различия между тремя возрастными группами практически отсутствуют, тогда как по факторам «пространственная организация» и «сосредоточенность» наблюдается выраженное снижение интеллектуальных возможностей.

Факт разнонаправленности в развитии вербальной и невербальной форм познавательной активности отмечался разными авторами.

В частности, Д. Б. Бромлей, обобщая результаты исследований интеллекта с помощью методики Векслера, обнаружила, что определенные вербальные функции (информированность, запас слов) на протяжении возраста от 20 до 40 лет повышаются, затем следует период их стабилизации на максимально высоком уровне и только с 60 — 70 лет наблюдается некоторое их снижение до уровня показателей 20 лет [Ананьев Б.Г., 1969]. Б.Г.Ананьев на этом основании делает вывод о том, что речемыслительные, вто-росигнальные функции противостоят общему прогрессу старения и сами претерпевают инволюционные сдвиги значительно позже всех других психофизиологических функций. Отметим, что речь следует вести не просто о второсигнальных (вербальных) познавательных функциях. Интеллектуальная сохранность на поздних этапах онтогенеза обеспечивается главным образом за счет работы механизмов понятийного мышления, которые, по-видимому, компенсируют снижение эффективности работы механизмов, обеспечивающих пространственные преобразования и оперативные формы переработки информации.

Таким образом, наши данные подтверждают факт гетерохронности интеллектуального развития в онтогенезе, свидетельствующий, с одной стороны, о существовании органического единства инволюционных (регрессивных) и эволюционных (прогрессив-

ных) изменений в характере интеллектуальной активности в процессе старения и, с другой стороны, о формировании мощных компенсаторных механизмов, обеспечивающих при перестройке интеллекта необходимые приспособительные эффекты.

Далее, представляют интерес обнаруженные нами различия между тремя возрастными группами по показателям «вариативности» познавательных функций (различия между группой студентов и группой пожилых значимы в пределах $0,05 \geq p \geq 0,001$). По нашему мнению, этот показатель косвенно характеризует степень интегрированности целостной структуры интеллекта: рост вариативности отдельных интеллектуальных составляющих свидетельствует о том, что с возрастом нарастают проявления дискоординации, дисбалансированное™ различных форм интеллектуальной активности.

Таким образом, своеобразие интеллектуальной деятельности в пожилом возрасте обусловлено не только качественным изменением интеллекта (избирательным снижением или повышением определенных проявлений интеллектуальной активности), но и изменением особенностей его структурной организации (нарастанием дезинтегрированности отдельных познавательных функций).

Наконец, обращает на себя внимание различие в стилевых характеристиках интеллектуальной деятельности двух возрастных групп: юношеского и пожилого возрастов. <...>

...Между этими возрастными группами отсутствуют различия в степени точности идентификации изображений при их сравнении с изображением-эталонном (что позволяет говорить о достаточной сохранности в пожилом возрасте фазы контроля интеллектуальной деятельности), а также в числе выделенных групп при свободной сортировке понятий (что свидетельствует о достаточной сохранности способности как к категориальному анализу, так и к категориальному синтезу). В свою очередь, в пожилом возрасте нарастают проявления полезависимости и ригидности, отмечается явная замедленность развертывания ориентировочной фазы интеллектуальной деятельности (возрастает время подготовки ответа при принятии решения в условиях неопределенности). Итак, проведенные нами исследования позволяют говорить о неоднородности изменений познавательной деятельности в различных возрастных группах, что, по-видимому, является результатом сложной перестройки психической организации, характеризующейся, в первую очередь, сдвигами во всех звеньях саморегуляции. При этом возрастные изменения предполагают формирование компенсаторных механизмов, обеспечивающих возможность функционирования познавательного отражения на новых уровнях его организации.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ СТАРЕНИИ

М. Д. Александрова

[СТАРЕНИЕ: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ]

Социология старения... является существенной составной частью зарубежной социальной геронтологии. Другой ее частью является социальная психология старения. Здесь центральное место занимает проблема личности старого человека. В рассмотрение старого человека как личности входит очень большой круг вопросов, в том числе гигиена, психическое здоровье, обучаемость и пригодность к труду и многое другое, что сближает социальную геронтологию с психологией, педагогикой и медициной.

Важное место среди проблем этого направления занимает теория разобществления (disengagement), выдвинутая Дж. Розеном и Б. Ньюгартен [*Rosen J., Neugarten B., 1960*], Е. Камминг и В. Генри [*dimming E., Henry W., 1962*]. Эта теория предполагает «разрыв между личностью и обществом, уменьшение энергии личности и ухудшение качества оставшихся связей». Разобществление, по мнению Генри, представляет собой психосоциальное явление, объясняющееся как природными изменениями психологии стареющей личности, так и воздействием на нее социальной среды. Наиболее отчетливо этот процесс проявляется у людей в пенсионном или предпенсионном возрасте. Кроме прекращения трудовой деятельности и вследствие этого ухудшения материального состояния и падения социального престижа, человек на этой стадии жизненного пути часто теряет родных и близких, отделяется от приобретших самостоятельность детей. Эта утрата прежних социальных ролей в совокупности с ухудшением состояния здоровья и спадом умственной деятельности ведет к нарушению сложившегося динамического стереотипа личности, к изменению ее мировоззрения и поведения. Явление разобществления выражается в изменении мотивации, сужении круга интересов и сосредоточении их на своем внутреннем мире... в спаде коммуникабельности [*Cumming E., Henry Ж, 1962* и др.].

Социологи и социальные психологи направляют свои усилия на изучение семьи. К. Тиббиттс, Е. Фрииз, Д. Бромлей [*Bromley D., 1968*] и многие другие рассматривают современную семью с точ-

¹ *Александрова М.Д.* Проблемы социальной и психологической геронтологии. — Л.: Изд-во Ленинградского университета, 1974. — С. 33 — 39.

ки зрения взаимоотношений поколений, обращая внимание на то, что традиционная патриархальная семья распадается, что старики — отцы семейства уже не играют прежней роли, что молодое поколение не нуждается в поддержке старого, а старое вовсе отходит от семьи, не выполняя роли дедушек и бабушек. Этот вопрос К.Тиббитс [1963] специально выделил в своей статье «Социальные аспекты старения». Эмпирические данные, представленные Е. Фриизом на VI Международном конгрессе социологов, также говорят об отделении старых людей от детей и внуков.

Процесс разобщения как раз и начинается с этого отделения. В социальных и психологических явлениях распада традиционной семьи заложены и «обратные связи» между старением личности и ее социальными характеристиками. <...> Когда человек стареет, общество и в данном случае семья как общественная единица не предъявляет к нему никаких требований, отвергает его, тем самым лишает определенной роли, меняет статус. Человек, лишенный прежнего статуса, теряет активность, и процесс старения ускоряется. Это отвержение старых людей, которое исходит из потребности молодого поколения, служит одним из источников разобщения. Вторым источником является сам старый человек, который теряет коммуникабельность. Потеряв старые общественные связи, например родственные, дружественные и другие, он уже не в силах завязать новые. И третьим самым главным источником становится уход от дел, выход на пенсию. Работая по найму, человек бывает связан так или иначе с другими людьми: начальник — подчиненный, напарник — сосед по станку, исполнитель — заказчик, продавец — покупатель и т. п. Теряя привычные деловые коммуникации, человек становится некоммуникабельным. Тяжело отражается на психическом здоровье человека не только уход от дел, но и переход на другой вид деятельности. Содержанием жизни человека, особенно пожилого, всегда бывает его семья и его окружающие. Люди чаще всего говорят друг с другом о семейных или трудовых делах; если нет семьи, нет места работы, человек некоторое время по инерции продолжает поддерживать старые связи, интересуется тем, что происходит с детьми, родственниками, что происходит на работе, потом эти связи становятся уже искусственными и постепенно прерываются. Количество поступающей к человеку информации уменьшается, круг его интересов сужается, падает и активность, в связи с чем ускоряется процесс старения.

Теория разобщения зародилась в США, эмпирические данные, характеризующие явление разобщения, получены в США главным образом Розеном, Хэвайюрстом и Ньюгартен, теоретический анализ этих и других данных принадлежит Камминг, Генри и другим. В 1963 г. В. Генри, психолог из Чикагского университета, сделал доклад на заседании Американского психологического общества.

Этот доклад выражает позиции автора и других социальных психологов относительно занятости и незанятости старых людей. Незанятость людей, вышедших на пенсию, самым непосредственным образом связана с разобщением и рассматривается как особая и очень важная проблема. Доклад В.Генри [*Henry Ж*, 1963] заслуживает особого внимания. В нем обсуждаются такие понятия, как досуг (свободное время) и занятость. Генри говорит, что часто ошибочно предполагают, будто мудрость и перспективы старых людей будут обусловлены досугом, в котором они нуждаются. Под досугом подразумевается, говорит Генри, ссылаясь на словарь Вебстера, «свобода от занятий или обязанностей». Если зрелый человек совершает полезное для общества дело, он должен быть занят. Следовательно, люди накладывают на себя определенные обязанности. Незанятость, по мнению Генри, появляется у старых людей в результате уменьшения жизненной активности и энергии. Незанятость рассматривается как совокупный процесс, психосоциальное явление, которое объясняется как психологией данного индивидуума, так и воздействием на него общества, включающего или выключаящего его из социальной жизни. Общество может возложить на старого человека обязанности. Но оказывается, что если общество не налагает на старого человека обязанностей, то он не может тем не менее освободиться от обязанностей по отношению к самому себе. В связи с этим внешние социальные факторы поведения и его мотивы у старого человека отходят на второй план, а на первый план выходят внутренние его потребности. Старый человек таким образом интровертируется и начинает более всего любить себя, остается привязанным к самому себе.

У старого человека, как рассуждает В.Генри, меняется мотивация трудовой деятельности. Человек стремится к труду в после-пенсионные годы уже не с целью содержать себя, а ради труда, который приобретает эмоциональную окраску. Старый человек анализирует свою работу только по отношению к самому себе, а не к общественной деятельности, как способность выполнять работу, как самооценку.

В.Генри отмечает далее тот факт, что старые люди делятся на три группы в зависимости от количества имеющейся у них психической энергии. Первая группа включает в себя тех, кто, чувствуя себя достаточно бодрым и энергичным, продолжает трудиться, выполняя определенные обязанности перед обществом, оставаясь на том же месте работы, где были в зрелые годы, — они заняты. Вторая группа включает тех, кто не работает по найму, не выполняет общественных обязанностей, а наслаждается своим собственным делом, которое называют хобби. Эти люди имеют достаточно энергии, чтобы тоже быть занятыми. И третья группа включает людей со слабой психической энергией, действительно не занятых или занятых главным образом собой.

Эмпирические исследования Ньюгартен [*Neugarten B.L.*, 1964], проведенные в Канзас-Сити, обнаружили, что «занятость» не есть привилегия лишь зрелых людей, а «незанятость» не есть привилегия старых.

В заключение Генри делает такой вывод: занятость и незанятость представляют собой общие формы динамики психологии личности (например, свойственный подросткам эгоизм связан с незанятостью). «Освобождение» от занятости является внутренним процессом, и этот процесс в конечном счете становится неизбежным. По мнению многих, освобождение осуществляется во всех случаях жизни. Процесс освобождения зависит не от старости, говорит далее Генри, а от жизненного опыта, всего перенесенного в ранние этапы жизни и не является признаком старости как таковой.

В. Генри пытается свой теоретический анализ эмпирических данных, которые он, к сожалению, не приводит, ввести в практику. Проблема занятости и незанятости поднята зарубежными социальными геронтологами, среди которых есть социологи, психологи и врачи, до уровня теории. Действительно, эта проблема заслуживает большого внимания и может рассматриваться с разных позиций.

Таким образом, В.Генри 1) раскрыл психологическое содержание самого понятия занятости; 2) показал специфику занятости старого человека с психологической точки зрения, особо выделив мотивацию занятости; 3) указал на общевозрастные черты этого явления; 4) выдвинул проблему занятости в ряд практических задач социологии.

Теория разобществления нашла сторонников и исследователей среди психологов и социологов других зарубежных стран. В частности, много места отводит ей английский ученый Д.Бромлей [*Bromley D.*, 1966]. В своей книге «Психология старения человека» он обсуждает вопросы, связанные с разобществлением. Вторая глава этой книги начинается высказыванием американского социального геронтолога Р. Хэвайюрста, которого можно считать одним из основоположников теории разобществления. Р. Хэвайюрст пишет: «Говоря о личной и общественной приспособляемости, мы говорим о целях жизни в разном возрасте. Личное приспособление является своего рода внутренней гармонией, а общественное приспособление — гармонией с окружающим миром. Проблема геронтологии как науки состоит в том, чтобы понять эти гармонии, описать их объективно, измерить их, если это возможно, и установить их взаимоотношения и отношение к другим сторонам жизни человека». Связь с обществом в жизни человека, его направленность вовне — экстравертированность, переходит в его внутренний план — интровертируется, поэтому-то поддержание общественных связей и их утрата — разобществление — стали предметом изучения психологии личности вообще и ее возрастного аспекта в особенности.

Д. Бромлей ищет параллелей между возрастом старения и воз-растом юности: «Период жизни, связанный с ранним старением, [разобщением, с уходом со службы, можно сравнить с периодом наступления половой зрелости и юностью]» [Bromley D., 1968, с. 67]. В эти периоды происходят глубокие биологические изменения (обычно более быстрые в юности) и такие же глубокие перемены в отношениях между индивидом и обществом. Д. Бромлей, давая характеристики каждому периоду жизненного цикла человека, выделяет, наряду с физиологическими и психологическими сторонами, и сугубо социальные. Предпенсионный возраст от 55 до 60 лет он характеризует как вершину некоторых социальных достижений и авторитета и в то же время частичное разобщение от профессиональных ролей и общественных обязанностей. Возраст 70 лет он считает тем возрастом, когда возникает «зависимость, полное разобщение...» [Bromley D., 1966].

Наряду с общей характеристикой возраста Д. Бромлей, подобно В. Генри, указывает на индивидуальные различия в разобщении. Некоторые старые люди упрямо сопротивляются давлению, ограничивающему их жизненное пространство. Некоторые из них отказываются уходить на пенсию до тех пор, пока их не заставляет это сделать плохое здоровье. Некоторые умирают такими, какими они жили, активными и деятельными. Некоторые отказываются принять совет, даже когда он дается из лучших побуждений и согласуется с их собственными интересами, если этот совет означает отказ от деятельности, которая занимает центральное место в их жизни и т.п. Нельзя не отметить тот факт, что выдающийся румынский биолог, эндокринолог и геронтолог К. Пархон [1959], рассматривая типы высшей нервной деятельности стариков, наряду с физиологическими характеристиками (ослабление возбуждательного и тормозного процессов, нарушение подвижности и др.), дает чисто социальные характеристики этим типам. Например, как указывает К. Пархон, сильный уравновешенный тип характеризует стремление создавать эффективные общественные связи, следовательно, имеется тенденция, направленная против разобщения. Признаком силы является наличие коммуникабельности. Сильный же неуравновешенный тип благодаря вспыльчивости, сварливости, отсутствию самообладания делает общение с ним затруднительным для других людей, и потому образуется разобщение. Большое значение Д. Бромлей придает половым различиям в протекании старения человека, он указывает на специфику процесса разобщения у женщин и у мужчин. Это представляет безусловный интерес, тем более, что такого подхода к разобщению и занятости у В. Генри мы не обнаружили. Д. Бромлей говорит, что у женщины разобщение тоже имеет место. Однако ее задача может быть проще, так как она, даже будучи оди-

нокой, должна приспосабливаться к неожиданному уходу *и* пенсию. Женщина в разное время выполняет роль дочери, матери, бабушки, жены или родственника. Ее положение существенно зависит от структуры семьи, для мужчины же более существенны перемены в положении на службе и финансовом обеспечении, в статусе и др. [Bromley D., 1966]. Д. Бромлей подробно останавливается на жизненной позиции одиноких и семейных женщин, работающих прежде или занятых только семьей. Так же, как и американские социальные геронтологи, он уделяет внимание специфике семейных отношений как источнику разобществления.

Уход на пенсию рассматривается Д. Бромлеем специально. Прежде всего указывается на то, что оплачиваемая работа играет большую роль в жизни человека, определяет его социальную роль. Он обращает внимание на то, что человек готовится к уходу на пенсию заранее, обдумывает, как он будет адаптироваться к новым условиям своего существования. Таким образом, Д. Бромлей, так же, как и американские социальные геронтологи, выдвигает проблему адаптации старых людей как одну из важнейших социологических и социально-психологических проблем. Адаптация, очевидно, как говорит Р.Хэвайюрст, связана с восстановлением нарушенной внутренней гармонии из-за нарушения взаимосвязей личности с внешней социальной средой. Очень важно для старого человека, не раз говорит Д. Бромлей, чтобы уход на пенсию не был резким, неожиданным. Резкое изменение социального статуса человека, лишение прежних общественных ролей, авторитета, лидерства может привести к нарушению психического здоровья. Подобного рода перемена в жизни становится стрессовой ситуацией, способной вызвать тяжелое психическое расстройство. Понятно поэтому, что в этом случае гериатрия смыкается с социальной геронтологией, входя в нее как составная часть.

Старческие психозы рассматриваются Е. С. Авербухом [1969] как психические заболевания, которые возникают не только в результате сердечно-сосудистой недостаточности, свойственной старости, но и не в меньшей мере в результате изменения в социальной жизни старого человека: в семье, на работе и т.п. <...>

К проблеме занятости и связанной с ней проблеме разобществления примыкает и проблема досуга старых людей, которая рассматривается в качестве самостоятельной. В связи с уходом от дел, выходом в отставку у старых людей возникает большой резерв свободного времени — досуг. Они могут быть заняты семейными и общественными делами, сохранять в какой-то степени свой прежний социальный статус, но у них есть свой досуг, который должен быть заполнен приятными, интересными делами. <...> Достоинством XX века Хэвайюрст считает технику, высвобождающую для человека все больше свободного времени. В связи с этим встает вопрос о наиболее продуктивном использовании свобод-

ного времени. Он считает, что формула детство — учеба, взрослость — работа, старость — покой должна быть пересмотрена так, чтобы эти три вида деятельности имели место в любом возрасте. ■ Люди не знают этого искусства, пишет Р.Хэвайюрст, выйдя в отставку они вместо того, чтобы заняться учебой и игрой, ищут себе новую работу. В заключение он пишет, что от умения использовать свободное время будет зависеть, полезна или бесполезна жизнь старого человека, приятна она или неприятна.

О. В. Краснова, Т. Д. Марцинковская

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ¹

Проблема социализации и социально-психологической адаптации пожилых людей является в настоящее время одной из самых актуальных не только для психологической науки, но и для общества в целом. Исследование особенностей протекания кризиса пожилого возраста у людей, находящихся в разной общественной и социальной ситуации, позволяет выявить новые, не известные до настоящего времени факторы и закономерности генезиса психики. С точки зрения социальной практики, для общества, тем более общества, переживающего переходный период, психологический комфорт и устойчивость большой группы людей, которая увеличивается в последние десятилетия, служат важными показателями общественного устройства и фактором социальной стабильности.

Таким образом, те психологические изменения, которые происходят в процессе старения, ставят в качестве первоочередной задачи исследование их динамики и особенностей социального поведения пожилых. Поскольку одним из ведущих механизмов,

обеспечивающих целостность личности и предсказуемость ее деятельности, является социальная адаптация, эта проблема выходит в центр исследовательских интересов.

Проблема адаптации и социализации пожилых людей

Анализ общих закономерностей социальной адаптации пожилых людей требует строгого определения этого понятия и соотнесения его с близким понятием социализации. Большинство отечественных психологов сходится во мнении, что социализация (от

¹ Краснова О. В., Марцинковская Т. Д. Особенности социально-психологической адаптации в позднем возрасте // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 3. — С. 34-59.

лат. *socialis* — общественный) — более обширный процесс, чем адаптация [Андреева Г. М., 1988; Белкин Г. Г., 1987; НалчадФканА.А., 1988 и др.]. Социальную адаптацию признают одним из механизмов социализации. Во-первых, она позволяет «личности (группе) активно включиться в различные структурные элементы социальной среды путем стандартизации повторяющихся ситуаций, что дает возможность личности (группе) успешно функционировать в условиях динамичного социального окружения» [Милославова И А., 1974, с. 9]. Во-вторых, она дает индивиду возможность принимать социальные роли в процессе адаптации. Социализацию и социальную адаптацию рассматривают как процессы близкие, взаимозависимые, взаимообусловленные, но не тождественные [Муд-рикА.В., 1996].

В отличие от социально-психологической адаптации в процессе социализации подчеркивается ее активный и индивидуальный характер. Иначе говоря, социализация — процесс становления личности, ее индивидуализация, «процесс становления человека как общественного существа, процесс возникновения психологического, субъективного мира личности, который проходит через усвоение (принятие) индивидом социального опыта» [Овдей СВ., 1978]. <...> Отечественные психологи в содержании процесса социализации выделяют три сферы: деятельность, общение, самосознание. Анализ каждой из этих сфер затруднен тем, что проблема стадий социализации носит дискуссионный характер. Как отмечает Г.М.Андреева [1988], по поводу «распространения» социализации на периоды детства, отрочества и юности у ученых нет расхождений, однако относительно дальнейших этапов идет оживленная дискуссия.

В то же время не возникает ни малейших сомнений в том, что проблема социализации пожилых людей не только существует, но и более значима для этого возрастного периода по сравнению с предыдущим. Успешная социализация пожилых людей — одно из основных условий поддержания высокого качества их жизни. Психологическая составляющая стиля жизни является одной из наиболее острых и на сегодняшний день мало исследованных проблем, связанных с пожилыми людьми. Достаточно много говорится об экономических и медицинских проблемах, с которыми сталкиваются люди позднего возраста. Но уровень медицинского обслуживания и материального обеспечения не соотносится прямо с уровнем психологического комфорта и оптимальным для человека стилем жизни. Это доказывается и тем, что вопросы, связанные с психологическим состоянием и социально-психологической адаптацией пожилых, в первую очередь начали исследоваться в наиболее развитых и экономически благополучных странах, где пенсионное обеспечение и медицинское обслуживание пожилых людей находятся на достаточно высоком уровне. Сложность

состоит в том, что, если экономические и медицинские вопросы могут решаться централизованно и стандартно для всех людей определенной возрастной группы, то проблемы психологические должны решаться индивидуально, на основе личностных качеств пожилого человека и социальной ситуации.

Опросы, проводимые учеными, социологами и чиновниками, отвечающими за работу с пожилыми людьми, показали, что среди наиболее важных проблем, связанных с повышением уровня собственной жизни, пожилые люди отмечают одиночество, состояние здоровья и экономические проблемы. Таким образом, несмотря на актуальность качества медицинского обслуживания и доходов, практически всех пожилых людей мучают психологические проблемы: нарушение привычного образа жизни, отсутствие внимания со стороны общества и близких, одиночество. Говоря о пожилых людях, необходимо помнить о том, что в этом возрастном периоде выделяют две группы — людей от 60 до 75 лет и старше 75 лет. Эти группы неодинаковы по своему психологическому и медицинскому состоянию. Для людей, входящих в первую группу, характерно сохранение достаточно высокого уровня активности мотивационных составляющих; наиболее значимыми проблемами для них являются нарушение социально-психологической адаптации и вызываемый этим психологический дискомфорт. Для людей, входящих во вторую группу, на первый план выходят медицинские проблемы, связанные с ухудшением здоровья, слабостью и часто необходимостью постоянного ухода. Таким образом, говоря о вопросах, связанных с социально-психологической адаптацией пожилых людей, мы будем иметь в виду прежде всего первую возрастную группу, т. е. людей предпенсионного и пенсионного возраста (в первые годы после выхода на пенсию). <...>

Говоря о социальной адаптации применительно к пожилым людям, М.Д.Александрова дает следующее определение: «Под социальной адаптацией понимается то, как старые люди, получившие новые качества в силу возраста, приспособляются к обществу, и как общество приспособливает старых людей к себе. Некоторые авторы называют старость «возрастом плохой адаптации», которая происходит вследствие различных соматических и психических изменений личности, а также в связи с переменами в семейной жизни и окружающей обстановке» [Александрова М.Д., 1974, с. 31]. Н.В.Панина [1980], изучая проблемы адаптации пожилых людей к статусу пенсионера при помощи личностно-ролевого подхода, предположила, что социальная адаптация пожилых заключается во вхождении в круг ролей, соответствующих статусу пенсионера. При этом адаптация представляется в составе двух компонентов: социального — ролей, соотносящихся с данным ; статусом (нормативные модели поведения), и личностного —

тельности индивида по выполнению этих ролей. Роли, соотносящиеся с данным статусом (нормативные модели поведения), зависят от конвенциональных ожиданий, т.е. нормы и требования, предъявляемые к индивидам, достигшим границ определенного возраста, изменяются в зависимости от ожиданий окружающих. Изменяются не только нормативные параметры ролей, но и сам круг определенных ролей, соотносящихся с данным возрастом и социальным статусом. На уровень конвенциональных ожиданий, предъявляемых к роли в социальной среде, оказывают влияние общекультурные нормы и ценности, характерные для конкретной общественной системы, а также нормы и требования малых социальных групп (коллектива, семьи, групп общения). В период, когда статус индивида стабилен, ожидания в большинстве случаев приведены в соответствие с результатами деятельности — индивид находится в состоянии психосоциального баланса — адаптивности. При изменении статуса может наблюдаться дезадаптация.

Рассматривая процесс подготовки индивидов к усвоению или оставлению ролей, И. С. Кон подчеркивает, что «принятие на каждом этапе жизненного пути новых и оставление старых ролей, равно как и адаптация к изменению их содержания и соотношения, требуют от индивида соответствующей подготовки, т.е. социализации. Подготовка к выходу на пенсию — столь же необходимый элемент социализации в старости, как профессиональная ориентация в юности» [Кон И. С., 1988, с. 83]. При этом ролевую определенность можно рассматривать только в качестве фактора адаптации, поскольку ее значение для успешности ориентации в социальном пространстве довольно велико. Таким образом, ролевая адаптация является только одной из составляющих социальной адаптации личности. Важное событие в жизни индивида — выход на пенсию и переход в возрастную группу пожилых — ставит новые задачи перед личностью. В случае успешного решения этих задач личность будет адаптирована к новой социальной ситуации, т.е. к пенсионному периоду жизни. На этом этапе жизненного пути индивид принимает новые и оставляет старые роли. При этом изменяются их содержание и соотношение (например, к старости ролевой диапазон сужается). Адаптация к такому изменению представляет собой задачу развития в этот период жизни. Таким образом, уровень ролевой адаптации (соответствия ролей пожилых ожиданиям общества) служит одним из критериев социальной адаптации.

В нашей стране исследование ролевой адаптации проводилось преимущественно при изучении адаптации людей пожилого возраста в домах-интернатах [Галкин В.А., Болтенко В. В., 1976; Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., 1992]. Эти авторы разработали методические рекомендации, в которых освещались организационные и клинические вопросы положения пожилых в интерна-

тах, однако при этом они не разделяли социальную и социально-психологическую адаптацию. <...> Повседневная, рутинная жизнь пожилых, как правило, не является исполнением какой-либо роли, а неструктурированные ситуации поздней жизни вызывают депрессию и тревогу, так как пожилые чувствуют вакуум социальных ожиданий и недостаток норм для них. Вполне справедливо пожилой возраст называют стадией систематических социальных потерь и отсутствия приобретений.

«Главные жизненные задачи выполнены, ответственность уменьшается, зависимость возрастает. Эти потери связаны с болезнями и физическим недомоганием. Эти потери и их корреляты зависимости, изоляции и деморализации прогрессивно увеличиваются в поздней жизни» [Rosow /., 1974, с. 23]. Они ясно показывают пожилому человеку понижение участия в социальной жизни и увеличение его маргинальное™.

Сказанное подтверждается эмпирическими исследованиями. Так, П.Адельманн [Adelmann P., 1993] сравнила число проигрываемых одновременно пожилыми женщинами социальных ролей, их удовлетворенность жизнью и самооценку. Она обнаружила, что женщины, играющие две социальные роли одновременно, демонстрировали более высокую самооценку и более низкий уровень депрессии, чем женщины, играющие только одну роль.

Другим фактором, определяющим социальную адаптацию, являются ценностные нормы, эталоны, традиции общества в целом и пожилых людей в нем, так как адаптация не может быть исследована вне связи с функционированием общественных отношений в целом, вне объективных социальных процессов. С точки зрения В.С.Агеева, «успешность адаптации в новых условиях прямо связана с успешностью (скоростью, объемом, «точностью») овладения стереотипами новой группы» [Агеев В. С., 1987, с. 186]. При этом процессы групповой идентификации и усвоение групповых стереотипов идут параллельно и обуславливают один другой, т.е. стереотипы начинают усваиваться в том случае, если человек идентифицирует себя с группой, в полной мере осознает себя ее членом.

...Успешность адаптации зависит от степеней статусной и ролевой определенности, которые прямо пропорциональны уровню социальной идентичности, т.е. степени отождествления человеком себя с определенными культурной, национальной, социальной и возрастной группами. В массовом сознании роль пенсионера, вдовца, просто пожилого человека — очень неясная, и в обществе отсутствуют соответствующие ролевые ожидания. <...> Потеря ролей и, как следствие этого, ролевая неопределенность деморализуют пожилых. Это лишает их социальной идентичности и часто оказывает негативное влияние на психологическую стабильность. <...>

Значительный вклад в когнитивную теорию адаптации к старению внесли результаты лонгитюдных исследований, проводившихся на факультете психологии Боннского университета и в Институте геронтологии Гейдельбергского университета. Данные этих исследований подтверждают основные положения когнитивной теории:

- поведение человека зависит не столько от объективной ситуации, сколько от ее субъективной оценки;
- оценка ситуации связана с ведущими мотивами личности;
- адаптация человека к старению достигается тогда, когда устанавливается равновесие между когнитивными и мотивационными системами его личности [Thomae H., 1992].

Положения этой теории поддержаны отечественными авторами. В частности, А.У.Тибилова пишет: «Частые в старости социальные утраты, такие как смерть супруга, выход на пенсию, вынужденное сужение круга социальных контактов, ситуации семейных конфликтов, необходимость изменения привычного уклада жизни и т.д., должны оцениваться с точки зрения их значимости для индивида; чем выше их субъективная ценность, тем больше влияние этих факторов на психическое состояние и адаптацию к старости» [Тибилова А.У., 1991, с. 30].

Поскольку целевой функцией процесса социальной адаптации служит самосохранение «общества-семьи-личности» в их взаимосвязи и развитии, адаптация пожилых людей представляется сложным образованием, состоит из многих составляющих и ее критериями являются:

- на уровне общества — степень сближения ценностных ориентации различных половозрастных групп общества и степень совпадения авто- и гетеростереотипов пожилых;
- на уровне группы — степень ролевой адаптации, степень позитивности социальной идентичности, степень инкорпоризации (замыкания пожилых на своем непосредственном окружении);
- на уровне личности — приспособление к самому процессу старения и степень позитивности личностной идентичности.

Исследования процесса психологической адаптации пожилых людей проводились в русле не только социальной психологии, но и в отечественной геронтологии. Например, в адаптационно-регуляторной теории старения, разработанной В.В.Фролькисом [1978, 1982], раскрыты положения о том, что одновременно с процессами возрастной деструкции и дезорганизации в старости происходит развитие и укрепление адаптационно-регулятивных процессов, направленных на выживание, повышение жизнеспособности, увеличение продолжительности жизни. Применительно к психическому старению, отмечает Н.Ф.Шахматов [1996], это выражается в формировании в старости новой активной жизненной позиции, отражающей переоценку прошлых ценностей,

пересмотр прошлых установок, выработку определенного отношения к собственному старению. При благоприятных формах психического старения образ жизни полностью приспособлен к изменившимся в старости внешним и внутренним условиям. В случае неблагоприятного, болезненного психического старения вопросы адаптации пожилых людей становятся клиническими проблемами.

Кризис пожилого возраста

Важнейшей характеристикой кризиса позднего возраста является стремление к осмыслению жизни, подведению итогов своей деятельности. Люди, переживающие этот кризис, начинают задумываться о смысле прожитых лет. <...>

Таким образом, в возрасте около 60 лет каждый человек осмысливает прожитые годы, ищет свою индивидуальность и значимость своей жизни. С точки зрения эмоциональной насыщенности, не имеет значения, проходит ли этот процесс на сознательном уровне либо осознается не полностью, открываясь человеку скорее в плане самоощущений, а не самосознания. <...> Поиск смысла жизни, особенно вывод о том, что она прожита не так или зря, должен осознаваться человеком как данность, с которой часто ему бывает трудно примириться. Именно это делает этот кризис таким значимым для последующих лет жизни, придает ему такой эмоциональный накал и отчаяние. Профессиональные психологи могли бы помочь пожилым людям пережить этот кризис, придать смысл их жизни и показать перспективу дальнейшего жизненного пути.

Для пожилых людей в России естественный процесс возрастного кризиса усугубляется тем, что одновременно переживается кризис социальный, который, накладываясь на индивидуальный, делает процесс поиска смысла жизни еще более сложным и трудным. Кроме нарушения личностной идентичности происходит изменение социальной идентичности, и человек, попавший в этот кризис, не может понять, с каким именно обществом он должен себя отождествлять. Того общества, в котором пожилые люди прожили большую часть жизни и с которым уже идентифицировались, даже если они и не принимали многих его положений, правил и оценок, уже не существует. Реально они живут уже в другом обществе, с другими нормами, правилами и оценками, которые пожилые люди часто не знают, не понимают и с которыми не могут солидаризироваться.

Изменения критериев ценности и значимости жизни, новые оценки уровня ее успешности болезненны для большого числа людей, которые пожертвовали многим, в том числе своими стремлениями, интересами, иногда даже близкими, получив взамен

общественное признание, доказывавшее, по их мнению, правильность сделанного выбора и его общественную значимость. В то время их жизнь казалась им достойной уважения, имеющей целостность и высокий социальный статус. Принятие новых ценностей¹ для них невозможно именно потому, что такая интериоризация новых норм обесмыслит их жизнь и все принесенные ими жертвы. А сил для того, чтобы пересмотреть жизнь и тем более перестроить ее по-новому, у людей этого возраста уже нет.

В то же время невозможность и нежелание интериоризировать новые ценности и идеалы не означает, что люди пожилого возраста совершенно не могут адаптироваться к новой действительности. Как правило, происходящие с ними изменения связаны именно с адаптацией, а не социализацией, т.е. с трансформацией поведения, внешнего плана деятельности, при сохранении внутреннего, духовного мира, мира идеалов. В настоящее время распространен феномен, заключающийся в том, что многие стереотипы нового поведения у пожилых людей уже выработаны, но на уровне сознания и эмоций (рационального принятия или эмоционального переживания новых норм и правил как своих), и идентификация еще не произошла. <...>

Принятие новых правил игры, новых ролей происходит достаточно легко именно у людей старшего поколения, так как они в большей степени, чем люди молодые, привыкли к двойному стандарту — внутреннему (для себя и своих близких) и внешнему — на уровне государства, общества, работы. Социальная жизнь, как правило, предполагала такой внешний конформизм, адаптивное поведение, при котором оставалась свобода для самовыражения на кухне. Теперь многие пожилые люди принимают роль «одинокого пенсионера», стремясь получить от государства всевозможные льготы. При этом считается не только не зазорным, но и похвальным, получить и те льготы, которые данному человеку не положены. Так, многие скрывают, что живут с кем-то из родных, получают инвалидности и т.д. Попытки обмануть государство, кроме материальных выгод, дают им иллюзию компенсации и снижают уровень их агрессии по отношению к нему.

Таким образом, человек пожилого возраста сталкивается в основном со следующими трудностями: потеря смысла жизни, цельности личности и того общества или общественной группы, с которыми он может идентифицироваться, чьи ценности и устремления он разделяет и эмоционально принимает. <...>

Благополучно переживают критический период, как правило, люди, для которых характерны устойчивая система мотивов и интересов в структуре их личности и такие индивидуальные особенности, как гибкость и пластичность, т. е. умение достаточно быстро переходить от одной схемы поведения к другой, более адекватной в настоящее время. Важно, что такой переход совершается

бессознательно и безболезненно для человека, который естественным образом переориентируется на новую систему отношений и деятельности.

Но людей с подобными индивидуальными особенностями не так уж и много. Несколько больше людей с такой структурой личности, которая дает возможность действовать под влиянием собственной, а не внешней, «полевой» мотивации. Это люди, занимающиеся какой-либо творческой, значимой и интересной для них деятельностью, которая не связана непосредственно с их рабочим местом и на выполнении которой не может отразиться выход на пенсию. Это занятие может быть основной работой человека в течение всей жизни, а может идти всю жизнь параллельно с основной работой как увлечение, а на пенсии стать доминирующим интересом. Кризис проходит достаточно благополучно и у людей, основной смысл жизни видящих в семье, в которой царят взаимопонимание, поддержка и эмоциональная близость.

В любом случае, как правило, это люди, о которых А. Маслоу говорил как о самоактуализированных личностях, т. е. таких, которые нашли свою цель в жизни. Самое главное, что эта цель или смысл их жизни и деятельности действительно совпадает с их реальными способностями, индивидуальными особенностями, а потому может ими выполняться на высоком уровне и определять стиль их жизни. Так как такая реализация своих стремлений и интересов, как правило, не зависит от социального окружения и должности таких людей, она и не изменяется с возрастом, с выходом на пенсию или переменой статуса. Можно сказать, что именно эти люди, их личностные качества и делают ту должность, то место, которое они занимают, значимым, а не наоборот. Поэтому кризис пожилого возраста у них проходит практически безболезненно. Важно и то, что отношения с другими людьми у человека с таким стилем жизни тоже не зависят от возраста. Это, как правило, люди, сделавшие довольно значимые «вклады» в других людей, т.е. состоявшиеся путем «бытия в других». Потребность вложить в других частицу себя, своих стремлений, мыслей, открытий — одна из важнейших потребностей человека. Это связано с тем, что осознание себя особой, отличной от других личностью основывается и на мнении о человеке окружающих, оценке ими его самобытности и значимости. Но эта «отличность» осознается тогда, когда окружающие люди хотя бы частично признают, что данный человек повлиял на них, на их взгляды, мысли, отношения, т.е. признают его вклад в формирование их как личностей.

Желание вложить что-то в других связано и со стремлением человека к бессмертию, со страхом смерти и, главное, страхом того, что после его физической смерти в мире ничего не изменится, никто о нем не вспомнит и все, что было им сделано, все

его тревоги, открытия и радости уйдут вместе с ним. Избавление от этого страха возможно через веру в то, что душа (со всеми мыслями и переживаниями человека) бессмертна и возродится, пусть хотя бы в другом теле. Однако не менее эффективно для снятия беспокойства и убеждение в духовном бессмертии, основанное на уверенности в том, что после физической смерти человека его мысли и открытия будут жить в детях, родных и близких людях, в учениках и последователях, в книгах или картинах. Таким образом, «вклад в других», независимо от числа этих других, является важным фактором, стабилизирующим протекание кризиса пожилого возраста. Он дает человеку уверенность в его нужности, ощущение цельности и смысла прожитой жизни, снимает страх перед болезнями и смертью.

Фасилитация процессов адаптации и социализации в позднем возрасте

...Лишь небольшое число пожилых людей минует негативную фазу кризиса пожилого возраста. Большинству из них необходима внимательная и квалифицированная помощь специалистов, близких людей и общества в целом. В нашей стране использовать общественное мнение для организации помощи людям позднего возраста легче, чем во многих странах Западной Европы. Это объясняется тем, что в нашем обществе существуют достаточно устойчивые положительные стереотипы пожилых людей, в которых позитивно оцениваются их опыт, знания и умение выстоять в сложных житейских ситуациях [Краснова О. В., 1998]. Значит, у пожилых людей возможно сформировать установку на их значимость для молодых, на помощь им, а у молодых — на принятие этой помощи, причем не столько в домашнем хозяйстве, сколько в профессиональной и социальной деятельности.

Необходимость найти адекватную сферу применения активности пожилых людей связана и с тем, что пик социальной активности пожилых совпадает с предпенсионным периодом (у мужчин в возрасте 56 — 60 лет, у женщин от 50 до 55 лет). По мнению В.В.Пациорковского [1986], это связано с усилением напряжения, возникающего в связи с неизбежным освобождением от занятости. Однако можно предположить, что причина заключается в особенностях протекания возрастного кризиса, в процессе самосознания личности, в результате которого и возникает переоценка целей, ценностей, интересов и потребностей. С выходом на пенсию у пожилого человека меняется число социальных групп, с которыми он взаимодействует, что влечет за собой качественную трансформацию в осознании себя. Так, члены семьи ожидают, что после выхода на пенсию пожилой человек станет больше внимания уделять домашним заботам, но вышедший на пенсию

человек не только не ориентирован на домашнее хозяйство, но и дает низкую оценку такому способу времяпрепровождения [Панина Н.В., 1980]. В.Д.Шапиро [1980] на основе проведенных исследований также отмечает, что наиболее часто из негативных последствий прекращения работы отмечается увеличение нагрузки по дому и при этом ощущения своей бесполезности. Скорее всего, домашняя работа не рассматривается пожилыми людьми как общественно полезная. Кроме того, они чувствуют себя оторванными от коллектива {Липовая Л. П., 1984}. Совместная деятельность, имеющая общественную значимость, восстанавливает автономию и независимость пожилого человека, компенсирует ему уменьшение личностного социального потенциала [Victor K., 1987], поэтому в периоды, предшествующие старости, пожилые тяготеют к активной социальной жизни. Они хотят и могут быть полезны обществу [Анциферова Л.И., 1994]. <...> Пожилые консервативны, догматичны в том случае, если они не заняты трудовой деятельностью, особенно связанной с творчеством [Рудкевич Л.А., 1974, 1994].

Поэтому более молодые члены общества часто отказываются следовать советам пожилых, тем более не всегда понимают их переживания. Поиски выхода из этого круга вызывают у пожилых людей стремление общаться со сверстниками. Обращает на себя внимание именно актуальность контактов со сверстниками, а не с членами своей семьи. При этом помощь и понимание многие пожилые люди стремятся найти тоже у сверстников, а не у родных. Это связано и с экономическим положением молодых, которые часто не могут взять на себя полностью содержание престарелых родителей, а также с тем, что, как и в подростковом возрасте, другое поколение плохо понимает их. Таким образом, преодолеть возникающие проблемы, найти способ адекватной социально-психологической адаптации к той ситуации, в которой они находятся, пожилые люди могут скорее в общении со сверстниками, которые сталкиваются с теми же проблемами, имеют примерно такие же жизненный опыт и стереотипы восприятия. При этом, безусловно, необходимо учитывать тот факт, что группа пожилых людей неоднородна по социальному составу, жизненному опыту, стереотипам и оценочным эталонам, а потому общение необходимо налаживать среди людей со сходным социальным статусом, общими ценностными ориентациями и установками.

...Расширение и углубление общения становится неременным условием социализации в этом возрасте. Сложность формирования новых личностных контактов связана с тем, что многие пожилые люди испытывают коммуникативные трудности. Фундаментальные исследования Общей высшей школы Касселя «Особенности геронтопсихиатрического ухода» [Кемпвр И., 1996, с. 58] показывают, что в большинстве случаев пожилые люди страдают

' Краснова

от нарушений в сфере коммуникации и от конфликтов, относящихся к этой области. Две трети пожилых, обратившихся за помощью в психиатрическую амбулаторию института, говорили о проблемах контактов.

*

К. А. Страшникова с соавторами [1996] отмечает, что при внешней контактности пожилые люди далеко не всегда психологически готовы завязывать новые знакомства, не всегда и не у всех есть прямая потребность в контактах. Многие из них приспособились к одиночеству, удовлетворяясь поверхностными формами общения. Авторы отмечают специфику взаимодействия пожилых людей между собой. Так, они стремятся избежать разочарования в знакомствах, подмечая мельчайшие детали поведения других, которые часто не соответствуют их идеализированному эталону. Пожилые люди боятся быть непонятыми, страшатся разочарований и эмоциональных потрясений, они предполагают неудачи в общении, а в результате избегают его, хотя и страдают от его недостатка.

...Непонятная многим молодым людям политическая активность пожилых, их участие в митингах и демонстрациях часто объясняются стремлением к общению, иногда неосознанным. Не у всех пожилых людей за этой митинговой агрессией стоит осознанный выбор социальной позиции, скорее это ностальгия по молодости и стремление к стереотипному поведению. Возможность наладить контакты со сверстниками в других, более социально приемлемых формах, существенно снизила бы эту социально небезопасную активность, которую часто используют определенные группы в своих политических интересах. Нахождение оптимальных путей коррекционной работы с этой группой пожилых людей является важной задачей не только для психологов и геронтологов, но и для социологов и политиков. <...>

Исследования показывают, что существует несколько способов компенсации того эмоционального напряжения, в котором находятся пожилые люди, повышения уровня их социально-психологической адаптации. Это общение с природой, увлечение искусством (как в плане творчества, так и в плане восприятия), появление новой значимой деятельности, новых интересов, перспективы (это особенно важно для людей старше 70 лет).

Эмпирические данные свидетельствуют о том, что общение с природой, домашними животными (кошками, собаками и другими), уход за комнатными цветами, садом и огородом существенно снижают уровень напряженности, компенсируют недостаток общения пожилого человека. У людей, много времени проводящих на природе, менее выражен страх одиночества, ниже уровень агрессии и практически не наблюдается депрессивное состояние.

Не менее значимое воздействие оказывает и увлечение искусством. Пожилые люди, которые часто ходят в театр, консерваторию, посещают музеи и выставочные залы, психически намного

устойчивей и в меньшей степени подвержены депрессиям, чем их сверстники, которые равнодушны к искусству. Можно предположить, что эти интересы, входя в структуру личности, образуют устойчивую мотивацию, которая не изменяется с кризисом и не подвержена динамике в зависимости от статуса, круга общения и других возрастных факторов. Такое поведение становится тем стилем жизни, который придает устойчивость адаптационному процессу в целом.

Самостоятельное творчество, независимо от его уровня, так же как и любое другое увлечение (хобби), становится таким же смыслообразующим мотивом, который, возглавляя иерархию мотивов личности, помогает придать смысл другим стремлениям и потребностям пожилого человека.

Погруженность в собственную или чужую творческую деятельность повышает социально-психологическую устойчивость пожилых также и в связи с тем, что повышает их креативность, увеличивает инновационные стремления, которых часто недостает пожилым людям в силу их возрастных особенностей. Это необходимо пожилым для реализации их социальной активности, для адекватного разрешения непредвиденных, неопределенных ситуаций, из которых нельзя выйти на основе стереотипного поведения. В то же время весь предпенсионный и начало пенсионного периода фактически и являются той новой и неопределенной ситуацией, которая требует проявления творчества, неадаптивной стратегии поведения, прогрессивного развития личности, а эти качества развиваются даже в пожилом возрасте при общении с искусством. Некоторые ученые, например С. де Бовуар [1970], отмечают, что люди интеллектуального труда меньше других стесняются своей физической немощи, многие из них пользуются исключительной автономией в отношении к обществу.

Специальное обучение позволяет сформировать необходимые для новых занятий навыки и умения даже в преклонном возрасте. Исследования принципиального вопроса о том, происходит ли в зрелом возрасте усвоение нового опыта, позволяет дать на него положительный ответ. Признание *трудовой стадии социализации* логически следует из признания ведущего значения трудовой деятельности для развития личности. В современном обществе трудовая деятельность выполняет несколько функций. Она не только обеспечивает человеку средства существования, дает определенный статус, но и *реализует социальную активность индивида*. На уровне личности она рассматривается как способность к сознательному выявлению и утверждению своего места в системе общественных отношений и самореализации. Социальная активность есть мера социальной деятельности, и ее целью является реализация интересов общества, личности как члена данной социальной общности. Для любого человека трудовая деятельность служит условием и показа-

телем его полноценности, интересной жизни, творческой активности. Поэтому необходима работа и пожилым, у которых круг личных интересов значительно сужается [Айриян А. П., 1989]. Можно считать, что сфера деятельности играет такую же важную (если не большую) роль в социализации личности взрослого и пожилого человека, как в юности. По замечанию Г.М. Андреевой [1988], включение трудовой стадии развития личности в «орбиту» проблем социализации приобретает особое значение в современных условиях в связи с идеей непрерывного образования, в том числе взрослых и пожилых людей. Концепция непрерывного образования основана на признании учения как нормальной и необходимой деятельности человека во все периоды его жизни. Она подразумевает возможность и необходимость для человека любого возраста обновлять, дополнять и применять ранее приобретенные знания и умения, постоянно расширять свой кругозор, повышать культуру, развивать способности, получать новые специальности и совершенствоваться в них. Несмотря на то, что концепция непрерывного образования признается социальной необходимостью, в разработке психологии развития взрослых людей и дальнейшего образования пожилых существуют значительные пробелы. Концепция обучаемости взрослых получила экспериментальное развитие в ряде работ, связанных с изучением общих тенденций возрастного развития, особенностями созревания и взаимодействия различных интеллектуальных функций. Однако, несмотря на это, пока крайне мало известно о закономерностях развития взрослой, зрелой личности, не изучена взаимосвязь обучения и психологического развития взрослых людей, еще меньше мы знаем об обучаемости пожилых. <...> Наиболее полно проблема обучаемости в связи с интеллектуальным развитием разработана по отношению к детскому возрасту. Однако психология обучения во взрослом и пожилом возрастах представляет собой мало изученную область. Применение лонгитюдно-го метода позволило установить, что умственное развитие взрослых, происходящее под влиянием обучения, заключается в усвоении содержания учебного материала и связано с глубинными изменениями интеллектуальных функций и механизмов их взаимодействия. Под влиянием обучения происходит повышение уровня развития отдельных сторон психических функций и изменяется их структура, что приводит к изменениям в характере межфункциональных связей. Этот факт подтверждает теорию Б. Г.Ананьева [1968, 1980] о том, что обучение активизирует все корреляционные плеяды психических функций, что и является механизмом развития этих функций и интеллекта в целом. Таким образом обучение ускоряет процесс умственного развития взрослого человека, выступая необходимым условием активизации скрытых резервов интеллектуальной деятельности взрослого человека в период зрелости.

Изменения, происходящие в период 18 — 50 лет под влиянием возраста как биологического фактора и образования как социогенного условия развития психики взрослого человека, показывают, что с завершением созревания организма интеллектуальное развитие не заканчивается. В разные периоды зрелости оно продолжается. Образование при этом выступает мощным фактором, способствующим достижению более высокого уровня интеллектуального развития, создает необходимый потенциал умственной активности взрослого человека. Так, Л. Н. Борисова [1990] обнаружила, что чем выше уровень образования у взрослых людей, тем выше их показатели как вербального, так и невербального интеллекта.

Как отмечают психологи, интерес к игровой (спорт, коллекционирование, живопись) и особенно учебной деятельности не ослабевает с возрастом. Просто пожилые люди отвыкают от этих форм деятельности. Поэтому некоторые психогеронтологи предлагают в качестве средства интенсификации жизни старых людей привлечение их к учению и игре. «Старый человек утрачивает жизнь, если не может больше играть с детьми, играть ребенка, быть ребенком» [Кемпер И., 1996, с. 61].

Не менее важен и тот факт, что такая учебная или продуктивная деятельность происходит в группе единомышленников, а потому формирует адекватный, пусть даже и не очень широкий, но устойчивый круг общения.

...Для психологической адаптации людей пожилого и старого возраста очень важна временная перспектива. Эмпирически установлено, что с возрастом стремление к будущему уменьшается, но если деятельность личности ограничивается только решением задач сегодняшнего дня, то ее психологическая организация обедняется, так как по своим творческим возможностям человек может решать более сложные проблемы. Прогрессивное развитие личности как способ существования обеспечивается проявлением активности в разрешении противоречий между изменяющимися условиями бытия и реальными возможностями удовлетворения потребностей и интересов. Поэтому, хотя пожилым людям более свойственна ориентация на прошлое, при планировании определенной деятельности возможна и ориентация на будущее. При этом длительная перспектива, как правило, не имеет такого эффекта, как краткосрочная, примерно от полугода до полутора лет. Такая перспектива позволяет человеку строить определенные планы, снимает депрессию и страх смерти, помогает преодолеть болезни, так как дает уверенность в завтрашнем дне и открывает в нем реальные для достижения даже старыми людьми цели. <...>

Рассмотренные нами проблемы социально-психологической адаптации и социализации пожилых людей показывают, что в их решении много противоречивых позиций, что связано с наличи-

ем многочисленных и разнообразных концепций личности и ее генезиса. Некоторые факторы, влияющие на психологическую устойчивость и активность пожилых людей, описаны нами выше. Однако нужно признать, что для того чтобы интерпретировать поздний период жизни человека как период развития личности, необходимо проводить целенаправленные исследования особенностей самоидентификации, анализ «образа Я» и степени его цельности, адекватности и осознанности у людей пожилого возраста, изменения типа активности пожилой личности. Исследование роли творчества, разных стилей жизни, общения в процессе социализации, влияния этих факторов на степень фрустрированности и психического напряжения в пожилом возрасте совместно с анализом степени влияния социальных изменений на целостность личности поможет решению этой проблемы.

Кроме того, правомерно ставить вопрос о широком научном обосновании и практическом внедрении идеи постоянного (непрерывного) образования применительно к пожилым людям. Знание основных закономерностей будет способствовать социально-психологической адаптации людей в позднем периоде жизни, поможет организовать с ними профилактическую и коррекционную работу, которая даст эффективные результаты.

О. В. Краснова

ИССЛЕДОВАНИЕ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ М.КУНА «КТО Я?»¹

Существует довольно широкий спектр толкований понятия социальной идентичности, связанных с научными школами разнообразной ориентации. Наиболее известны психоаналитический, бихевиористский, когнитивный и деятельностный подходы как наиболее яркие тенденции в работах многочисленных исследователей и как процесс развития проблемы социальной идентичности в рамках теорий группового и межгруппового поведения. Социальная идентичность базируется на анализе групп, к которым индивид принадлежит и с которыми себя отождествляет. В «когнитивной» теории психологии группы Дж.Тэрнера [Turner /., 1982] отчетливо различаются социальная идентичность (самоопределение в терминах принадлежности к той или иной социальной категории) и личностная идентичность (самоопределение в терминах личностных характеристик).

¹ Краснова О. В. Исследование идентификации пожилых людей с помощью методики М.Куна «Кто Я?» // Психология зрелости и старения. — 1997. — № 1. — С. 68-84.

Социальная идентичность — самоопределение индивидов в социально-групповом пространстве относительно многообразных общностей как «своих» и «не своих». Личностная идентичность — самоопределение в терминах личностных характеристик. Идентичность отличается от традиционного понятия роли тем, что она не ограничена ожиданиями окружения, а складывается частично под влиянием социальных взаимодействий и более широко — социальной структуры, частично — на основе индивидуальных особенностей. Социальная идентичность соотносится с объективно существующими социальными позициями. Она является результатом атрибуции, вхождения и помещения в социальную позицию; выражается через участие в социальных группах или институтах. <...>

В нашей стране на протяжении последнего десятилетия происходят разрушение и трансформация старых социальных институтов и структур. В таких условиях люди вынуждены приспособливаться к этим изменениям и искать свое место в меняющемся мире. Они объективно теряют идентичность в качестве граждан определенного государства, членов определенных социальных групп и становятся членами тех групп, положение в которых в условиях радикальных перемен неопределенно, часто маргинально и подвержено опасности исчезновения в качестве сравнительно устойчивых общностей. <...>

Отсутствие или сокращение определителей социальной перцепции при изменении конвенциональных и социальных ролей ведет к размыванию ролевых образов, возрастанию влияния личностного начала (индивидуальных ценностей, ориентации, стереотипов и т.п.) при исполнении роли. Пожилой человек может успешно выполнять социальные роли пенсионера и бабушки, усвоить групповые нормы, но при этом не будет адаптирован, так как он, например, идентифицирует себя с человеком зрелого возраста, полного желания трудиться, а не с пенсионером. <...>

В феврале — марте 1996 г. нами проведено исследование особенностей социальной и личностной идентичности пожилых людей по методике М.Куна «Кто Я?» Пожилые люди были опрошены по случайной выборке в Москве. Респонденты: женщины от 50 лет — 102 человека, мужчины от 60 лет — 44 человека.

Инструкция интервьюера, предлагаемая респондентам (стандартная инструкция, разработанная М. Куном и Т. Макпартлен-дом в 1954 г.), нами была несколько сокращена:

«На данной странице Вы видите 10 пронумерованных пустых линеек. Будьте добры написать на каждой из них ответ на простой вопрос: «Кто Я?». Напишите просто 10 различных существительных (можно существительное с прилагательным, например «хороший человек»). Отвечайте самому себе, а не кому-то другому. Располагайте ответы в том порядке, в котором они приходят Вам в голову. Не заботьтесь об их логичности. Пишите быстро, поскольку Ваше время ограничено».

Респонденту предлагался один лист с 10 пронумерованными линейками, которые он должен был заполнить. Там же отмечались пол и возраст, что позволило выделить шесть половозрастных групп. Одновременно с ними проводилась беседа по поводу проблем пожилых людей. Данные беседы сопоставляли с данными идентификации.

Обработка ответов осуществлялась согласно классификации, разработанной в Институте социологии РАН [Ядов В. А., 1994] на основании ответов респондентов по двум классам: «Я сам» (личностная идентификация) и «Я в группе» (социальная идентификация).

В связи с возрастными особенностями респондентов (пожилые люди, которые уже официально на пенсии) мы несколько видоизменили некоторые номинации, по которым обрабатывались ответы. В первой классификации — «Я сам» — получилось 18 номинаций, во второй — «Я в группе» — 20.

<...>

...Все ответы каждой из шести половозрастных групп брались за 100 %. В общей сложности сумма всех значений должна составить 600 %. По каждой номинации подсчитывался процент упоминания. Общая сумма номинаций классификации «Я сам» составила 380%, «Я в группе» — 220%. Таким образом, пожилые люди выше чем в 1,7 раза определяют себя как личность, нежели как члена группы. Наши данные совпадают с данными В.А.Ядова и Т.З.Козловой [1993, 1994], по которым личностная идентичность превалирует над социальной в соотношении 2:1.

В первой классификации преобладает значение таких характеристик, как:

- *интересы, увлечения*: чтение, стихи, садоводство, огород, музеи, театры, любовь к животным, автомобилям и т.д.;
- *особенности мироощущения*: наиболее часто употребляется — «оптимист», затем — «идеалист», «интересно жить», «во всем ощущаю Божью помощь», «песчинка земная», «любящая смотреть мир» и т.д.;
- *черты характера и уровень самооценки*: «строгая», «добрая», «добросовестная», «волевой человек», «человек слабой воли», «подвержен эмоциям», «не люблю грубость» и т.д.;
- *демографические признаки*: женщина, мужчина, старуха, старик;
- *здоровье*: «тяжело, никуда не выйдешь — сердце», «ноги не носят»;
- *нахождение на пенсии*: «я пенсионер»;
- *этические, нравственные качества*: «не люблю лгунов», «относительно честный», «с чувством долга» и т.д.;
- *способности, которые есть сейчас*: «вышиваю крестом», «неплохо пою», «пишу стихи», «внимательный слушатель»;
- *психические особенности*: «раздражаюсь по пустякам», «агрессивный», «активный», «быстро отходчив», «недостаточно моторный» и т.д.;

- *особенности поведения*: «курю», «люблю вкусно поесть», «люблю отдыхать» и т.д.

Очень мало встречаются:

- *внешние данные*;
- *уровень материального благосостояния*: «нищая» — один ответ;
- *стиль жизни*: «помогаю другим»;
- *политические взгляды*: «голосовать буду за Зюганова, потому что он хочет ввести старые порядки»;
- *состояние души*: «нужный страждущим», «человек, который хочет помочь», «одинокость»;
- *способности, которые когда-то были*: «когда-то вязала». Не встречаются;
- *образование*;
- *профессия*.

Во второй классификации («Я в группе») преобладает значение следующих характеристик:

- *родство*: мать, свекровь, бабушка, дедушка, брат и т.д.;
- *идентификация с человечеством*: «человек». Меньше по значениям следующие номинации:
- *семейное положение*: «женат», «вокруг меня вся семья» и т.д.;
- *отношения к родственникам*: «люблю внучку», «любящий отец» и т.д.;
- *идентификация с людьми своей страны*: «россиянин», «гражданин», «патриот» и т.д.;
- *идентификация с определенной категорией*: «инвалид ВОВ», «участник ВОВ»;
- *должность на работе (настоящая)*;
- *оценка себя как работника в настоящем*: «профессионал», «труженица»;
- *религиозная принадлежность*: «верующий», «прихожанин»;
- *идентификация со своими друзьями*: «верный друг», «подруга». Почти не встречаются;
- *этническая принадлежность*: «русская» — один ответ;
- *должность на работе, которая была до пенсии*;
- *оценка себя как работника (в прошлом)*: «всегда добросовестно относилась к своим обязанностям»;
- *идентификация с людьми по месту жительства*: «чья-то соседка»;
- *идентификация с людьми по интересам, с неформальными группами*: «член благотворительного общества»;
- *идентификация с участниками официальных общественных акций*: «могу голосовать».

Не встречаются:

- *принадлежность к политическим партиям*;
- *отношение к настоящей власти* («демократам»);
- *отношение к прошлой власти* («коммунистам»).

Таким образом, для пожилых людей значимыми категориями являются следующие: интересы, увлечения; особенности мироощущения, в которых преобладают позитивные характеристики; черты характера, в которых также преобладают позитивные характеристики; уровень самооценки, в которой пожилые добросовестно пытались определить себя не только с позитивной, но и с негативной точки зрения («неудобный», «сложный» и т.д.), часто ответы давались с долей юмора («неунывающий калека», «старуха-развалюха»); родство и семейное положение; идентификация с человечеством.

При этом незначимыми являются категории уровня материального состояния, образования, профессии, стиля жизни, способностей, которые когда-то были, этнической принадлежности, оценки себя в прошлом как работника, принадлежности к политическим партиям, отношений к прошлой и настоящей власти. Однако в беседе пожилые добавляли свое отношение к современной социальной ситуации. Например, женщина 70 лет, которая определила себя как «пенсиянка, бабушка, человек»: «Возмогу смотреть, что со страной сделали!»

Полученные данные подтверждают позитивное оценивание себя пожилыми. При этом создается впечатление, что людей позднего возраста совершенно не волнуют ни современная социальная ситуация, ни прошлая или настоящая власть. Из 44 пожилых мужчин и 102 пожилых женщин только трое мужчин (75, 75, 83 года) и девять женщин (57—84 года), т.е. 8,2 % пожилых, имеют негативную личностную идентичность («никто», «не реализовалась», «изживенец», «отбросы», «никому не нужны»). Большинство же пожилых определилось в своих интересах, мироощущении, принимая свои недостатки и достоинства, определив свое место в мире (я — человек) и в семье. Они как бы выпали из социальной ситуации, не определяя свое гражданство, этническую принадлежность, членство в различных группах. При этом... личностная идентичность (самоопределение в терминах личностных характеристик) преобладает над социальной (самоопределение в терминах принадлежности к той или иной социальной категории).

...Пожилые люди имеют целостность восприятия себя, но не в группе, а вне группового контекста. Получается, что они внешне присвоили себе социальные роли пожилых людей, которые «прожили достойную жизнь», «имеют богатый жизненный опыт», но внутреннего принятия этих ролей нет. Скорее всего, для пожилых это является положительным фактором, механизмом защиты, не позволяющим им воспринимать себя как «поколение рабов». Например, женщина 68 лет, характеризующая себя как «труженица, простая женщина, верная жена, очень строгая, волевой человек, нужный человек», на вопрос о проблемах пожилых людей отвечает: «Все проблемы от правительства. Под старость такую

жизнь заслужить/ В наше время все по-другому было». Четыре женщины (68 — 79 лет) и пятеро мужчин (69 — 83 года) явно выразили свое негативное отношение к государству. При этом только один человек (мужчина 75 лет) дал себе негативную характеристику.

Полученные данные совпадают с результатами исследований Ядова [1994], в которых он пришел к выводу о том, что показатели солидарности различных групп населения с разными группами и общностями не возрастали, а падали, что говорит о процессе адаптации в своем узком социальном пространстве.

Все вышесказанное выявляет *фактор социальной адаптации* пожилых, который не выделялся ранее, а именно, социально-психологическую адаптацию в малой группе (семья, работа, друзья), или *инкорпоризацию*. Условно этот фактор можно назвать тем, что П. Г. Белкин [1985] определил как «вхождение в ролевую структуру коллектива». Однако речь идет не о том, что пожилой человек впервые входит в новую малую группу. Скорее всего, у него происходит концентрация интересов, внимания, заботы на проблемах близкого окружения. Он как бы «замыкается» на своем непосредственном социальном окружении, и его не волнуют больше проблемы макросоциума. Вероятно, степень инкорпоризации также влияет на уровень социальной адаптации пожилых людей. Однако она не являлась предметом нашего исследования. Поэтому мы ограничимся только указанием на наличие этого дополнительного критерия адаптации на уровне группы.

Некоторые пожилые, рассказывая о своих проблемах, главным образом обращали внимание на здоровье {«без него — никуда»), «здоровья нет»). Также указывали на низкий уровень социального обеспечения. Большинство же ответов оптимистичны: «Много-много работать, заниматься тем, на что всю жизнь времени не хватало», «Я на пенсии ощущаю себя более свободно, могу более удобно планировать свое время», «Мы все равно молодые». <...>

Последний важный момент, на который бы хотелось обратить внимание, это то, что пожилые понимают — в жизни молодых появилась свобода выбора: «Мы отвыкаем, а они (молодые) привыкают, у них слишком большой выбор всего», «Молодым сейчас трудно», «Молодым жить труднее, перед ними открылись небывалые перспективы. У нас всегда все было заранее предопределено. Выбор — всегда трудное дело». Таким образом, пожилые осознают тот факт, что молодым сейчас требуется приложить гораздо больше усилий в своей жизни для достижения успеха, чем это было в их жизни, когда был гарантирован «прожиточный минимум при всеобщей социальной пассивности». Наличие этого понимания у пожилых позволяет предположить, что нет резкого противопоставления «себя» (пожилых) и «их» (молодых). Отсутствие такого противопоставления или «конфликта поколений», скорее всего, опосре-

довано наличием в семье пожилого человека детей и внуков. Входя в группу семьи, пожилые, являясь ее членами, разделяют ценности этой группы. И, наоборот, молодые разделяют ценности пожилых.

Представители западной психологии В. Франкл, Э. Эриксон отмечали, что если у пожилого человека нет положительной оценки своей жизни и цельности своей личности, его смысложизненная оценка падает, соответственно понижается и уровень адаптивности. Человек становится «плохо приспособленным». Однако для пожилых в нашем обществе (в условиях современной социальной ситуации) более важны внешние показатели: наличие работы, роли в семье, оказание помощи семье. Отвечая на вопросы о пожилых людях, их проблемах и т.д., почти все респонденты ориентировались на внешние характеристики: социальную роль, статус, физические параметры, материальный уровень. Особенно отмечали это сами пожилые люди. Для них именно внешние показатели представляют большую ценность, чем внутренние (социально-психологические характеристики, духовные ценности). Они способствуют наличию высокого жизненного смысла жизни пожилых.

Присвоение внешней социальной роли пожилых заставляет их играть эту роль, т. е. считать, что они «прожили достойную жизнь», что они «достойные» и в то же время «обездоленные», «ограбленные государством», нуждающиеся в социальной защите люди. Налицо осознанная позитивная социальная идентичность пожилых. Таким образом, особенности негативной социальной идентичности в том, что она не осознается большинством пожилых. Они стараются компенсировать ее за счет приписывания себе и своей группе (группе пожилых) положительных индивидуальных и личностных качеств, и поэтому в структуре их личности существуют противоречия. При этом есть основания считать, что более молодые люди также оценивают пожилых людей по внешним социальным ролям, т.е. принимают образ «обездоленного» государством пожилого, признают их большой жизненный опыт, уважают и жалеют их, сочувствуют им.

Можно предположить, что пожилые люди адаптировались к современной социальной ситуации путем включения защитного механизма — позитивного восприятия себя при игнорировании неблагоприятных данных о себе.

Подводя итоги, можно сказать, что современная социальная ситуация как фактор адаптации пожилых людей характеризуется зарождением новой конфигурации общества, в котором разрушаются существовавшие особенности социального поведения, система социальной регуляции, отсутствуют ценностно-ориентационные основы новой регуляции, наблюдается кризис социальных ценностей и идеалов советского общества, в котором выросли и

состарились нынешние пожилые люди. Логика развития новой социальной ситуации в стране ведет к переоценке и изменению ценностей общества и пожилого человека в нем, переосмыслению жизни пожилыми людьми, что приобретает характер социальной адаптации. При этом социальная адаптация пожилых осуществляется за счет включения защитных механизмов:

- проявляется высокая степень позитивности личностной и социальной идентичности;
- осуществляется компенсация негативной социальной идентичности пожилых за счет приписывания себе положительных личностных качеств при игнорировании неблагоприятных данных о себе;
- появляется новый феномен — инкорпоризация пожилых, т. е. замыкание их интересов на проблемах узкого социального пространства.

Поэтому особое значение приобретает становление и развитие системы социально-психологической поддержки пожилых людей. Общество должно реально взять на себя заботу о них. При этом не требуется, например, перенимать их ценности или пытаться изменить мировоззрение пожилых людей. Помощь пожилым людям должна быть оказана на «внешнем» уровне — не только повышение пенсий, но и оказание уважения, внимания, заботы, т.е. того, что помогает им чувствовать себя компетентными. Для этого необходима государственная программа обеспечения социальной и психологической помощью пожилых.

Во-первых, необходимо совершенствование информационного обеспечения: средства массовой информации должны формировать образ «позитивной старости».

Во-вторых, создание социальных клубов пожилых и геронто-психологических центров должно помочь в решении проблем, стоящих перед стареющим человеком, снять психологическую напряженность, содействовать выработке самоуважения, уверенности в собственных силах.

Применяемая в проведенном исследовании методика не впервые использовалась для изучения идентификации группы пожилых людей. Однако, на наш взгляд, впервые рассмотрены социально-психологические особенности пожилых людей применительно к современной социальной ситуации. Возникает вопрос о том, существуют ли обнаруженные закономерности и изменения идентификации пожилых людей в стабильном обществе или они характерны только для общества социальной нестабильности? Этот вопрос и многие другие должны изучать будущие исследования.

СЕМЬЯ В СТАРОСТИ

А. Б. Синельников, Д. Ф. Децнер

ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПОКОЛЕНИЯМИ В АМЕРИКАНСКИХ И РОССИЙСКИХ СЕМЬЯХ¹

Сравнительное исследование отношений между поколениями в двух огромных, с общим населением свыше полумиллиарда человек, странах, в каждой из которых наблюдается значительное этническое многообразие с соответствующим многообразием истории и культур, — нелегкая задача. Она осложняется и тем, что сами понятия семьи и поколения трактуются неоднозначно.

В обеих странах существует традиционное понимание семьи как домохозяйства, т.е. группы совместно проживающих лиц, объединенных родством или свойством и общим бюджетом. Это определение с некоторыми вариациями применяется при проведении переписей населения. При этом выявляются весьма значительные различия между СССР и США. Так, по данным всесоюзного выборочного социально-демографического обследования населения, в Советском Союзе в 1985 году среди всех семей с брачными парами 22,8 %, т.е. каждая четвертая семья, проживали вместе с родителями и (или) другими родственниками одного из супругов [рассчитано по: Вестн. статистики. — 1986. — № 8. — С. 73]. В США в том же году лишь 1,5% супружеских пар не имели собственного домохозяйства и проживали с другой семьей [Statistical Abstract of United States, 1986, - P. 39-45].

Иными словами, в США практически все супружеские пары проживают отдельно от родителей и родственников, т.е. образуют нуклеарные семьи, а в России, хотя этот тип семьи тоже составляет большинство, такое преобладание сложилось за счет пар с большим брачным стажем, которые успели отделиться от родителей или у которых родители уже нет в живых. Что касается собственно молодых семей, то большинство из них начинают свою супружескую жизнь в родительском доме и проводят там в сред-

¹ Синельников А. Б., Децнер Д. Ф. Отношения между поколениями в американских и российских семьях // Семья на пороге третьего тысячелетия. — М: Ин-т социологии РАН, 1995. — С. 108-128.
206

нем несколько лет. Даже среди пар с брачным стажем свыше десяти лет каждая пятая еще продолжает жить вместе с родителями...

Различие # положении дел де-факто определило и различный подход российских и американских ученых к этой проблеме. В России проведено немало исследований, посвященных взаимоотношениям внутри сложных семей (о них речь пойдет ниже). В США проблема семей, в которых три и более поколений живут под одной крышей, не является актуальной, поскольку их число ничтожно мало. Однако в американской литературе довольно много внимания уделяется так называемым современным модифицированным расширенным семьям. Члены этих семей, в отличие от сложных семей традиционного типа, проживают в разных местах, но поддерживают между собой тесные отношения, оказывают друг другу моральную и материальную взаимопомощь. Из-за увеличения продолжительности жизни такие семьи нередко состоят уже не из трех, а из четырех и порой даже пяти поколений. Кстати, само понятие поколения, помимо своей обычной «генетической» интерпретации (дети, родители, прародители), толкуется в обеих странах как стадия развития индивида или этапы эволюции в жизненном цикле семьи. В этой концепции, основанной на предположении, что индивиды и семьи претерпевают определенные изменения приблизительно в одном и том же возрасте, каждый человек рассматривается как член большой возрастной группы, вписанной в социальную структуру: молодежь, среднее и старшее поколения. Многие социологические работы в обеих странах посвящены различным этапам жизненного цикла. Отметим также, что в российской литературе отношения между поколениями изучались не только в случае совместного, но и в случае раздельного их проживания, при этом нередко используется такое понятие, как «семейная группа»... довольно близкое американскому термину «модифицированная расширенная семья».

Чтобы лучше понять, в чем заключается и чем обусловлено сходство и различие между семейными традициями в обеих странах, обратимся к истории.

Заселение Северной Америки продолжалось три века — с начала XVII до начала XX столетия.

Первые группы иммигрантов прибыли из Англии, позднее — из других стран Западной, а также Южной и Восточной Европы. Более двух веков африканцы ввозились как рабы, жители Мексики и других центральноамериканских государств эксплуатировались и вытеснялись, коренные племена американских индейцев загонялись в резервации.

Среди тех, кто прибыл на этот континент добровольно, большинство составляли молодые мужчины и женщины, покинувшие своих родителей и родственников на родине. В странах Северной и Западной Европы, которые на протяжении большей части перио-

да колонизации поставляли основную массу эмигрантов, традиции нуклеарной семьи были испокон веков чрезвычайно сильны. В США они получили дальнейшее развитие. Прибывшие сюда создавали на новой родине свои нуклеарные семьи и сами обзаводились детьми, которые, став взрослыми, нередко также оставляли родителей и отправлялись осваивать новые территории на западе, куда постоянно передвигалась граница.

Молодежь толкало на запад не только стремление получить земельный участок, но и желание стать независимыми от родителей. Массовые внешние и внутренние миграции населения, нередко приводившие к разрыву межпоколенных связей, сильно повлияли на формирование американских психологии и культуры, в которых чрезвычайно важное место заняло чувство индивидуализма. Россия в этом отношении отчасти похожа на Америку. Еще В.О.Ключевский писал, что русская история — в значительной мере история внутренней колонизации, непрерывного освоения новых свободных земель. Недаром Сибирь называли «Русской Америкой». Тогда же, когда и в США (в основном до начала XX в.), на новые малообжитые земли (расположенные за Уралом, вдоль северного побережья Черного моря и в некоторых других регионах страны) переселялись, как правило, одинокие молодые люди и молодые супружеские пары, отделившиеся от родителей. В основном это была вольная колонизация. Крепостного права в Сибири никогда не было. Что же касается ссыльных, то в дореволюционный период они составляли лишь очень малую часть среди всех переселенцев в эти регионы. <...>

Так же, как и в США, переселенцы искали свободные земли, стремились к личной свободе и независимости. Имели место сходные демографические процессы: преобладание мужчин и нехватка женщин среди мигрантов, особенно в первый период колонизации, «увод» чужих жен, несмотря на то что в прошлом веке в России, да и в старой Америке, получить развод было очень непросто. Таким случаям способствовала и слабость местной администрации в обширных малозаселенных регионах. Видимо, большей степенью независимости и личной свободы жителей Сибири объясняется тот факт, что среди них гораздо чаще, чем в европейской части России, в XVIII—XIX вв. браки заключались без согласия на то родителей жениха и невесты. Молодые пары стремились жить отдельно, но все же считалось, что один из женатых детей (чаще всего младший сын, но иногда и одна из замужних дочерей) должен жить со стариками до самой их смерти и заботиться о них. Такая мораль существовала и в Европейской России. Однако примерно к середине прошлого [XIX — далее везде] века в Сибири уже появились признаки «сыновнего эгоизма» — нежелание взрослых детей, имеющих свои семьи, заботиться о пожилых родителях. <...>

Столыпинская аграрная реформа, направленная не только на разрушение традиционной крестьянской общины, но и на разделение патриархальных многопоколенных сложных семей, а также на усиление колонизации малонаселенных территорий, вела, по сути, к «фермеризации» и «американизации» крестьянских семей. Однако, как известно, реформа не состоялась...

Француз Алексис де Токвиль, посетивший Соединенные Штаты в 30-е годы прошлого века, был одним из первых, кто в своей классической книге «Демократия в Америке» четко определил влияние индивидуализма на социальные и политические институты... : Он отметил присущее американцам стремление замыкаться в узком кругу семьи и друзей и обособляться не только от предшествующего, но и от последующего поколения, т.е. от взрослых детей. Впоследствии его наблюдения были подтверждены некоторыми учеными в ряде книг и статей.

Рассматривая социальную и географическую мобильность населения Соединенных Штатов, логично сделать вывод о культуре индивидуализма. Уверенность в себе, тяга к автономии и независимости действительно были необходимы для того, чтобы заселить и модернизировать целый континент в течение двух веков, однако тем не менее вряд ли можно утверждать, что эти свойства связаны с семейной жизнью, с долговременными отношениями поколений и с интересами большой общины.

Во всяком случае, другая научная модель общества, основанная на эмпирических исследованиях, проведенных за последние два десятилетия (особенно науками о семье и развитии человека, а также геронтологией), показывает: несмотря на усиление тенденции к индивидуализму, связь между поколениями в семье осталась очень сильной. Хотя широко распространились урбанизация и другие формы модернизации, хотя значительно повысился уровень экономического развития страны, но все же и сегодня изолированная нуклеарная семья, описанная Токвилем и часто принимаемая за модель семьи в США, — это скорее миф, чем реальность.

Вместо новой семейной, якобы чисто нуклеарной структуры возникла модифицированная расширенная семья, в которой ее отдельные члены и входящие в нее нуклеарные семьи тесно связаны друг с другом... В этой структуре, хорошо приспособленной к условиям современного индивидуалистического общества и не требующей проживания одним домохозяйством, существуют устойчивые связи и обмен помощью между прямыми родственниками из разных поколений. <...>

Как уже говорилось, для современной Америки довольно типична семья из четырех и даже пяти поколений. Вот пример. «Мат-риарх» — 90-летняя вдова живет одна, но пользуется помощью нескольких поколений своей семьи. Поблизости от нее проживает

ее 70-летний сын с женой, недавно отпраздновавшие золотую свадьбу. С одной стороны, они заботятся о престарелой матери, с другой — у них пятеро детей, пятнадцать внуков и пять правнуков. Из-за географической мобильности младшего поколения и отсутствия предписанных норм отношения в семье по количеству и качеству контактов между поколениями и характеру обмена помощью могут быть самыми разнообразными и изменяться со временем. Члены семьи переезжают, женятся, разводятся, вновь женятся, и все это придает современным межпоколенным отношениям большое многообразие.

Итак, миф об изоляции поколений в США не подтверждается фактами, кроме того, мифом оказалось и предположение о сравнительно недавнем происхождении этой изоляции (если понимать под ней просто формальную территориальную нуклеаризацию семей).

Согласно всем имеющимся данным, нуклеарные семьи преобладали в Америке всегда [*Hereven T.*, 1982]. <...> По России тоже нет данных, на основании которых можно было бы сделать вывод, что в какую-либо эпоху, в каком-либо регионе нуклеарные семьи составляли меньшинство. Правда, и в Америке, и в старой России это были большие нуклеарные семьи, особенно в сельской местности. Типичная американская фермерская семья прошлого века имела четверых или пятерых детей. Продолжительность жизни в то время была невелика, старости достигали немногие. В 1800 г. только 2 % населения было старше 65 лет, в 1900 г. — 4 %.

Большинство семей состояло только из родителей и детей. Есть исторические документы, свидетельствующие о том, что люди, достигшие старости, пользовались большим уважением в семьях и в обществе, поскольку долголетие было явлением редким. <...> Три поколения всегда поддерживали между собой тесные отношения, даже если и проживали раздельно. Отметим, однако, что высокий процент нуклеарных семей и соответственно низкий — семей расширенного типа может быть результатом не только малой продолжительности жизни, но и высокой рождаемости. Когда в семьях много детей и один из них остается жить с родителями, другой переходит в семью родителей мужа или жены, а остальные образуют нуклеарные семьи, то, конечно, последние будут составлять большинство.

По переписи 1979 г., нуклеарные семьи в России составляли 80,3 % брачных пар, семей с двумя и более брачными парами было лишь 4,2 %, а семей типа «пустого гнезда», т.е. таких, из которых ушли все дети, было 19 %. Кстати, в целом по СССР, несмотря на чрезвычайное разнообразие этнического состава населения и на большие различия стереотипов межпоколенных отношений у разных народов, эти показатели были близки к аналогичным по Рос-

сии. В 1979 г. нуклеарные семьи составляли 79 %, семьи с двумя и более брачными парами — лишь 5,1 %, в то время как семей типа «пустого гнезда» было в 3,5 раза больше — 17,7 % [рассчитано по: ЦСУ СССР, 1984, с. 252-260, 356]. <...>

В России один из наиболее распространенных путей обособления молодежи от родителей до брака — миграция, особенно из села в город. При этом в последнее время молодые женщины чаще уезжают из села в город и реже возвращаются обратно, чем их ровесники-мужчины. В результате в городах женщин в возрасте 20 — 24 года стало несколько больше, чем мужчин, в сельской же местности мужчин больше, чем женщин, вплоть до возрастной группы 40 — 44 года включительно [Госкомстат СССР, 1990, с. 8].

Другое последствие такой миграции — концентрация именно в селах огромного числа «пустых гнезд», оставленных детьми, уехавшими в города. Так, по нашим расчетам, в 1979 г. среди сельского населения СССР в целом 77,7 % всех семей с брачными парами были нуклеарными и лишь 5,3 % составляли семьи из двух и более пар, тогда как «пустых гнезд» насчитывалось в 3,8 раза больше — 20,3 %. Еще контрастнее положение дел было в российских селах: 80,8 % нуклеарных семей, 3,1 % семей из двух и более пар и почти в восемь раз больше — 23,5 % «пустых гнезд» [рассчитано по: ЦСУ СССР, 1984, с. 252-254, 356].

В США ситуацию можно назвать скорее даже противоположной. Основным местом концентрации «пустых гнезд» и одиноких пожилых людей, покинутых своими детьми, стали большие города. Это было вызвано бурным развитием так называемых субурбов — пригородов, где строились коттеджи, предназначенные для семей с детьми, тогда как жилье для пожилых людей — квартиры меньшие по размеру и более доступные по цене сосредоточивались в больших городах. В результате возникла возрастная территориальная сегрегация: страна разделилась на «молодежные» и «стариковские» города и районы. Правда, субурбы можно считать «молодежными» лишь условно, поскольку здесь в основном проживают люди 30—40 лет и старше с детьми дошкольного и школьного возраста. Молодежными же скорее можно назвать университетские города. Как бы то ни было, но сам по себе факт территориальной возрастной сегрегации, безусловно, разобщает поколения.

Способствует этому также система социальных институтов и учреждений, рассчитанных на однородные группы: детские сады, школы, колледжи, университеты. Люди привыкают общаться больше с ровесниками, которые не приходится им родственниками, чем с представителями других поколений в своей же семье. Кстати, такая ситуация характерна не только для США, но здесь благодаря тому, что соседи чаще всего приблизительно одного возраста, подобная сегрегация четко прослеживается и в соседском общении. В результате контактов преимущественно с ровесника-

ми, начиная с раннего детства и кончая старостью, у каждого поколения формируются свои специфические интересы, отличные от интересов других поколений.

Неудивительно в связи со сказанным, что отношения непосредственно между поколениями в одной семье все более уступают отношениям между поколениями, образующими составные части населения и находящимися на разных этапах жизненного цикла. Лица среднего возраста, принадлежащие к специализированным социальным институтам (например, работники школ или системы социального обеспечения), принимают на себя заботу о детях и стариках, а остальные представители этого же среднего работающего поколения платят налоги и отчисления, чтобы финансировать такую деятельность. Иначе говоря, забота о детях и особенно о стариках отчасти переходит от среднего поколения в рамках отдельных семей к профессионалам. Причем речь идет не только и даже не столько о детях-сиротах и совершенно одиноких стариках, сколько о самых обычных детях, имеющих родителей, и стариках, имеющих детей. Такая тенденция отчетливо проявляется во всем мире и всюду ведет к ослаблению внутрисемейных межпоколенных связей. В США, однако, эти процессы зашли гораздо дальше, хотя, разумеется, нельзя утверждать, что заботу о детях и стариках американцы полностью переложили на плечи общества.

То, что нуклеарный тип семей преобладал в США на протяжении всей истории страны, отнюдь не свидетельствует об одиночестве стариков. Даже процент супружеских пар, не имеющих своего домохозяйства, несколько десятилетий тому назад был все-таки заметно выше, чем в настоящее время. В 1910 г. он составлял 5,4 %, в 1940 г. — 6,8 %, в 1947 — 8,7 %, что в шесть раз выше доли сложных семей в современной Америке. Совместное существование трех и более поколений под одной крышей стало в США редким явлением лишь в 50-е годы, когда этот показатель опустился ниже 5 %. <...>

...Статистические данные разрушают многие стереотипы, бытующие не только среди населения, но и среди ученых. Неверно представление о том, что удел типичного пожилого американца — дом престарелых, куда его вынуждают уйти собственные дети, не желающие о нем заботиться. В заведениях подобного рода живут лишь около 5 % американских стариков. Многие из них не имеют детей или вообще близких родственников. <...>

Вопрос об одиночестве гораздо острее стоит для тех, у кого нет супруга или кто по каким-либо причинам проживает отдельно от своей «половины» (например, если брак фактически распался, но развод не оформлен). Мы пересчитали долю пожилых людей, проживающих с кем-либо еще кроме супруга по отношению именно к общей численности не состоящих в браке или живущих отдельно от супруга. Показатель оказался равным 28,6 %

для мужчин и 35,4% для женщин. Цифры, как видим, довольно значительные.

Конечно, эти люди живут вместе не только с детьми, но и с внуками, племянниками, братьями, сестрами и другими родственниками. Вполне возможно, что у некоторых из них еще живы престарелые родители: 65-летняя женщина может жить со своей 85-летней матерью. В современных условиях это не редкость. В США в 1986 г. 29,2 млн человек (12,1 %) населения были старше 65 лет, в том числе 2,8 млн (1,2 %) — старше 85 лет [рассчитано по: *Архангельский В.Н.*, 1989, с. 321]. В СССР же в 1989 г. эти цифры составляли соответственно 25,7 млн (9 %) и 1,8 млн (0,6 %) [рассчитано по: Госкомстат СССР, 1990, с. 27].

Все переписи населения СССР показывают, что среди сложных семей преобладают семьи не с двумя и более брачными парами, а состоящие из одной брачной пары плюс один из родителей мужа или жены и (или) другие их родственники, также не состоящие в браке. В тех случаях, когда старшее поколение представлено не супружеской парой, а лишь одним из родителей, стремление поколений (особенно старшего) к обособлению проявляется не столь сильно. Бывает и так, что после смерти одного из пожилых родителей другой вновь объединяется с семьей сына или дочери либо начинает чаще, чем раньше, встречаться с ними.

По данным общенационального выборочного исследования, проведенного в 1975 г., среди пожилых американцев (старше 65 лет) 21 % были бездетны, 20% имели только сына или дочь, у большинства же (59 %) было двое и более детей. Если рассматривать только тех, кто имеет детей, то среди них 18 % проживали в одном домохозяйстве вместе с кем-то из детей, 34 % жили от них на расстоянии не более 10 минут езды на автомобиле, 21 % — на расстоянии 11 — 30 минут и лишь 27 % жили дальше. Соответственно и встречи с детьми были достаточно частыми: 53 % респондентов сообщили, что виделись с кем-то из детей накануне или в самый день опроса, 24 % — за 2 — 7 дней до опроса, 12 % — в последний раз встречались с детьми за 8 — 30 дней до опроса и лишь 11 % ответили, что ни разу не видели никого из своих детей в течение целого месяца, предшествующего проведению исследования. <...>

...Одно из исследований на юго-востоке США показало, что почти половина пожилых родителей встречаются с детьми раз в месяц по каким-либо утилитарным соображениям, связанным с оказанием взаимопомощи, а две трети видятся с детьми несколько раз в месяц просто ради общения. <...>

Таким образом, миф об изоляции старшего поколения в Америке не подтверждается фактами. Напротив, несмотря на очень высокую миграционную подвижность американцев, особенно молодежи и среднего поколения, частые переезды в другие города и даже другие штаты в поисках работы, как правило, один из детей

не уезжает далеко от своих пожилых родителей и общается с ними достаточно часто. <...> По данным представительного выборочного исследования, проведенного Госкомстатом СССР в 1989 г. и охватившего 50 тысяч молодых семей, в которых оба супруга моложе 30 лет и состоят в первом браке, лишь 9,6 % пар хотят жить вместе с родителями (по обоюдному мнению супругов). Это свидетельствует о том, что все вышеописанные различия в уровне нуклеаризации семей в России и США объясняются отнюдь не более тесными родственными связями или большей привязанностью взрослых женатых людей к своим родителям в России, а почти исключительно нехваткой жилья. Однако, по тем же данным, доля семей, в которых оба супруга хотят жить не только отдельно, но и далеко от родителей (что, несомненно, указывает на натянутые отношения с последними, но вовсе не на полный разрыв с ними) еще ниже — 7,9 %. Доля семей, у которых разорваны связи со старшим поколением, должна быть меньше этой небольшой цифры, и исключение их из числа семейных групп не могло сильно повлиять на итоги исследования. Подавляющее большинство молодых семей (63,2 %) предпочитают жить отдельно, но поблизости от родителей. Это явно говорит об их установке на поддержание тесных отношений со старшим поколением. Довольно значительна доля тех (19,3 %), кто либо дал иные ответы, либо вообще не ответил, что, по-видимому, объясняется расхождением мнений мужа и жены на сей счет, поскольку на этот вопрос надо было отвечать согласно обоюдному мнению супругов [Статистический пресс-бюллетень Госкомстата СССР, 1990, № 18, с. 39].

Важный момент во взаимоотношениях между родителями и взрослыми детьми — характер и интенсивность помощи, которую они оказывают друг другу. Какая это помощь — материальная, в домашнем хозяйстве, в воспитании внуков, в уходе за больными? И кто кому больше помогает — родители взрослым женатым детям или, напротив, дети родителям?

Этим вопросам был посвящен ряд социологических исследований в обеих странах. Строго говоря, однозначного ответа на них не получено. Баланс взаимопомощи зависит от этапа жизненного цикла. Одно дело, когда супругам в молодых семьях по 25 — 30 лет и они имеют маленьких детей, а старшее поколение отнюдь еще не старое (по 55 — 60 лет) и, в свою очередь, у многих из них живы престарелые родители, которые чрезвычайно нуждаются в помощи. Другое дело, когда дети взрослеют, их социальный статус повышается, внуки идут в школу, родители выходят на пенсию, а самое старое поколение уходит из жизни. <...>

Представляет интерес и вопрос о мотивации родительской помощи взрослым детям. По данным одного из исследований, проведенных в США... три четверти родителей полагают, что они

продолжают исполнять родительские роли по отношению к взрослым детям, но, с другой стороны, столько же респондентов ответили, что уже не нуждаются в таких ролях. Они наслаждаются тем, что необходимы своим детям, испытывают удовлетворение от того, что те их любят и обращаются к ним за советами, однако полагают, что хотя родительство по-прежнему представляет для них большую ценность, рассчитывать на детей как на главный источник собственной жизненной активности уже не следует.

В американских условиях помощь родителей взрослым детям часто связана с какими-то неприятностями в жизни последних: болезнью, потерей работы, разводом. В таких случаях дети даже могут временно вернуться в родительский дом.

В российских и бывших советских условиях помощь обычно носит постоянный характер и многими рассматривается как норма поведения.

Так, по данным... опроса В.Шапиро, 7% работающих и 10% неработающих пенсионеров придерживаются мнения, что «не следует помогать детям, так как они взрослые, самостоятельные люди». Именно такую установку стереотипы российского мышления приписывают американцам: для самих же россиян она, как видим, нетипична. В действительности американцы придерживаются скорее следующего правила: не надо помогать детям, жизнь которых протекает нормально, но, если они испытывают затруднения, помощь необходима.

Эта точка зрения весьма популярна и среди пожилых людей России. Так, 33 % работающих и 29 % неработающих пенсионеров считают: «следует помогать детям только в тех случаях, когда они (никак не могут обойтись без помощи)». Однако 53 % работающих и 49 % неработающих убеждены, что «нужно помогать детям всем, [чем можешь, и при любых обстоятельствах, так как это долг родителей]» [Шапиро В.Д., 1980].

Отметим, что между последними позициями в конкретных условиях принципиальной разницы нет. Если для американца ситуацию, при которой дети никак не могут обойтись без родительской помощи, действительно можно назвать экстремальной (тяжелая болезнь, потеря работы, развод), то россиянину, наряду с [такими крайними ситуациями, помогать зачастую приходится в (нормальной ситуации, когда дети здоровы, работают, имеют вполне благополучную семью, но их зарплата просто не хватает для [более или менее сносного существования. Поскольку такое положение типично для молодой российской семьи, дети практически почти всегда нуждаются в материальной помощи. То же можно сказать о помощи в воспитании внуков. Недостаток средств не позволяет матери сидеть дома с ребенком, а отдавать его в детский сад или ясли семья не хочет или не может. В результате на-БДежда остается только на родителей молодой пары.

Один из мифов о взаимной отчужденности поколений в Америке — представление о том, что там не существует почти никаких отношений между дедушками и бабушками, с одной стороны, и внуками — с другой. Действительно, для США не характерна ситуация, довольно типичная для нашей страны, когда дед или бабушка полностью принимают на себя родительские роли (за исключением неполных семей). У американцев не принято, чтобы родители отправляли детей к бабушке и бабушке на все время летних школьных каникул и при этом не ехали вместе с ними сами. Но это не означает, что большинству американских прародителей нет никакого дела до собственных внуков или, наоборот, что большая часть внуков не встречаются с дедушками и бабушками.

Американские социологи и геронтологи условно выделяют три группы прародителей. Первую составляют так называемые компаньоны (*companionate grandparents*). Они живут поблизости от внуков и часто навещают их, берут на себя ответственность за детей, когда родители временно отсутствуют, но неохотно соглашаются исполнять дисциплинарные и властные родительские функции, предпочитая быть старшими друзьями, вместе посещать места отдыха, рассказывать истории из прошлого и поддерживать преемственность в семейных отношениях. Большинство американских прародителей принадлежит именно к этой категории. <...>

Другой тип можно назвать «отдаленными» прародителями (*remote grandparents*), поскольку они живут на значительном расстоянии от внуков, что затрудняет регулярные встречи. В таких случаях общение, как правило, ограничивается частыми телефонными разговорами, перепиской. Некоторые из дедушек и бабушек живут неподалеку от одного из своих детей и его семьи и поддерживают с ней компаньонские отношения, с другими же детьми и внуками, живущими далеко, контакты не столь тесные.

Третий тип — прародители, «вовлеченные» в воспитание внуков (*involved grandparents*), в повседневную жизнь младшего поколения, выполняющие многие родительские роли. Обычно они заменяют отсутствующих мать и отца, которые чрезмерно заняты на работе, ежедневно помогают больным или поддерживают разведенных, нуждающихся в помощи.

Приведенная классификация справедлива и применительно к России. Наиболее распространенным, как и в США, можно, скорее всего, назвать второй тип. Вместе с тем есть основания предполагать, что третий тип на сегодня является более массовым. И хотя точных цифр на этот счет нет, к подобному выводу приводят два обстоятельства. Во-первых, в России очень много сложных семей, особенно среди молодых пар с маленькими детьми, которые не отделились еще от старшего поколения. Во-вторых, почти все российские матери, имеющие детей старше трех лет, работают вне дома. <...>

Есть все основания полагать, что в будущем отношения между поколениями в России еще больше приблизятся к американскому типу, который, кстати, не очень отличается от европейского. Чего же конкретно следует ожидать?

Согласно одной точке зрения, модифицированная расширенная семья (или семейная группа) приспособлена к реалиям современной жизни и имеет перспективы в будущем. Согласно другой, нуклеаризация семьи, равно как и снижение рождаемости и прочности брака (а эти тенденции сейчас свойственны всем экономически развитым и даже не очень развитым странам), — одно из проявлений кризиса семьи как социального института. Глубинная причина такого кризиса — тенденция к индивидуализму, предпочтение личных интересов интересам других членов семьи. В частности, это проявляется и в нежелании взрослых заботиться о престарелых родителях и тем более жить с ними, и в нежелании родителей иметь слишком много детей, которые ограничивают личную свободу отца и особенно матери, причем понятие «слишком» нередко относится даже ко второму ребенку. Наконец, индивидуализм в современной семье проявляется и в виде разводов, не спровоцированных негативным поведением другого супруга (пьянством, грубостью, ленью, неверностью и другими нарушениями элементарных правил семейной жизни), причем такие разводы нередко одобряются окружающими. По данным проведенного нами исследования, в России 39 % мужчин и 31 % женщин считают отсутствие любви к мужу или жене уважительной причиной для развода, даже если во всем остальном семейная жизнь протекает благополучно [Синельников А. Б., 1989]. Это тоже подтверждает, что все больше людей ставят личные интересы выше интересов семьи.

Две противоречивые тенденции — индивидуализм и фамилизм в условиях, когда традиционные экономические связи между членами семьи ослабевают, могут не противоречить друг другу, когда между членами семьи существуют хорошие эмоциональные отношения, удовлетворяющие всех. Это — лучшая основа для современной семьи, но основа очень уж ненадежная, противоречивая, особенно для таких долговременных отношений в ней, как ежпоколенные. Построение внутрисемейных «дружеских» связей е всегда «срабатывает» даже в супружеском общении, т.е. между юдьми, которые, подобно друзьям, принадлежат к одному по-олению. Что же касается отношений с детьми, интересы кото-ых отличны хотя бы из-за разности возраста и которые сызмаль-тва были ориентированы на общение преимущественно со сверстниками, то здесь встает вопрос — для многих ли семей реальны такие отношения, тем более долговременные?

Представляется, что тенденции развития отношений между поколениями в обеих странах могут принять нежелательный для общества характер. Если общество хочет избежать этого, оно должно

выработать такие новые социальные нормы, регулирующие отношения, которые были бы приспособлены к современным условиям и направлены на сохранение семьи как основы общества в любой социальной системе.

Д. Филд

СОЦИАЛЬНЫЕ СВЯЗИ В СТАРОСТИ: РЕЗУЛЬТАТЫ БОННСКОГО И БЕРКЛИНСКОГО ЛОНГИТЮДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ¹

Обычно семейная динамика и семейные процессы исследуются на материале молодых семей, имеющих маленьких детей или детей подросткового возраста. Действительно, большая часть взаимодействий и взаимовлияний между поколениями происходит в молодых семьях. Однако при изучении бездетных семей исследователи обнаружили, что семейные взаимодействия практически не ослабевают на протяжении всей жизни. <...> Хотя индивидуальные различия, разумеется, велики, правилом является стабильность семейных взаимодействий.

Подход геронтологов к изучению семьи, хотя и отличается от подхода исследователей семейной динамики, оказывается также зауженным. Геронтологи предпочитают обращаться к проблемам поддержки пожилых родителей и ухода за ними. Уход — важная сторона в отношениях выросших детей с родителями, здоровье которых ухудшается. Однако для большинства семей этот период является лишь небольшой частью многих лет жизни, на протяжении которых поддерживаются семейные отношения и связи со взрослыми детьми, в свою очередь начинающими стареть. Поэтому подходы разных дисциплин могут обогатить изучение пожилых семей.

Эта статья посвящена внутрисемейным связям, однако я также приведу данные по связям вне семьи, чтобы лучше показать культурные различия. В старости социальные связи являются значимыми предикторами заболеваемости и смертности ... а социальную поддержку можно рассматривать как фактор, влияющий на здоровье. <...>

Кроме этого, важно выявить динамику социальных связей на протяжении жизни. Круг общения пожилых людей основывается на социальных связях предшествующих периодов, поэтому важно знать, как на круг общения могут повлиять более ранние события. <...>

Срезовые и лонгитюдные исследования в Соединенных Штатах и Германии показали, что большинство семей поддерживают

¹ *Филд Д.* Социальные связи в старости: результаты Боннского и Берклинского лонгитюдных исследований // *Иностранная психология.* — 1997. — № 8. — С. 52 — 62.

контакты на протяжении всей жизни. <...> В США 80 % ухода за стариками осуществляется родственниками в пределах самих семей. <...> Пожилые люди общаются с кем-нибудь из своих детей примерно один или два раза в неделю. <...> Сходные данные получены и в Германии. <...> Недавний рост долгожительства в Соединенных Штатах и Европе существенно повлиял на социальные связи пожилых людей. Многие из них переживают своих друзей, супругов, а некоторые (и детей). Поэтому обычно считается, что старые люди становятся одинокими и нелюдимыми, их связи с другими людьми сокращаются. Однако в исследованиях, использующих метод срезов, возрастные изменения могут смешиваться с индивидуальными различиями. Срезные исследования не выявляют также изменения показателей с течением времени.

Вероятно, в старости количество семейных контактов меняется по нескольким причинам. Например, важным фактором может стать здоровье стариков, так как его ухудшение вызывает необходимость в поддержке окружающих. В то же время ухудшающееся здоровье может уменьшить количество контактов с друзьями — не потому, что пропадает интерес к общению, а из-за недостатка энергии и ограниченных возможностей в передвижении. Снижающаяся подвижность сокращает возможность принимать участие в работе общественных организаций. Однако меняются и другие важные стороны семейной жизни. Например, известно, что в США социоэкономический статус в период зрелости является предиктором количества семейных контактов: представители групп с низким социоэкономическим статусом больше общаются с членами семьи, чем с друзьями ... и в большей степени ожидают от детей, что те будут заботиться о (родителях). Кроме этого, хотя возраст сам по себе плохой предиктор, однако такие связанные с возрастом и временем события, [как смерть супруга, потеря брата или сестры, уход внуков, как правило, приводят в старости к изменению в структуре семейных контактов.

Важна качественная сторона семейной жизни. Как пожилые люди чувствуют себя в семье? Изменяется ли в старости степень удовлетворенности супругом, детьми, братьями, сестрами, внуками? Если ша, то повышается ли удовлетворенность по мере расширения контактов? Или же у пожилого человека и его семьи возникает чувство 'неудовлетворенности'? <...> На эти и подобные вопросы дают ответ лонгитюдные исследования, позволяя изучать процесс, а не состояние старения, описываемое методом срезов.

Мы приводим результаты двух лонгитюдных исследований старения — одного, проведенного в Германии, а другого — в Соединенных Штатах. Мы исходим из концепции ролевого поведения, [используемой в Боннском исследовании, которая предполагает,

что «человек по-разному вовлечен в различные сферы своей социальной жизни и поэтому дает разную картину поведения в различных социальных ролях» [Olbrich E., Lehr U., 1976, p. 116]. Данное исследование планировалось для проверки четырех гипотез: 1. Активность в семейных ролях — супруга, родителя, бабушки/дедушки — сохраняется и в старости, в то время как активность во внесемейных ролях (например, друга или члена клуба) у большинства людей снизится. 2. Пожилые немцы и американцы будут одинаково вести себя во внутрисемейных отношениях, но поведение во внесемейных ролях опосредовано культурными различиями. 3. Активность в каждой социальной роли в период старости можно предсказать показателями периода зрелости (такими, как пол, возраст, социоэкономический статус, здоровье, активность и удовлетворенность жизнью), хотя для каждой роли существует своя комбинация предикторов. 4. Изменения здоровья связаны с возрастанием общения с выросшими детьми и со снижением вовлеченности во внесемейные роли.

Эти гипотезы проверялись в двух лонгитюдных исследованиях, дающих необходимый материал для изучения стабильности социальных связей стариков и их эмоциональной вовлеченности в них. Это Боннское лонгитюдное исследование старения, проведенное в Германии, и Берклинское исследование старшего поколения, проведенное в Соединенных Штатах. Исследования показали, что существует значительное постоянство в семейных связях и что в поздний период жизни могут сохраняться хорошие, полноценные отношения в семье.

Методика

Боннское лонгитюдное исследование старения началось в 1965 г. с изучения группы пожилых людей из нескольких областей северно-западной части Западной Германии, родившихся между 1890 и 1905 годами, выходцев из семей низшего и среднего класса. Участники исследовались восемь раз. В начале выборка включала 222 человека (Период I в настоящем исследовании); в 1976/1977 годах (Период II) был проинтервьюирован 81 оставшийся в живых участник.

Берклинское исследование старшего поколения началось в 1929 г. на репрезентативной выборке мужчин и женщин, которые во время первого интервью были молодыми взрослыми жителями города Беркли в Калифорнии. Потом они периодически проходили повторные интервью в Институте развития человека при Калифорнийском университете [Bayley N., 1956; Maas H.B., Kuypers J.A., 1974; Macfarlane J., 1938]. Вначале участвовало около 470 человек; в 1968/1969 годах (Период I в настоящем исследовании) было проинтервьюировано 142 человека, а в 1982/1983 годах (Период

II) было проинтервьюировано 94 оставшихся в живых участника. Среди последних были люди, родившиеся между 1890 и 1910 годами, средний год рождения 1900.

Сравнение данных двух исследований. Полученные результаты сопоставимы по ряду важных параметров: у них сходные теоретические основания, в них использовались одинаковые вопросы о социальных контактах, испытуемые в каждом исследовании близки по возрасту и социоэкономическому статусу, периоды измерений приходились на одно и то же время. В обоих исследованиях получена информация о трех внутрисемейных ролях — родитель взрослого ребенка, супруг и бабушка/дедушка — и двух внесемейных ролях — друг и член клуба.

В каждой выборке представлены различные образовательные и профессиональные уровни. Для Берклинского исследования в 1929 г. были отобраны женатые и замужние участники, имеющие детей. В Боннской выборке было 8,6% никогда не состоявших в браке людей, в основном женщины, что соответствовало доле одиноких людей в масштабах всей Германии [Fooker I., 1984]. В Берклинской группе на каждого участника приходилось в среднем по 2,2 ребенка, в Боннской группе — по 2,5 на каждого участника, имеющего детей. Боннские испытуемые были в состоянии сами приехать в Бонн на несколько дней для прохождения тестов и интервью. Берклинских испытуемых посещали в местах их жительства, поскольку у некоторых было плохое состояние здоровья, при этом большинство из них относилось к исследованию доброжелательно. Обследуемые люди обеих групп в молодости пережили длительный и тяжелый период экономического спада. На время их жизни пали две мировые войны, однако их опыт военного времени был разным, так как сражения происходили на территории Европы, именно в Германии.

В каждом исследовании применялись подробные интервью с открытыми ответами, охватывающими широкий круг тем. Интервью проводились на выборках людей в периоды ранней старости (1965 год для Боннского и 1968 год для Берклинского исследований) и поздней старости (соответственно, 1977 и 1982 годы). В последний период возраст участников Боннской выборки составлял 72 — 87 лет со средним 77,8, а в Берклинской выборке — 73 — 93 года со средним 83,1. Количество испытуемых, проинтервьюированных в оба периода, составило соответственно 81 и 74 человека, при этом в Боннском исследовании было 47 женщин и 34 мужчины, а в Берклинском исследовании 51 женщина и 23 мужчины.

Процедура сбора данных

В проведенных исследованиях были различия в методике сбора данных. Как говорилось выше, участников Боннского исследова-

ния привозили в Бонн, селили в гостиницах и потом тестировали, интервьюировали и наблюдали в течение нескольких дней. Участники Берклинского исследования интервьюировались в их собственных домах; подробное интервью длилось от четырех до восьми часов (обычно разбитых на два сеанса), отдельно применялась векслеровская шкала интеллекта для взрослых WAIS. Однако эти различия не делают данные несопоставимыми.

Использованные переменные

Директор Боннского исследования Ганс Томе, прошедший в 50-е годы [XX века] много времени в Беркли, был под большим впечатлением от проводившегося там исследования. Он перенял многое из их логики при планировании Боннского исследования, вследствие чего в проектах много сходного [Schmitz-Scherzer R., Thomae H., 1983; Thomae H., 1992]. Однако у них есть и различия.

Переменными Боннского исследования являются 9-балльные шкалы, переменными Берклинского исследования — шкалы, имеющие от 3 до 12 баллов, которые начали использоваться еще в 1929 году. Таким образом, данные обоих исследований нельзя объединять или сравнивать напрямую. Поэтому мы использовали парные модели для каждой из пяти социальных ролей.

Далее представлены переменные, из которых состоят конструкторы каждого исследования. Конструктор *здоровье* в обоих исследованиях очень похож и содержит по четыре измеряемых переменных. Конструкторы *активности* и *удовлетворенности* в Боннском и Берклинском исследованиях различны. В Бонне выраженность четырех конструкторов оценивалась психологами, которые в течение нескольких дней наблюдали за участниками, проводили интервью и взаимодействовали с ними. Роль *друга* объединяет в один конструктор три вида дружеских отношений.

Полученные данные являются уникальными и обладают высокой ценностью. Нам неизвестны другие исследования, предоставляющие возможность подобного лонгитюдного сравнения двух репрезентативных выборок пожилых людей. <...>

Социальная активность (social activity) и участие в социальной жизни (social participation)

Важно определить значение слова *активность*, играющего существенную роль в дальнейшем анализе. Это слово используется не только для описания действий, совершаемых самими пожилыми людьми, но и действий, которые другие люди совершают по отношению к ним. Следовательно, в это определение входит и телефонный звонок внука бабушке, и посещение родителей взрослыми детьми, и поход в кино с супругом, и приготовленный дома обед для друга. Для выражения того факта, что эти действия могут побуждаться и пожилыми людьми, и окружающими, вполне можно

Переменные, составляющие конструкты активности и удовлетворенности для каждой социальной роли

Бонн	Беркли
<i>Активность в родительской роли</i>	
активность в родительской роли	видится чаще всего с одним ребенком живет вдали от детей видится со всеми детьми
<i>Удовлетворенность родительской ролью</i>	
удовлетворенность родительской ролью	хотели бы вы изменить отношения? удовлетворенность отношениями
<i>Активность в супружеской роли</i>	
как много вещей супруги делают вместе	как много вещей супруги делают вместе
<i>Удовлетворенность супружеской ролью</i>	
удовлетворенность супругом	степень адаптации в браке вместе ли выросли супруги? изменились ли отношения с течением времени?
<i>Активность в роли бабушки/дедушки</i>	
активность в роли бабушки/дедушки	видится чаще всего с одним внуком общается со всеми внуками
<i>Удовлетворенность ролью бабушки/дедушки</i>	
удовлетворенность ролью бабушки/ дедушки	удовлетворенность ролью бабушки/ дедушки
<i>Общение с друзьями/соседями</i>	
общение с друзьями общение со знакомыми общение с соседями	как часто общается с друзьями новые друзья после 65 лет местожительство друзей
<i>Удовлетворенность друзьями/соседями</i>	
удовлетворенность друзьями	чем вы занимаетесь с друзьями?
удовлетворенность знакомыми	значение дружбы
удовлетворенность соседями	вы хотите иметь близких друзей?
<i>Членство в клубах и общественных организациях</i>	
участие в деятельности клубов	принадлежность к клубам степень участия в деятельности клубов
<i>Удовлетворенность членством в клубах и общественных организациях</i>	
удовлетворенность клубами	вовлеченность во внесемейную деятельность

Здоровье

представления о своих
проблемах со
здоровьем
энергия
повседневные виды
деятельности
зависимость

Социоэкономический статус

образование профессия
финансовое положение

самоотчет о состоянии здоровья
энергия
повседневные виды деятельности
зависимость

образование профессия главы семьи

было бы выбрать словосочетание *участие в социальной жизни*. Тем не менее мы выбрали слово *активность*, так как оно часто употребляется в литературе в этом значении.

Результаты и обсуждение

Стабильность социальной активности в каждой социальной роли Прежде всего рассмотрим коэффициенты стабильности для каждой социальной роли примерно за 12—13 лет. [Показана] чрезвычайно высокая стабильность большинства внутрисемейных ролей и меньшая стабильность большинства внесемейных ролей. Кроме этого, видно поразительное сходство боннских и берклинских коэффициентов стабильности. Почти во всех случаях, если стабильность во времени высока для одной группы, то она высока и для другой группы (например, активность в роли родителя и удовлетворенность ролью родителя), и, наоборот, (например, удовлетворенность ролью члена клуба). Эти результаты доказывают сравнимость двух групп пожилых людей.

Также наблюдалось значительное постоянство среднего уровня выраженности рассматриваемых конструктов. Для берклин-ской выборки активность в роли бабушки/дедушки значимо снизилась, $t(72) = 4,72, p < 0,001$, удовлетворенность ролью бабушки/дедушки увеличилась, $t(72) = 2,04, p < 0,05$, а удовлетворенность ролью члена клуба снизилась, $t(71) = 2,44; p < 0,01$. В Боннском исследовании различия приблизились к значимому уровню только по одной роли — снизилась удовлетворенность ролью супруга, $t(26) = 1,44$, различия не значимы. Вырисовывается картина стабильности в старости социальных ролей у двух изучаемых выборок пожилых людей, у многих из которых, однако, наблюдалось серьезное ухудшение здоровья, что будет обсуждаться ниже.

Внутрисемейные роли: родитель. Активность и удовлетворенность в Период I являются крайне важными предикторами активности общения со взрослыми детьми в Период II, в то время как пол, возраст, социоэкономический статус и здоровье не вносят никакого вклада в предсказание. Трудно было бы получить более близкие результаты по поводу родительских ролей, чем в Боннском и Берклинском исследованиях. <...>

Внутрисемейные роли: супруг. В данном случае количество испытуемых в обоих исследованиях было небольшим, так как мало кто из участников все еще оставался женат или замужем. В Боннском исследовании единственным предиктором активности в супружеской роли в Период II была удовлетворенность супружеской ролью в Период I. Боннская группа имела достаточно хорошее здоровье, чтобы приезжать в Бонн и участвовать в многочисленных интервью и тестировании. Пожилые люди этой

выборки не зависели от ухода со стороны супруга, поэтому они проводили меньше времени вместе, чем если бы один из них был болен. <...>

В Берклинском исследовании единственным значимым предиктором активности в супружеской роли был социоэкономический статус, чего мы не ожидали. Мы не удивились бы, если различия в социоэкономическом статусе влияли бы на родительскую роль, что соответствовало бы ранее опубликованным данным [Lowenthal M. F., Robinson B., 1976; Rosenthal C. J., 1986]. Берклинская группа на пять лет старше боннской; возможно, поэтому в берклинской супружеской роли уход занимает большее место, и, возможно, супруги с более низким социоэкономическим статусом по культурным и/или финансовым причинам больше занимаются повседневным уходом. Как указывалось выше, здоровые супружеские пары могут до некоторой степени выбирать, как много времени проводить с партнером, и этот выбор может определяться удовлетворенностью в прошлом. Однако, когда супруг болен, уход становится обязательным. Здоровье супруга, к сожалению, не оценивалось, поэтому мы можем только предполагать, что эта переменная влияет на активность в супружеской роли. <...>

Внутрисемейные роли: бабушка/дедушка. В данном случае результаты похожи на результаты по родительской роли. Удовлетворенность ролью бабушки/дедушки в Период I предсказывает активность в этой роли в Период II, хотя данный эффект больше выражен в Беркли. <...> Среднее количество контактов с внуками в Бонне изменилось совсем немного, а в Беркли — значительно. Это может быть результатом когортных различий: участники Боннского исследования моложе, поэтому вероятно, что их внуки младше и чаще находятся дома. Это может быть также результатом культурных различий. Меньшая часть немецкой молодежи уезжает учиться в университеты, поэтому больше вероятность, что они остаются дома. Кроме этого, немецкая молодежь до женитьбы предпочитает оставаться в родительском доме. Обе эти причины могут влиять на поддержание контактов между молодежью и их бабушками и дедушками.

Внесемейные роли: друг. Как и следовало ожидать, наиболее важным предиктором активности в роли друга является пол. По крайней мере в Соединенных Штатах женщины больше общаются с друзьями, чем мужчины. <...> В настоящем исследовании единственной социальной ролью, на которую влияет пол, является роль друга. Кроме этого, активность в Период I влияет на активность в Период II, а удовлетворенность в Период I оказывает более сильное влияние в Беркли. <...> В Таблице 1 показаны переменные, входящие в роль друга в каждом исследовании. В Беркли получены три показателя контактов с друзьями без различения степени близости. В Боннском ис-

следовании используются отдельные оценки для трех «разновидностей» дружбы, которые мы соединили в один конструкт, чтобы сделать оценки дружбы максимально сопоставимыми. Боннские и берклинские показатели дружбы менее сходны, чем показатели для других социальных ролей.

В литературе отмечены культурные различия в паттернах дружбы у пожилых людей. Например, в Британии пожилые люди из рабочего класса имеют меньше друзей, чем пожилые люди из среднего класса. <...> В Уэльсе от друзей получают в первую очередь эмоциональную поддержку и чувство товарищества, в то время как соседи осуществляют практическую помощь, например, дают советы или оказывают небольшую помощь тем, у кого поблизости нет родственников. <...> Немцы различают разные степени дружеских отношений, чего американцы обычно не делают. В Германии отношения с близким другом строятся годами. Такого человека называют по имени и на «ты». Близких друзей бывает немного, поэтому у старого человека может не остаться в живых ни одного близкого друга. Немцы также имеют большее количество приятелей, знакомство с которыми не столь давнее и контакты не столь близкие. Наконец, есть соседи, отношения с ними сводятся к случайным контактам, например, с ними здороваются через забор или при встрече на улице. *Американцы не столь предсказуемы.* Все участники Берклинско-го исследования сообщили, что имеют друзей, но вкладывали разный смысл в эти слова. Женщина, въехавшая год назад в соседнюю квартиру, может быть «большим другом» для одного респондента, а для другого — лишь дружелюбной соседкой, хотя оба респондента участвуют в одинаковых видах совместной деятельности и испытывают одинаковые дружеские чувства. <...> Многие старики по необходимости меняют критерии дружбы, начиная относить к ней более свободные и менее близкие отношения. Они предполагают, что под влиянием личностных факторов, таких, как хорошее настроение, некоторые пожилые люди начинают чувствовать, что у них много друзей, в то время как другие люди с таким же количеством социальных контактов считают, что друзей у них мало.

Внесемейные роли: членство в клубе. По этой роли наблюдаются наиболее существенные различия между двумя группами. В целом пожилые немцы просто не посещают клубы. Наиболее часто они отвечают, что в Период I и в Период II посещают клуб «нерегулярно, только время от времени». Так как изменений в посещаемости не происходит, активность в Период I является хорошим предиктором активности в Период II. Удовлетворенность в Период I также является значимым предиктором, так как большинство участников вполне удовлетворены своей активностью в роли члена клуба, как бы низка она ни была. <...>

Большинство испытуемых Берклинского исследования продолжали участвовать в клубной жизни, наиболее распространенный ответ по обоим переменным данного конструктора был «участвую в деятельности клуба примерно один раз в месяц». Здесь наблюдается значительная вариативность, например, один мужчина посещал итальянский клуб каждый день. <...> Как мы уже показали в другой работе, хотя клубная активность у берклинцев оставалась постоянной, вовлеченность в клубную жизнь снижалась в период между ранней и поздней старостью [Field D., Minkler M., 1988].

Предикторы здоровья в поздней старости

...В Бонне единственным предиктором того, как человек оценивает свое здоровье, является возраст, а в Беркли наиболее важно здоровье в Период I, хотя возраст тоже значим. Интересно, что ни пол, ни социоэкономический статус не влияют на здоровье в поздней старости. В исследованиях не использовалась переменная, отражающая удовлетворенность здоровьем, поэтому этот фактор не удалось включить в модель.

Могут ли изменения в здоровье предсказать изменения в ролевой активности?

...Модель была разработана... для выявления связи между изменениями в здоровье и изменениями в удовлетворенности каждой социальной ролью. Затем в модель включались только главные изменения в ролевой активности и здоровье. <...>

Полученные результаты оказались неожиданными. Даже при контроле всех посторонних влияний изменения в здоровье не предсказывают изменений в любой из социальных ролей, кроме умеренной, но значимой связи с клубной активностью у берклинских участников. В этом случае, как и ожидалось, ухудшение здоровья сопровождается снижением клубной активности. В Бонне же клубная активность была столь невелика и изменялась столь незначительно, что изменения в здоровье не могли ничего предсказать.

Наиболее интересным результатом является то, что изменения в здоровье не предсказывают изменений в общении с друзьями. Мы ожидали, что количество контактов с друзьями будет в целом уменьшаться из-за ухудшения здоровья и снижения подвижности. Возможно, вместо старых друзей, которые далеко живут (и поэтому с ними трудно видеться), возникают новые, благодаря чему сохраняются контакты, но теряется близость.

Интересно также, что ухудшение здоровья не влияет на общение с детьми. На основании литературных данных мы ожидали, что будет увеличиваться помощь со стороны детей и, следовательно, по мере ухудшения здоровья будет увеличиваться количество контактов. <...> Ранее мы обнаружили противоположные свидетельства: берклинские участники с хорошим здоровьем виделись с членами семьи чаще, чем те, у кого было плохое здоровье [Field D., Minkler M., 1993].

Исходя из еще более ранних данных о

том, что только у 30% испытуемых здоровье ухудшалось [Field D., Schaie K. W., Leino E. V., 1988], можно предположить, что берк-линские участники достаточно хорошо себя чувствуют, чтобы не нуждаться в уходе. Кроме этого, те, кто болел наиболее серьезно, были женаты или замужем и основной уход осуществлялся супругом, а не взрослыми детьми. Этим можно объяснить отсутствие связи между здоровьем и родительской ролью. Боннские участники тоже были относительно здоровы, поскольку, как отмечалось, могли приехать в Бонн и участвовать в тестировании и интервью. Лер [Lehr, 1987, р. 7] отмечает, что увеличение активности в роли родителя «явно является способом решения многих повседневных проблем», т.е. пожилые люди обращаются к детям, только когда серьезно нуждаются в помощи. Следовательно, можно ожидать, что связь между ухудшением здоровья и увеличением контактов с детьми возникает позже того времени, на которое приходится Период II настоящего исследования.

Заключение

Зачем проводить кросскультурные исследования старения? Различается ли старение в Соединенных Штатах и Германии? Мы занялись данным исследованием, потому что ожидали найти различия между двумя группами пожилых людей. Старение — это не только биологический процесс, оно также зависит от средовых, социальных и экологических различий. Однако социальные связи и социальные потребности в обеих странах имеют много общего. Во время работы в Бонне обнаружилась общность не только наших данных, но и наших взглядов. Несомненно, различия были бы больше, если бы мы изучали социальные роли, например, в Африке, Южной Америке или Японии.

Результаты проверки четырех гипотез неоднозначны. Первая гипотеза подтвердилась в части, предсказывающей, что внутрисемейные роли будут стабильны, однако предсказание, что активность во внесемейных ролях снизится, не подтвердилось. Вторая гипотеза о том, что поведение пожилых немцев и американцев во внутрисемейных ролях будет похожим, а во внесемейных ролях различным, в основном подтвердилась. Третья гипотеза о том, что активность в каждой социальной роли предсказывается специфической комбинацией предикторов, полностью подтвердилась. Наконец, гипотеза о том, что изменения в здоровье предсказывают повышение внутрисемейной активности и снижение внесемейной активности, не подтвердилась.

Полученные результаты высоко достоверны. <...>

...Представляет интерес также вопрос о том, какие переменные не вносят вклада в предсказание активности в социальных ролях. Социоэкономический статус не является предиктором ни

для какой переменной в Боннском исследовании, а в Берклин-ском исследовании предсказывает только активность в роли супруга. В обоих исследованиях ничего не предсказывает возраст. И в Бонне, и в Беркли пол оказывает важное влияние только на активность в роли друга. Эти результаты показывают, что движение внутри социальных ролей идет по разным траекториям и что на каждую роль воздействуют разные силы. Как отмечает Томе [Thomae H., 1987], «ни одна глобальная теория не может охватить все варианты взаимодействия между человеком и ситуацией в старости».

Наши результаты соответствуют данным, полученным ранее отдельно по двум исследованиям: семейные роли стабильны, особенно в отношениях между пожилыми родителями и взрослыми детьми [Field D., Minkler M., Leino E. V., 1993; Lehr U., Minnemann E., 1987]. Это не удивительно, потому что исследованные нами диады родитель/взрослый знали друг друга более 50 лет. Поэтому в большинстве случаев определенный стиль отношений установился уже давно.

Наши данные совпадают также с результатами срезовых исследований, согласно которым 80 % пожилых людей видятся с детьми раз в неделю или чаще [Shanas E., 1979], 75 % из них сообщают, что в случае необходимости их дети «приедут в считанные минуты» [Kovar M. G., 1986]. И в Боннском, и в Берклинском исследованиях это ощущение поддержки выражено так же сильно. Лонгитюдные исследования позволяют изучать изменения, происходящие с течением времени. Как отмечалось выше, они занимаются процессом старения, а не состоянием старости, как при использовании метода срезов. Данное исследование расширило результаты других работ, например, Дьюкского исследования [Cutler S.J., 1977; Palmore E., 1981] и более раннего Боннского исследования [Thomae #., 1976], направленного на позднюю старость. Наша работа включает не только привычные инструментальные контакты, но и эмоциональную вовлеченность. Кроме этого, мы напрямую сравнили две культуры, используя одинаковые методы измерений и анализа.

Подобные сравнительные исследования позволяют лучше понять, что есть общего в опыте стариков и какие наблюдаются различия, связанные со спецификой культур. В связи с тем, что в настоящее время семьи существуют намного дольше и внутрисемейные отношения поддерживаются на протяжении всей жизни [Troll L.E., 1986], необходимо изучать динамику отношений между поколениями внутри семьи в поздний период жизни.

Быть может, самым главным результатом нашего исследования является вывод о том, что необходимо всегда учитывать индивидуальные различия. Как отмечает Мэддокс [Maddox G.L., 1987], с возрастом люди становятся все более разными. Некото-

рые меняются, а некоторые нет, и очень важно выяснить, почему это происходит.

Геронтологические исследования больше не могут игнорировать индивидуальные различия.

***И. И. Елисеева, Л. М. Прокофьева, П. Фести* ВЛИЯНИЕ РАЗВОДА НА МЕЖПОКОЛЕННЫЕ КОНТАКТЫ¹**

Как и многие промышленно-развитые страны, Россия прошла через существенное уменьшение семьи, причем процесс нуклеаризации продолжается, особенно в городских семьях. Несмотря на это, распространенность, интенсивность и значение межпоколенных связей остается одной из отличительных особенностей России. Даже при совместном проживании (или раздельном бюджете при совместном проживании) семьи родителей и семьи детей часто образуют прочные союзы, которые мы называем «семейными группами» [*Ружже В.Л. и др.*, 1983].

Несмотря на некоторое снижение ожидаемой средней продолжительности жизни при рождении длительность сосуществования трех и даже четырех поколений довольно велика. Можно считать, что сейчас поколение «дедушек-бабушек» представлено родившимися во второй половине 20-х—40-х годов, поколение детей — родившимися в 50—70-е годы, внуков — родившимися в 70—90-е годы [XX века]. Продолжительность совместной жизни разных поколений зависит от «расписания» демографических событий, таких как вступление в брак, рождение первого ребенка, развод и т.д.

Для нашей страны характерны довольно ранние браки, сравнительно мало распространенная практика откладывания первого рождения. <...> Средний возраст бабушек по материнской линии в момент рождения первенцев равнялся примерно 49—50 годам в случаях, когда ребенок рождается у матери, которая сама была первенцем в семье. Если учесть, что доля первых детей в общем числе рождений составляла в 1979 году около 47%, а в 1995—1997 гг. — примерно 59%, то очевидно, что зачастую к моменту рождения внуков их бабушки еще не достигают пенсионного возраста. <...>

В исследованиях семейных групп, проведенных нами в 70-е годы, было установлено, что важнейшими факторами, определяющими направление и интенсивность межсемейных контактов, являются пространственная удаленность места жительства семей, возраст женщины и возраст младшего ребенка в молодой семье, возраст

¹ *Елисеева И. И., Прокофьева Л. А., Фести П.* Влияние развода на межпоколенные контакты // Демографические и социально-экономические аспекты старения (Вторые Валентеевские чтения): В 2 кн. — М.: Диалог-МГУ, 1999. — Кн. 1. — С. 171—188.

женщины в семье старшего поколения. Вся направленность межсемейных контактов в жизнедеятельности семейных групп определяется уровнем активности старшего поколения. В зависимости от состава семьи старшего поколения, состояния здоровья, их производственной занятости, психологического склада и ориентации формируются отношения между семьями, их взаимодействие. Отсюда проистекают возможности одно- или двухсторонней помощи, ее мотивация, те или иные сложности в функционировании молодой семьи. Этот же вывод делает М. А. Клупт, подчеркивая, что в кооперации трех поколений «штурвал управления», как правило, находится в руках самых старших [Клупт М.А., 1985, с. 56]. Кровнородственные отношения, связанные с воспроизводством рода, семьи и воспитанием потомства, относятся к числу наиболее древних и наиболее устойчивых традиционных форм взаимодействия поколений.

В исследовании, результаты которого представлены [далее], мы рассматривали межпоколенные отношения в семьях, прошедших через развод, с целью выяснения того, как изменяются связи с семьей родителей в период брачной жизни и после развода. Частота разводов в России выше, чем в Западной Европе. По нашим оценкам, 40 — 50 % браков заканчиваются разрывом, последствия которого тяжелы как для родителей, так и для детей. Вместе с ростом разводов растет доля внебрачных детей: с 14 % в 1989 г. до 20 % в 1994 г. Можно сказать, что разводы являются составной частью процесса развития семьи, особенно в городах. В контексте трансформации экономики, кризисных явлений, коснувшихся граждан нашей страны, усиливается роль разводов как компоненты бедности, как фактора, снижающего уровень жизни женщин и, в конечном счете, мужчин.

Хотя высокая частота разводов сохраняется в России в течение нескольких десятилетий, практически отсутствуют исследования, которые могли бы ответить на следующие вопросы: не вызывает ли сохранение межпоколенных связей непрочность брака, помогали ли старшие родственники разведенным справляться с проблемами жилья? <...>

...Мы провели два обследования в городах России, которые охватывали разведенных женщин в 1993 г. и разведенных мужчин в 1998 г. Цель состояла в том, чтобы исследовать последствия развода путем использования ретроспективного вопросника и сравнения условий жизни до и после развода с тем, чтобы определить то, что можно назвать «эффектом развода».

Возможны два подхода в проекте такого рода: организовать две выборки — прошедших через развод и состоящих в браке с тем, чтобы провести их сопоставление, либо использовать ретроспективный подход. Основной методологический принцип исследования состоял в том, что жизнь после развода должна сравниваться

с жизнью без развода, но сравнение разведенных с жизнью брачных пар не даст правильных выводов, как бы мы ни обеспечивали равенство прочих условий, поскольку всегда неразведенный, т. е. состоящий в браке, отличается от разведенного. Корректное сравнение должно состоять в сравнении прошедших через развод с ними самими же, когда они еще не были разведены. Этот принцип предопределил формирование выборки и вопросника.

База данных

Как было упомянуто выше, мы провели два выборочных обследования в городах западной части России: в 1993 г. — 1214 женщин, разведенных в 1975—1993 гг. и продолжающих жить в том же городе, где они разводились, и в 1998 г. — 1249 мужчин, разведенных в 1986—1997 гг. и также продолжающих жить в том же городе. Подчеркнем, что обе выборки организованы на единых методологических принципах, единой основе, в одних и тех же городах, примерно одного и того же объема; заметим, что опрошенные — мужчины и женщины — не являются бывшими супругами, они представляют две независимые выборки, которые не имеют статистически значимых различий по базовым характеристикам (таким как возраст, образование и т.д.) и различаются по поведенческим и оценочным характеристикам, таким, например, как «Кто является инициатором развода?», «Оказывал ли отец влияние на детей?» и т. д. Наиболее сильное расхождение в ответах мужчин и женщин проявилось в той информации, которая является «двусторонней» и относится к обследуемому или его (ее) супруге (супругу), к семье обследуемого или к семье его (ее) супруги «Кто принимал важные решения в вашей семье?», «Кто ухаживал за детьми?», «Кто оказывал финансовую поддержку в период жизни в браке?» и т.д.

Обе выборки формировались путем механического отбора по книгам официальной регистрации разводов. Прежде всего, было определено выборочное пространство. С этой целью все регионы России были сгруппированы по общему коэффициенту разводи-мости, взятому в процентах к общероссийскому уровню. <...>

Мы исключили две экстремальные группы (7 регионов), а также восточные и южные районы России и получили следующее представление объекта исследования:

В двух случаях отобранные регионы представляли собой крупнейшие города России — Москву и Санкт-Петербург, в других случаях мы выбирали представителя региона: в Татарстане — Набережные Челны, в Ростовской области — Таганрог, в Московской области — Дмитров. Таким образом, в выборке были представлены города разных типов: крупнейшие (города-миллионеры), крупные, средние и малые города. <...>

Влияние развода на межпоколенные связи

Из всего множества направлений межпоколенных связей мы выбрали два аспекта взаимодействия: помощь в решении проблемы жилища и финансовая поддержка. Они составляют два главных направления межсемейной кооперации, соответствующая информация может быть собрана в ответах на небольшое количество вопросов; она постоянно присутствует в жизненном цикле, охватывающем несколько лет, что создает значительный временной интервал для их анализа. Для сравнения заметим, что, например, уход за детьми является видом деятельности, который слишком быстро изменяется и потому требует особых методов анализа. Последствия развода, которые мы выбрали для изучения, не являются незамедлительными («шок развода»), в то же время они не являются долгосрочными (как, например, влияние на детей вступления в последующий брак). Это среднесрочные проявления воздействия на тех, кого затронул развод.

В целом можно констатировать, что доля женщин, получавших помощь, выше, чем мужчин; этот вывод подкреплен анализом, охватывающим равное количество когорт (12) разведенных мужчин; и женщин в пересекающемся периоде (1986— 1993).

Проживание с родителями

Жилище является одной из сфер, которая наиболее ясно отражает прочность межпоколенных связей. До развода значительная часть брачных пар проводила определенный период их брачной жизни с родителями одного из супругов; эта доля составила 59 % среди опрошенных в 1993 г. женщин и 62 % — среди опрошенных пятью годами позже мужчин. Оценка проживания с родителями накануне развода дает более низкий результат, однако, доля живущих с родителями также весьма высока: 32,5 % брачных пар жили с одним из их родителей накануне развода — по данным опроса женщин и 27,5 % — по данным опроса мужчин.

Совместное проживание с родителями одного из супругов сильно зависит от возраста: чем моложе муж при разводе, тем выше доля тех, кто жил совместно с родителями. Эта доля составляет 51 % для возраста моложе 26 лет, 28 % — для мужчин в возрасте 28 — 32 года, 20 % — для группы 33 — 37 лет и всего лишь 11% — для мужчин 38 лет и старше. Вполне возможно присвоить этим группам ранги от 1 до 5.

В сравнении с этим влияние других факторов проявляется весьма слабо. Рассмотрим влияние профессии: в сущности, здесь нет различий между молодыми и более старшими работниками, с одной стороны — рабочими, занятыми физическим трудом, и служащими—с другой. Если быть более точными, то можно отметить, что

служащие со специальным образованием живут вместе с родителями несколько реже, чем рабочие в возрасте до 38 лет, и несколько чаще по достижении этого возраста. Точно так же присутствие или отсутствие младшего ребенка при разводе не влияет на совместное проживание со старшими родственниками. Согласно полученным данным, наличие детей у брачных пар, живущих с родителями, более часто, чем у живущих отдельно в возрасте до 28 лет; то же имеет место в других возрастных группах. <...>

Возраст при разводе у мужчин и женщин не сильно различается, и эти различия могут игнорироваться, то же можно сказать о таком социоэкономическом факторе, как профессия; но что очень важно, так это состояние в браке.

Женщины, которые вступили в новый брачный союз после развода, живут гораздо реже с родителями (снижение на 42 процентных пункта — с 36,8 до 21,3%), в то время как у женщин, которые остались одни, эта доля снизилась только на 12 процентных пункта (с 30,9 % до 27,3 %). Еще более очевидно это проявляется для мужчин, у которых доля совместного проживания снизилась на 48 процентных пунктов в случае нового союза и возросла на 17 % для тех, кто остался один. <...>

В сравнении с этой когортой прослеживается слабое снижение для одиноких разведенных женщин, которое можно рассматривать как корректировку путем развода и перехода к «нормальной» дистанции с родителями. Еще более важна эта корректировка для одиноких мужчин, у которых совместное проживание с родителями возрастает.

Этот вывод подобен тому, который был получен в некоторых западных странах, при всем различии индикаторов и всего контекста жизнедеятельности. Уровень жизни в США или собственников жилья во Франции имеет тенденцию стабилизироваться в случае повторного брака; так, эффект развода при этом преодолен, в то время как у женщин, остающихся без мужа, положение ухудшается, что свидетельствует о негативном проявлении выхода из брака. В России одиночество после развода характерно прежде всего для тех женщин, которые дольше остаются со своими родителями. Подводя итог, можно заключить, что более значителен эффект развода для мужчин. <...>

Социальные факторы, возникшие при развитии рыночной экономики, оказывают дифференцирующее воздействие. Среди рабочих изменения в уровне жизни практически отсутствуют в группах с разным семейно-брачным состоянием. Напротив, влияние этого фактора является решающим для служащих (руководителей, административных работников): среди тех, кто почувствовал ухудшение уровня жизни, доля совместно проживающих с родителями снизилась в меньшей степени, нежели среди тех, кто почувствовал улучшение. Это относится к служащим, которые всту-

пили в новый брак. Что касается одиноких, то о них можно сказать, что среди тех, кто почувствовал ухудшение, доля живущих совместно возросла в большей степени, чем среди тех, кто почувствовал улучшение. Можно предположить наличие связей по двум линиям: служащие в трудной ситуации находят больше ресурсов у своих родителей, нежели рабочие; или служащие, которые вынуждены найти решение относительно проживания с родителями, в большей степени склоняются к негативному определению их экономического положения после развода. <...>

...У разведенных женщин взаимосвязи такого рода отсутствуют. Поскольку возможности родителей вряд ли значительно отличаются для дочерей и сыновей, вторая интерпретация для мужчин могла оказаться справедливой: соединение с родителями после развода является признаком снижения уровня жизни служащих мужчин, что проявляется гораздо в большей степени, чем у рабочих. <...>

Финансовая поддержка старших родственников

Кроме повседневной помощи, которая усиливается при совместном проживании с родителями, межпоколенные связи также принимают форму денежных потоков. Неопределенный размер этих потоков делает этот вид помощи трудно определяемым, но он более распространен, чем совместное проживание. Об этом свидетельствуют поденные многочисленные положительные ответы на вопрос: «Если у вас возникли финансовые проблемы в период супружеской жизни, от кого вы получали финансовую поддержку?» — ваши родители, родители вашей жены (мужа). Это также проявляется в существенных отличиях между мужчинами и женщинами: 76% женщин получали финансовую помощь от родителей и только 55% мужчин получали такую помощь. Рассмотрим имеющиеся результаты прежде всего через относительные изменения того, что было в браке и после развода.

Рассмотрим период брачной жизни: чем он дольше, тем выше вероятность для брачной пары получать поддержку от родителей. Связь возраста при разводе с частотой финансовой помощи сильно зависит от продолжительности брака, ввиду того, что более молодая группа разведенных имеет более короткую продолжительность брака, чем более старшая.

Чтобы получить «чистое» влияние возраста (при разводе) на частоту поддержки со стороны семьи, старших родственников, нужно проводить измерения при закреплённой продолжительности брака. Например, мужчины, которые на пять лет старше (33 — 37 лет вместо 28 — 32 лет) охвачены на 18,9% меньше семейной помощью (50,5 % вместо 62,3 %) до введения такого фактора как продолжительность брака. Этот результат возрастает до 25,9 %, когда

продолжительность брака ограничена 0 — 4 годами (38,9 % вместо 52,5%), до 25,5% при продолжительности брака 5 — 9 лет и до 30,2 % — для 10— 14 лет. При введении в анализ переменной «продолжительность брака», пять лет возраста приводят к уменьшению финансовой помощи примерно на 27 %. Распространяя эту величину на 6 лет (средний интервал между датой развода и обследования в нашей выборке), получаем, что эта величина достигает 32%. <...> Ничего подобного не обнаруживается при рассмотрении семейной помощи после развода для женщин и в момент опроса для мужчин. Ни те, ни другие не испытывают влияния продолжительности периода между временем развода и обследования.

Обращение за материальной поддержкой к родным и знакомым в случае финансовых проблем отмечается у подавляющего числа семей, как в течение брака, так и после развода. Женщины чаще отмечают факт получения помощи от родителей в течение брака, чем мужчины (83 % против 66 %). В этом случае ответы женщин могут быть более точными, поскольку именно они ведут домашнее хозяйство и лучше знают о расходах семьи и поступающей безвозмездной помощи родственников. <...>

Совместное проживание молодой семьи с родителями чаще провоцирует оказание финансовой помощи со стороны родных: 88 % семей, живущих с родителями, указали на получение помощи против 75 % у тех, кто всегда жил отдельно от родных. Интересно отметить, что частота обращения за помощью не зависит от наличия в семье детей и социального статуса супругов. Только в случае незанятости мужа (не работает, студент) частота обращений за помощью несколько увеличивается; в то время как незанятость жены не приводит к увеличению потребности в дополнительной помощи со стороны родственников. После распада брака динамика частоты обращений за помощью у мужчин и женщин одинакова — она снижается (в среднем с 83 % до 79 % — у женщин; с 66 % до 57 % — у мужчин). Одним из основных показателей степени нуждаемости в материальной помощи со стороны является наличие на иждивении детей. Поскольку дети в подавляющем большинстве случаев остаются с матерью, частота обращаемости за помощью у матерей с несовершеннолетними детьми, оставшимися на их попечении, практически не меняется по сравнению с периодом до распада брака (82 — 83 %). Когда малолетних детей на иждивении нет, после развода потребности женщин в дополнительной материальной поддержке оказываются выше, чем у мужчин (67 % против 56 %), что связано с ограниченными возможностями для женщин найти высокооплачиваемую работу. <...>

Хотя Москва и Санкт-Петербург представляют один тип городов, обращение к родителям за помощью в них различают: в Санкт-Петербурге зависимость мужчин в молодой семье от родителей-

ской поддержки выражена более заметно. Выявленные различия статистически значимы на 5 %-ом уровне значимости ($t = 2,34$). Данные по другим городам свидетельствуют о большей близости поведения мужчин данным, полученным в Москве, нежели в Санкт-Петербурге. Жизнь в нестоличных городах имеет свои особенности: мужчины здесь меньше полагаются на помощь родственников; разница в доле обращающихся за помощью в других городах и в Москве статистически значима на 5 %-ом уровне ($t = 2,08$). <...>

Большая частота обращений мужчин к родителям за поддержкой в Санкт-Петербурге сохраняется и после развода. Однако финансовая зависимость от старшего поколения снизилась во всех городах. По-видимому, это может быть интерпретировано не только как эффект развода, но и как результат «взросления» мужчин. Немаловажен также эффект глобальных изменений в экономике. Различия между типами городов стали менее выражены. Незначительным оказалось изменение обращения за помощью в нестоличных городах. <...>

Заключение

Рассмотренные аспекты межсемейной кооперации еще раз подтвердили ее значимость для молодой семьи. Роль помощи со стороны старших родственников неоднозначна. Можно предполагать, совместное проживание молодой семьи с родителями негативно влияет на стабильность брака. Этот вывод мы делаем на основании сравнения доли живших с родителями среди разведенных мужчин и женщин (свыше 60 %), и результата, который был получен нами в обследованиях, проведенных в 70-х годах [XX века]: доля проживающих с родителями не превышала — 25 %. Значительная распространенность совместного проживания среди разведенных может свидетельствовать о негативном влиянии старшего поколения.

В дореформенный период межсемейные связи носили характер компенсации дефицита товаров и услуг и выражались в помощи по уходу за детьми, покупке и доставке продуктов. Экономические реформы несколько трансформировали эти отношения. Проведенное нами обследование в рамках проекта INTAS «Семья после развода» показало, что повысилась частота финансовой помощи со стороны родственников, причем это сказалось на поведении мужчин в молодой семье. Женщины в молодой семье чаще мужчин обращаются за финансовой помощью к родственникам (82 %), но на эту частоту изменение экономической ситуации не повлияло, тогда как мужчины стали обращаться чаще. Если до 1993 г. доля обращающихся составляла 57 %, то в период 1993— 1998 гг. она возросла до 66 %. Разница в этих величинах превышает ошибку выборки и является значимой. В определенной степени эти ре-

зультаты могут рассматриваться как свидетельство того, что у пенсионеров финансовое положение не так уж плохо, в случае получения как пенсии, так и заработной платы. Для таких пенсионеров большое значение имеет развитие моральных форм поддержки, как со стороны родственников, так и общественных организаций, клубов по интересам, групп здоровья и т.д.

О. В. Краснова РОЛЬ БАБУШКИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ¹

Проблема родительства гораздо лучше исследована в специальной литературе, чем проблема прародительства. Так, родительская забота о потомстве достаточно глубоко проанализирована с точки зрения и филогенеза, и онтогенеза, тогда как последние работы о «бабушках»/«дедушках» характеризуются поверхностным взглядом на роль «прародителя», рассмотрение нередко ограничивается бытовыми, житейскими представлениями. Очень часто пожилых женщин и мужчин называют бабушками и дедушками, несмотря на их семейное положение, т. е. независимо от того, есть у них внуки или нет.

Трудно ответить на вопросы о том, какие социальные факторы определяют положение пожилых людей в семье и их нормативные образцы поведения, а также в чем заключается роль «прародителя» и насколько она важна для пожилого человека (в частности, насколько важна роль бабушки для женщины среднего и пожилого возраста). Как зарубежные, так и отечественные исследования не позволяют ответить на вопрос о степени и качестве участия пожилых людей в семейной жизни. <...>

Нами было проведено исследование взаимоотношений старших и младших поколений в семье (бабушек/дедушек и внуков) и роли старшего поколения в жизни семьи [Краснова О.В., 1999]. Было опрошено 85 имеющих внуков москвичей, при этом использовалась специально разработанная анкета, в которую вошли вопросы, касающиеся разных сфер общения, деятельности и представлений бабушек/дедушек о воспитании внуков.

Ответы на часть поставленных вопросов были заранее сформулированы. Другая часть предполагала самостоятельное формулирование респондентами ответов.

В качестве одной из гипотез мы исходили из того, что у пожилых людей существуют «стили прародительства» по отношению к внукам в такой же степени, в какой они существуют у родителей

¹ Краснова О. В. Роль бабушки: сравнительный анализ // Психология зрелости и старения. - 2000. — № 2. - С. 89— 114

по отношению к своим детям. Эта гипотеза не подтвердилась, но проведенное исследование позволило выделить этапы «прароди-тельства» и типы бабушек, а также объяснить динамику семейной жизни пожилых женщин в условиях большого города. Кроме того, были изучены роли старшего поколения в семье и их соответствие нормативным и личностным моделям поведения. Основным выводом исследования заключался в том, что стадии «прародительства» женщин, живущих в большом городе, зависят от возраста внуков, социального статуса бабушек и состояния их здоровья.

Метод

Для проведения исследования была доработана анкета, применявшаяся в пилотажном исследовании. Было опрошено 123 имеющих внуков женщины из небольших городов Подмосковья (Щелково, Фрязево, Монино) в возрасте от 40 до 85 лет.

Анализ полученных результатов осуществлялся по тем же параметрам, которые использовались в пилотажном исследовании: образование, совместное или раздельное проживание с детьми, наличие работы, характер родственных связей (внук от дочери или от сына, внуки от дочери и сына). Обработка результатов осуществлялась с помощью компьютерной программы SPSS. Для того чтобы результаты можно было сравнивать между собой, из московской выборки пилотажного исследования выделена группа из 69 женщин.

h Результаты и их обсуждение

Для обработки полученных результатов мы применили тот же способ выделения групп по возрастам, что и в пилотажном исследовании, т.е. разделили всех респондентов на три группы. Первая группа— до 55 лет (выбранная возрастная граница связана с официальным выходом на пенсию). Вторая группа включает респондентов от 55 до 65 лет (как правило, они переходят в группу «пенсионеров» и имеют внуков в возрасте до 10—11 лет, которые в значительной степени нуждаются в опеке со стороны бабушек). Наконец, третья группа — бабушки старше 65 лет (внуки этой группы обычно старше 10 лет и соответственно в меньшей степени нуждаются в опеке со стороны старшего поколения).

После этого с помощью кластерного анализа были выделены критерии — «типы поведения», под которыми подразумеваются все разновидности совместных занятий бабушек с внуками. Затем каждый параметр обсчитывался и анализировался в отношении этого критерия. Рассмотрим эти параметры.

Совместные занятия бабушек с внуками

Проанализировав ответы о совместном времяпрепровождении бабушек и внуков, мы получили пять типов поведения для жительниц Подмоскovie. Таким образом, для женщин, имеющих внуков, и в больших, и в малых городах характерны пять типов времяпрепровождения со своими внуками, которые мы будем в дальнейшем называть типами поведения (см. табл.).

Типы проведения досуга бабушек с внуками

Тип поведения	Виды совместной деятельности внуков и бабушек, живущих в большом городе	Тип поведения	Виды совместной деятельности внуков и бабушек, живущих в малых городах
1	Бабушки только читают внукам и гуляют с ними на улице	1	Бабушки только смотрят телевизор и читают внукам
2	Смотрят телевизор с внуками, читают, обсуждают книги и просмотренные телепередачи, играют и гуляют с ними	2	Смотрят телевизор, гуляют с внуками, иногда играют с ними
3	Смотрят телевизор и обсуждают телепередачи с внуками, играют с ними, помогают делать уроки, посещают театры и выставки	3	Смотрят телевизор и обсуждают телепередачи с внуками, играют с ними, помогают делать уроки, посещают театры и выставки
4	Проводят вместе только лето (например, на даче)	4	Проводят вместе только лето (например, на даче)
5	Только гуляют с внуками или гуляли, когда внуки были маленькими	5	Только разговаривают с внуками (иногда вместе пьют чай)

Нетрудно видеть, что самым активным типом поведения всех бабушек является третий, когда они не только гуляют с внуками и читают им, но и помогают делать уроки, занимаются их культурным просвещением, посещая вместе с ними театры, выставки и обсуждая телепередачи. Тем не менее в целом отмечается своеобразная «бедность» совместных занятий бабушек и внуков. Самыми распространенными видами совместного времяпрепровождения являются прогулки, чтение и просмотр телевизионных передач. Отсутствуют игровые, спортивные и обучающие занятия

(например, такие, где бы бабушки учили готовить, мастерить, вышивать, шить или активно поддерживали «здоровый образ жизни» вместе с внуками).

Поэтому типы, выделенные в пилотаже и отнесенные нами к «формальному» (первый и второй), «активному» (третий) и «далекому» (четвертый и пятый), сохраняются в основном исследовании.

Формальный тип поведения — чтение, прогулки и просмотр телепередач — требует от бабушек не больших усилий, а, скорее, времени; это «приятные» дела, которые полезны и самой бабушке.

Активный тип — игры, уроки и культурное проведение досуга — требует, кроме времени, некоторого напряжения и усилий, как моральных, так и физических.

Далекий тип — совместный летний отдых бабушек с внуками — предполагает, что первые занимаются не только хозяйственно-бытовым обслуживанием внуков, например приготовлением обедов, стиркой и пр., но и дачно-огородными делами, к которым иногда привлекают внуков; однако в этом случае отсутствуют совместные игры, чтение и др.

Разговоры и воспоминания остаются единственным видом совместных занятий в редкие встречи бабушек и внуков.

Фактор возраста

...До 55 лет, т.е. до выхода на пенсию, большая часть бабушек обеих групп в основном занимается с внуками «формально». Преобладающим видом совместного времяпрепровождения являются прогулки и просмотр телевизионных передач. Однако с момента выхода на пенсию их поведение изменяется и включает «активный» и «далекий» типы поведения. В дальнейшем (после 65 лет) наблюдаются все типы поведения.

Таким образом, прослеживается связь (которая впервые была обнаружена в пилотажном исследовании) между возрастом бабушек и типом их поведения с внуками. Обращает на себя внимание то, что после выхода на пенсию формальное поведение бабушек начинает меняться в сторону «удаления» от внуков или «сближения» с ними.

Кроме того, в пилотажном исследовании мы предположили, что на тип поведения бабушки, возможно, влияет еще один фактор — возраст внука. К первой и частично ко второй возрастным группам относятся в основном бабушки, возраст внуков которых до 10 — 11 лет (нуждающихся в опеке со стороны старшего поколения). Среди внуков бабушек, относящихся к старшей возрастной группе, больше подростков и молодых людей, с которыми уже не нужно гулять, не нужно читать им, поэтому основным видом общения становятся беседы с ними или совместное проведение лета на даче.

Посмотрим, как взаимосвязаны тип поведения бабушек и возраст внуков. С этой целью мы разделили всех внуков на три группы. В первую группу вошли те, чей возраст не превышает 11 лет. Вторая группа представлена внуками старше 11, но младше 18 лет (подростки). Третья группа — внуки старше 18 лет. <...>

[Оказалось], что анализировать данные надежнее не с точки зрения возрастных групп бабушек, а с точки зрения возрастных групп внуков. То есть большая вероятность обеспечена при сравнении показателей с возрастными группами внуков, и на тип поведения бабушек оказывает влияние возраст внуков. <...>

В период, когда младшему члену семьи требуются внимание, а также уход и помощь со стороны старшего поколения, бабушки формально выполняют свои обязанности, т.е. гуляют с ними, читают им или вместе смотрят телевизор. Большая вероятность выполнения бабушками своих обязанностей обеспечена в случае, если их возраст до 65 лет, а возраст внуков — до 11 лет. По мере того как дети подрастают, они все меньше нуждаются в помощи со стороны старшего поколения. При этом объем обязанностей бабушек по отношению к ним уменьшается и увеличивается число разнообразных видов совместной деятельности, т.е. бабушки включаются в обучающие или воспитательные виды деятельности (помогают делать уроки, водят внуков в театры, на выставки и т. д.). Когда внуки вырастают, достигают 18 лет, бабушки, становясь также старше (после 65 лет), «отходят» от внуков и ограничиваются небольшим числом видов общения с ними (совместным проведением лета, или просмотром с ними телепередач, или просто разговорами). Небольшое отличие московских бабушек от подмосковных заключается в том, что первые уделяют больше внимания воспитательным, обучающим и культурным видам занятий с внуками, чем вторые. Прослеживается очевидная связь типа поведения с возрастом, вернее, с выходом на пенсию: бабушки, достигнув 55 лет, меняют тип поведения с внуками. Поэтому закономерно возникает вопрос о связи типа поведения с фактором продолжения работы.

Трудовая деятельность

Сравним взаимосвязь фактора продолжения трудовой деятельности с типами поведения. <...>

В качестве критерия важности работы выступает доверительный уровень — *p*. Его относительно небольшое значение для выборки московских бабушек показывает, что фактор работы является значимым при выборе типа поведения с внуками. Работающие (как правило, более молодые, до 65 лет) бабушки могут выполнять свои обязанности «бабушек» только в свободное от работы время и, как правило, учитывая условия большого города (на-

пример, значительные расстояния между домами родителей и взрослых детей при раздельном проживании), только в выходные дни. Эти данные подтверждают предыдущие результаты, а именно, что только после выхода на пенсию бабушки или вовлекаются в совместную деятельность с внуками, или ограничивают ее.

Для выборки подмосковных бабушек влияние работы на тип поведения не является дифференцирующим ($p = 0,724$ — достаточно большое значение). Поэтому группы работающих и неработающих бабушек из Подмосковья с разными типами поведения не различаются между собой. Итак, формальный переход в группу «пенсионеров» играет определенную роль при выборе типа поведения только для бабушек, живущих в условиях большого города. Они, выйдя на пенсию, или отстраняются от процесса воспитания и общения с внуками, или начинают общаться с ними уже на другом, более тесном уровне.

Фактор образования

Сопоставление уровня образования и типа поведения московских бабушек показало, что «активный» тип поведения, который соответствует наибольшей вовлеченности в воспитание и обучение внуков, характерен для женщин, имеющих среднее образование. Пятый тип поведения бабушек, при котором общение с внуками сводится к минимальному, характерен для тех, кто имеет высшее образование. Остальные типы равномерно распределены по уровням образования. Аналогичная картина наблюдается и у подмосковных бабушек. Более того, если в первой выборке не были представлены женщины с начальным или незаконченным средним образованием, то в подмосковной выборке присутствуют три группы бабушек: с высшим, средним и неполным средним образованием. Обнаружено, что чем ниже уровень образования, тем больше бабушка «вовлечена» в совместную деятельность с внуком.

Таким образом, более высокий уровень образования бабушек не способствует их большей включенности в совместную деятельность с внуками.

Проживание в семье (условия проживания)

...Как совместное с детьми и внуками, так и одинокое проживание способствуют большей вовлеченности московских бабушек в жизнь своих внуков. При этом часть одиноких бабушек активно включается в совместную деятельность, другая ограничивается тем, что проводит с внуками лето. Для тех, кто живет отдельно от детей и внуков, но с мужем, характерны все типы по-

ведения, кроме «активного». Такие бабушки не принимают участия в процессе обучения и культурного просвещения внуков («формальный» или «отстраненный» тип поведения). Таким образом, можно сказать, что бабушки-москвички, проживающие с детьми и внуками, «активно» или «формально» проводят свой досуг с ними. Проживающие только с мужем имеют «формальный» или «далекий» типы поведения. Одинокие или активно занимаются с внуками, или отдаляются от них, сводя свое взаимодействие и общение с ними к минимуму. Для бабушек из Подмосковья, живущих в больших семьях, характерны все типы поведения. Те, кто живет только с мужем, похожи в своих типах поведения на одиноких бабушек из Москвы. И, наконец, одинокие похожи на тех москвичек, которые живут в больших семьях. ...Одинокие бабушки и из Москвы, и из Подмосковья, старше 65 лет, имеющие внуков старше 18 лет, демонстрируют самые «далекие» типы поведения. Это дает основания с высокой долей вероятности предполагать, что разобщение старшего и младшего поколений характерно и для тех бабушек, которые проживают в большом городе, и для тех, кто живет в малых городах. Кроме того, это заставляет обратить внимание на то, что разобщение начинается с определенного возраста как бабушек (старше 65 лет), так и внуков (после 18 лет).

Родственные связи и частота контактов

...Московским бабушкам, имеющим внуков от дочерей, и подмосковным бабушкам, имеющим внуков от сыновей, свойственны все типы поведения, хотя только у бабушек (всех групп), имеющих внуков от дочерей, самое большое количество встреч или контактов с внуками. Большинство из них проживают совместно, а такой тип проживания способствует большей включенности старшего поколения в совместную деятельность. Те, кто имеет внуков от сыновей, несколько реже встречаются с внуками, московские бабушки в основном по выходным дням или праздникам, а подмосковные — несколько раз в неделю. Представители этой группы чаще, чем остальные, видятся с внуками только несколько раз в году. Основное отличие подмосковных бабушек от московских заключается в том, что первые, имея внуков и от сына, и от дочери, продолжают встречаться с внуками каждый день или несколько раз в неделю. Московские бабушки, имеющие внуков и от сына, и дочери, характеризуются либо «активным», либо «далеким» типом поведения. Для московских бабушек именно эту группу можно назвать самой «далекой» по числу контактов (встречи с внуками по праздникам или один раз в месяц, а то и в год). Таким

образом, с чрезвычайно малой вероятностью ошибки можно сказать, что тот факт, от кого (сына, дочери или от обоих) пожилые люди, проживающие и в мегаполисе, и в малых городах, имеют внуков, значительно влияет на число их контактов с внуками.

Итак, основной вывод пилотажного исследования, проведенного на выборке московских бабушек, подтвердился: типы поведения бабушек по отношению к внукам зависят в первую очередь от возраста их внуков, в меньшей степени от возраста самих бабушек, их уровня образования, условий проживания и характера семейных связей. При этом продолжение трудовой деятельности не влияет на степень участия в воспитании внуков бабушек из малых городов. Уровень образования имеет обратную зависимость, т. е. чем выше степень образования, тем больше «отстраненности» во взаимоотношениях с внуками. <...>

Представления/мнения бабушек о помощи детям в воспитании внуков

...На представления и мнения бабушек о помощи детям в воспитании внуков самое большое влияние оказывают условия их проживания и несколько меньшее — возраст внуков. <...> Бабушки, живущие в семьях и имеющие внуков в возрасте до 18 лет, в наибольшей степени отвечают ожиданиям взрослых детей в их участии в воспитании внуков. Бабушки, живущие одиноко, считают, что они должны помогать детям только в случае крайней необходимости ($p = 0,002$). Наконец, бабушки, живущие отдельно от детей и внуков, но с мужем, предпочитают «не мешать родителям самим воспитывать своих внуков» или «помогать по мере сил» ($p = 0,004$ и $0,021$ соответственно). Тем самым, представления бабушек о своем участии в воспитании внуков определяются ожиданиями членов семьи и социальными установками каждой конкретной семьи. <...>

Участие бабушек в процессе воспитания внуков и ухода за ними

Большая часть московских бабушек (старше 65 лет, с высшим образованием) подчеркнули, что внуки воспитывались мамой или обоими родителями, хотя они помогали ухаживать за ними на протяжении первых двух лет. Почти во всех группах отмечено, что самостоятельности ребенка учили его родители или только мама.

Чаще всего внуки появились у бабушек в 47 — 51 год, т.е. в предпенсионный период, когда им необходимо было по существовавшему тогда законодательству «заработать» себе пенсию. Может быть, поэтому так невелика была доля участия бабушек (даже совместно проживающих с детьми) в уходе за внуками.

Однако и сейчас старшее поколение в семье не имеет определенных обязанностей по отношению к самому младшему. На вопрос, есть ли у них такие обязанности, бабушки отвечали однозначно «да» или «нет», иногда поясняли, что в них входит: «кормление», «прогулки», проводы в школу, детский сад или секцию и встречи из них. Только треть московских бабушек смогла идентифицировать свои обязанности, которые имеют хозяйственно-бытовую направленность.

Самые незначимые показатели «кормления», «прогулок» и пр. оказались у бабушек старше 65 лет и бабушек, живущих отдельно.

Для подмосковных бабушек вопросы о том, кем воспитывались внуки и кто учил их самостоятельности, оказались не дифференцирующими, так же как и вопрос об обязанностях бабушек по отношению к внукам. Наиболее важным оказался вопрос: есть ли такие обязанности вообще или их нет ($p = 0,000$). Большинство бабушек затруднились сформулировать ответ. Многие просто его пропустили. При подсчете обнаружена высокая значимость фактора «отсутствие таких обязанностей» у бабушек внуков в возрасте старше 18 лет и «наличие таких обязанностей» («прогулки», «проводы и встречи в/из школы, д/с», «кормление») у бабушек внуков в возрасте до 18 лет ($p = 0,001$).

Роль старшего поколения в семье

...До выхода на пенсию московские бабушки видят себя в семье «воспитателями внуков» и «добытчиками», «работниками». Может быть, потому, что многие из них продолжают трудовую деятельность и/или живут отдельно от детей, их участие в процессе воспитания внуков достаточно формально. С выходом на пенсию они начинают приписывать себе все роли, включая «помощь по хозяйству», «сохранение семейных традиций» и «передачу профессиональных знаний». Типы их поведения в этот возрастной промежуток могут быть самыми различными: от «формального» до «активного» или «далекого». Скорее всего, факт выхода на пенсию и приобретение статуса «пенсионера» определяет паттерны их дальнейшего поведения и приписывания себе всего спектра ролей, которые опосредованы социальными нормами и ожиданиями общества и малой группы (семьи, группы общения, друзей).

В старшей возрастной группе происходит своеобразный «переворот» ролей: пропадают те, которые характерны для предпенсионного возраста, и остаются только те из пенсионного периода, которые свидетельствуют о «профессиональном и жизненном опыте» и «мудрости». Эти роли также зависят от ожиданий общества, но опосредованы личностными нормами, ожиданиями малой социальной группы и, вероятно, состоянием здоровья, которое с возрастом ухудшается.

Однако необходимо заметить, что во многих анкетах наблюдались явные противоречия в высказываниях, несовпадение социальных представлений о «роли бабушки» и личностных аспектов поведения. Это позволило нам предположить, что в своих ответах о роли в семье московские бабушки исходили из социальных представлений и норм о «роли бабушки», а не из своего поведения [Краснова О. В., 1999].

Несколько иную картину мы наблюдаем у подмосковных бабушек. До 55 лет они приписывают себе все роли (в отличие от московских). Затем, с 55 до 65 лет у них остаются только роли «воспитателя внуков», «помощника по хозяйству» и «стратегического учителя (передавать профессиональные знания детям, ученикам)». Наконец, к 65 годам сохраняется только одна роль — «сохранять семейные традиции».

...В группе подмосковных бабушек ответы «помогать по хозяйству», «передавать профессиональные знания» и «сохранять семейные традиции» имеют очень высокие значения *p*, поэтому характеристика этих ролей по возрастным группам однородна и вопросы о приписываемых ролях бабушек в семье — не дифференцирующие.

Таким образом, после достижения определенных возрастных границ пожилые женщины начинают приписывать себе роли, соответствующие статусу «пенсионера», «бабушки», «пожилого человека». Если роль бабушки заключается в том, чтобы «воспитывать внуков», то без учета содержания этого «воспитания» можно сказать, что они ощущают себя «бабушками» примерно до 65 лет, или до того возраста, пока внуку или самому младшему внуку, не исполнится 18 лет. Примерно с этого возраста молодой человек начинает самостоятельную жизнь: поступает в вуз, идет в армию, может завести семью. Уменьшаются его/ее контакты с бабушками, а иногда и с родителями.

Затем бабушки начинают считать себя «пожилыми» или «старыми» женщинами, которые «сохраняют семейные традиции», однако эта роль крайне расплывчатая, не дифференцирующая и, скорее всего, социально желательна в условиях ролевой неопределенности, в которых они оказываются (к этому же возрасту они часто остаются одинокими, т.е. теряют мужа, дети — взрослые, внуки выросли, сами женщины уже не работают).

Поэтому можно говорить о том, что бабушки, достигнув определенного позднего возраста, сохраняют «далекий» тип поведения: добровольное ли это отстранение бабушек от семейной жизни или насильственное отправление их «в отставку». Например, одна пожилая женщина 75 лет на вопрос о воспитании внуков ответила: «Не доверяли», и ее основная проблема — одиночество, внуков она видит крайне редко, один-два раза в году.

Можно сделать вывод о том, что вклад старшего поколения в семейную жизнь и спектр их ролей зависят не только, как мы

указали выше, от их возраста и возраста внуков, образования, условий проживания и видов родственных связей, но и от социальных норм, личностных особенностей пожилого человека, общественных потребностей и ожиданий.

Обсуждение результатов

Выделенные в пилотажном исследовании три стадии «прародительства» женщин, живущих в большом городе, сохраняются и для женщин, проживающих в малых городах.

Первой стадии соответствует группа «молодых» бабушек. Она начинается в среднем с 47 лет — 51 года, т.е. тогда, когда в семье появляется внук. Этот возраст молодых бабушек совпадает с их активной трудовой деятельностью. Однако они берут на себя долговременные обязанности по уходу и/или помощи в уходе за внуком по мере сил и возможностей. В основном занимаются обслуживанием семьи и внуков, т.е. «кормлением», «прогулками» и прочими делами, которые имеют хозяйственно-бытовую направленность. Эти домашние обязанности молодой бабушки по отношению к семье взрослых детей носят долгосрочный характер.

Молодые бабушки, оказав помощь детям в первые годы жизни внука в уходе за ним, в дальнейшем не перестают помогать в хозяйственно-бытовых делах, в уходе за ребенком — продолжают «кормление», «прогулки» и пр., хотя объем выполняемых обязанностей уменьшается.

Вторая стадия начинается после того, как внук достигает 10 — 11 лет и бабушка в возрасте 58 — 62 лет переходит в группу «старых» бабушек. «Старая» бабушка уже в меньшей степени помогает семье взрослых детей, количество ее обязанностей по отношению к внукам сокращается.

Появляется новый вид общения с внуками, которое происходит уже на другом уровне в связи с тем, что отпадает роль ухода за ребенком.

Третья стадия «прародительства» начинается тогда, когда вырастают внуки и, вероятно, у взрослых детей и выросших внуков появляются обязанности по отношению к старшим членам семьи, которые сами начинают нуждаться в помощи и уходе в связи с ухудшением здоровья. На этой стадии происходит «переворот» ролей — меняется баланс независимости и автономии членов семьи. Однако большинство пожилых женщин не согласны с таким поворотом событий и поэтому сами «отходят» от семьи, предпочитая раздельное от детей и внуков проживание и мотивируя это тем, что их «пока еще ноги носят».

Исследование подмосковных бабушек подтвердило типологию, впервые выявленную в пилотажном исследовании (более подробно см. [Краснова О.В., 1999]). Таким образом, на каждой стадии «прародительства» возможны различные типы бабушек, каждому

из которых соответствует свой стиль участия в жизни семьи и воспитании внуков: «обычная (формальная)», «отстраненная (символическая)», «увлеченная (активная)» и «далекая». Однако исследование подмосковных бабушек позволило определить, что именно среди бабушек увлеченного типа встречаются своего рода разновидности «увлеченности». <...> Например, как разновидность «увлеченной» бабушки четко прослеживается тип «суррогатной родительницы». Это те бабушки, которые заняты исключительно хозяйственно-бытовыми делами по уходу за внуками, их обслуживанию. В обязанности этих бабушек входят все вопросы, связанные с доставкой продуктов, приготовлением пищи, соблюдением чистоты в доме, проводы маленьких внуков в школу или в детский сад, встречи их оттуда. «Бабушка-соперница» и «бабушка-жертва» (по типологии Спиваковской) — тоже виды увлеченных бабушек.

Выделенные типы бабушек подтверждают высказанное в пилотажном исследовании предположение о динамике семейной жизни пожилых женщин и позволяют связать старение со стадиями жизненного цикла.

С рождением внука женщина, которая в большинстве случаев работает, часто становится «обычной» бабушкой. Первые годы своего «прародительства» она, не прекращая основной работы на производстве, помогает в домашних делах семье детей. Общение и совместная деятельность с внуком часто ограничиваются формальными видами деятельности. При этом не играют роли условия ее проживания (в большой семье, или только с мужем, или одиноко).

Иногда бабушка становится «символической», ничего не меняя в своем образе жизни. Несколько реже бабушка становится «увлеченной» или «далекой». Как мы отметили выше, это зависит от многих факторов, в первую очередь — от социальных норм общества, от личностных норм самой бабушки и условий ее проживания.

По мере того как внук вырастает и все меньше нуждается в опеке бабушки, она из группы «обычных» («формальных») бабушек переходит в одну из трех других групп, т.е. становится или «увлеченной», переходя на более тесный уровень общения с внуком, или «отстраненной» («символической») бабушкой, сокращая количество и качество контактов с внуком, или «далекой», практически прекращая общение с ним. При этом имеют значение условия ее проживания и уровень образования. Если она живет в большой семье, очень мала вероятность того, что будет относиться к группе «символических» или «далеких» бабушек. Среднее и незаконченное среднее образование, в отличие от высшего, способствуют тому, что она будет больше вовлечена в проблемы своих внуков.

Если бабушка изначально, т.е. с первого этапа прародитель-ства, относится к типам «увлеченной», «отстраненной» или «далекой», то и в дальнейшем она не изменяет тип своего поведения и отношений с внуками, если условия ее проживания остаются постоянными.

Кроме того, исследование позволило предположить, что на тип поведения бабушки влияет возраст, в котором женщина становится бабушкой. Как было отмечено выше, «обычные» бабушки — это те, кто стали бабушками в 49 лет — 51 год. Более молодые женщины, становясь бабушками, например, в возрасте чуть более 40 лет, демонстрируют «далекий» тип отношений к внукам. Наоборот, если женщина становится бабушкой в 60 лет, то велика вероятность того, что она станет «увлеченной» бабушкой. Роль бабушки женщина исполняет в соответствии с рядом социальных и социально-психологических факторов (социальные и личностные нормы, ожидания и пр.) до тех пор, пока не вырастают внуки. Затем эта роль себя исчерпывает, женщина перестает быть «бабушкой» и становится «пожилой» или «старой» женщиной. Но ее последующий период жизни чаще всего зависит от того, насколько ответственно она играла роль бабушки, какой бабушкой она была.

Ю.М.Данилов

СЕМЕЙНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА И ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОЙ КОМПЕНСАЦИИ¹

В ряде работ, посвященных психологическим и медико-социальным проблемам геронтологии и реабилитации [Александрова М.Д., 1974; Александровский Ю.А., 1976 и др.], показано, что существуют межличностные проблемы, одинаково значимые для всех людей пожилого и старческого возраста. Они связаны с реальными изменениями, которые неизбежно приносит старость в состояние здоровья, социальное положение, круг общения, характер и общий стиль жизни человека.

Одним из условий, смягчающих или, наоборот, усиливающих неблагоприятные последствия прекращения профессиональной деятельности после выхода на пенсию, а также неизбежных в старо-

¹ Данилов Ю. М. Семейные отношения психически больных позднего возраста и проблема психической компенсации // Психосоциальные и биологические факторы в патогенезе и лечении психических расстройств позднего возраста: Республиканский сборник научных трудов. Т. 14/ Под ред. А.У.Тиболовой, Е. М. Мельника. — Л.: Изд. Ленингр. научно-исследовательского психоневрологического ин-та им. В.М.Бехтерева.- 1986. - С. 76-81.

сти недугов и болезней, смерти супруга и других «потерь» старения, предстает характер взаимоотношений старого человека с семьей и другим ближайшим окружением.

Эти отношения у психически здоровых пожилых людей, как и у больных, могут складываться благополучно, либо (в силу разных причин, о которых будет сказано ниже) быть напряженными, но без внешних, явных признаков разлада и, наконец, могут оказаться открыто конфликтными и взаимонеприемлемыми. Однако у психически больных — в отличие от здоровых пожилых — семейные отношения оказываются чаще открыто конфликтными [Данилов Ю. М., 1984]. Этим объясняются попытки интерпретации их в патогенетическом плане, пока не нашедшем убедительных доказательств [Мягер В. К., 1975]. В то же время практическое значение характера внутрисемейных отношений для медико-социальной адаптации больных исключительно велико. Именно в связи с этим целесообразно поставить вопрос о взаимосвязи между характером заболевания, уровнем психической компенсации при психозах позднего возраста и различными вариантами семейных отношений больных.

При гармоничных взаимоотношениях семья выполняет по отношению ко всем своим членам психотерапевтическую функцию [Цыцарев СВ., 1986]. Она реализуется путем оказания эмоциональной поддержки, предоставления условий для эмоционального отреагирования, поддержания чувства своей полезности и необходимости и т. д.

При этом важно подчеркнуть, что на разных этапах жизненного цикла семьи [Александровский Ю. А., 1976; Kephart, 1972] ее функции по отношению к личности меняются. В молодом и зрелом возрастах супруги играют активную роль в семье и имеют возможность произвольно регулировать наступление тех психологических перемен, которые неизбежно должны происходить в процессе развития внутрисемейных отношений.

В пожилом и старческом возрастах, несмотря на усиливающуюся потребность именно в семейном общении (поскольку другие сферы общения по разным причинам полностью или частично «заблокированы» для стариков), лидерские функции в семье почти всегда утрачиваются, появляется переживание собственной несостоятельности, беспомощности.

Основная психологическая функция семьи для старика состоит в оптимизации условий для поддержания у него представления о собственной необходимости и полезности для других, что поддерживает чувство осмысленности и наполненности жизни.

В связи с этим понятно, почему старики, занимающиеся воспитанием внуков, ведением домашнего хозяйства и т. п., значительно более компенсированы в нервно-психическом плане, чем

одинокое или находящиеся в социально-психологической изоляции [Дифференцированные лечебно-восстановительные методы при психических заболеваниях в позднем возрасте, 1982. <...> Имеющиеся в этой области данные социологических и психологических исследований [Александрова М.Д., 1974; Френкель З.Г., 1940; Бурмин И. А., 1966; Давыдовский И. В., 1966] позволяют предположить, что психологическое благополучие старых людей (например, кавказских, киргизских, японских долгожителей), наряду с другими факторами, объясняется особым положением стариков в патриархальных семьях, где у них сохраняется возможность активно участвовать в жизни семьи и в какой-то мере управлять происходящими в ней процессами [Паниев Н.В., 1959; Леонтьева В.Н., 1963; Латышев И.И., 1985].

Семья, однако, в настоящее время чаще недостаточно либо вовсе не реализует эти функции по отношению к старикам [Дифференцированные лечебно-восстановительные методы при психических заболеваниях в позднем возрасте, 1982; Данилов Ю. М., 1984]. В зависимости от характера семейных отношений и индивидуально-психологических особенностей стариков (в первую очередь, их адаптационных ресурсов) в семьях выявляются разные формы приспособления к новой семейной роли; как путем выработки новых стереотипов семейного воздействия, так и посредством компенсации в других сферах отношений (например, в общественной работе и т.п.). При психических заболеваниях также действует указанный психологический механизм, хотя и имеет свою специфику. В проведенном нами исследовании установлено, что в зависимости от клинических особенностей заболевания, степени личностных изменений, установок и ценностных ориентации больные по-разному воспринимают отношение к ним со стороны здоровых членов семьи и различаются по способности адаптироваться к изменениям семейной ситуации.

Приводим основные результаты. В работе ставились следующие задачи:

- 1) попытаться определить, влияет ли характер психического заболевания на отношение семьи к пожилым больным;
- 2) выявить, имеются ли различия в восприятии больными стариками отношения к ним родственников;
- 3) уточнить, какова наиболее реальная задача семейной психотерапии, т.е. определить возможности психологической коррекции семейных отношений у психически больных старых людей.

Для решения поставленных выше вопросов нами проведено обследование двух групп больных пожилого возраста, находившихся на стационарном лечении в отделении гериатрической психиатрии НИИ им. В. М. Бехтерева.

Первая группа состояла из 69 больных, 56 из них страдали атеросклерозом сосудов головного мозга, 13 — гипертонической болезнью. Средний возраст составил 68 лет. Мужчин было 22, женщин — 47.

Хроническими соматическими заболеваниями в степени легкой или умеренно выраженной декомпенсации страдали 27 человек; часто обостряющиеся соматические болезни с грубо выраженной декомпенсацией, частичным ослаблением способности к самообслуживанию наблюдались у 38 больных; у 4 человек отмечалась полная соматическая декомпенсация, они постоянно нуждались в постороннем уходе.

На передний план в клинической картине у 27 больных выступало слабоумие с амнестической дезориентировкой, либо амен-тивноподобное состояние спутанности. У части этих больных выраженное слабоумие сопровождалось тревогой и психомоторным беспокойством с грубыми поведенческими расстройствами; соматические нарушения, осложнявшие картину основного заболевания экзогенным налетом, наблюдались у 4 больных.

Что касается микросоциального окружения, то 9 (13 %) больных жили с супругом, 23 (33,4 %) — с супругом и детьми, 37 (53,6 %) — с детьми или дальними родственниками. Средний возраст «основного опекуна» составил 66 лет, среди них хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта в степени легкой декомпенсации страдали 42 (60,8 %) человека; тяжелыми, часто обостряющимися заболеваниями с умеренно выраженной декомпенсацией — 18 (26 %) человек (у них способность оказывать помощь больному была частично снижена); грубая декомпенсация из-за тяжелых заболеваний, выраженное снижение способности обслуживать больного было у 9 (13 %).

У больных этой группы наблюдалась наиболее выраженная психическая и социальная дезадаптация, и именно здесь с особой силой «звучал» характер внутрисемейных отношений в связи с трудностью содержания больных в домашних условиях. Эти трудности значительно усугубляли возраст и соматические заболевания большинства опекунов. Наблюдались следующие типы отношения к больному старику: в 43 семьях родственники отказывались от старика и стремились поместить его в стационар; в 20 семьях больных старались «удержать», причем главным образом это было обусловлено рентными, меркантильными установками близких (использование жилплощади больного, его пенсии, автомашины, дачи и др.).

Вторую группу обследованных составили 56 больных с функциональными психозами; 13 человек страдали инволюционным психозом, 24 — маниакально-депрессивным и 19 — шизофренией. Средний возраст — 66,8 лет. Мужчин было 12, женщин — 44.

В период обследования параноидный синдром выявлен у 22 больных, тревожно-депрессивный — у 25, меланхолический — у 4, астено-депрессивный — у 2, апато-абулический — у 3 больных. Психопатологическая симптоматика лишь в периоды обострения резко нарушала поведение больных, что приводило к помещению в стационар.

Хроническими соматическими заболеваниями в степени легкой или умеренно выраженной декомпенсации страдал 41 больной; тяжелыми, часто обостряющимися соматическими болезнями с грубо выраженной декомпенсацией, частичным снижением способности к самообслуживанию — 10, полная соматическая декомпенсация, постоянная нуждаемость в постороннем уходе наблюдалась у 5 больных.

Переходя к рассмотрению ближайшего окружения следует отметить, что 7 больных жили с супругом, 30 — с супругом и детьми, 19 — с детьми или дальними родственниками.

Что касается «основных опекунов», то среди них женщин было 37, мужчин — 19, средний возраст — 67 лет. Хроническими соматическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы в степени легкой декомпенсации страдали 32 человека, 14 — тяжелыми, часто обостряющимися заболеваниями с умеренно выраженной декомпенсацией — у них способность оказывать помощь больному была частично снижена; грубая декомпенсация из-за тяжелых заболеваний, выраженное снижение способности обслуживать больного было у 10 человек. В группе больных функциональными психозами отношение к больным в семьях заметно отличалось от наблюдавшихся в группе больных с выраженной деменцией. Так, в 39 семьях (главным образом больных с эндогенной и инволюционной депрессиями) после выписки больных домой, помимо контроля за приемом лекарств, близкие стремились предоставить старику возможность «играть» его прежнюю «роль» и выполнять связанные с нею семейные функции, подчеркивали его значимость для семьи, не допускали изоляции. В 3 семьях наблюдался отказ семьи от больного (при апато-абулическом синдроме); в 14 семьях, несмотря на негативные установки по отношению к больным, родственники продолжали с ними жить одной семьей из конъюнктурных соображений (предстоящее получение жилплощади, сохранение в семье пенсии и т. д.).

Таким образом, клинические особенности заболевания и связанные с ними изменения личности и поведения больных существенно сказывались на отношении семей к пожилым больным.

С другой стороны, больные с функциональными психозами (преимущественно депрессиями) оказывались значительно более

чувствительными (по сравнению с больными органическими психозами) к тем положительным установкам, которые проявляли к ним члены семьи, что, может быть, делает правомерной постановку вопроса о целенаправленной коррекции имеющихся у них психических нарушений «семейными средствами». Поэтому важнейшей целью семейной психотерапии при этих нарушениях должно стать обучение семьи способам взаимодействия, при которых бы в полной мере реализовалась описанная выше психотерапевтическая функция семьи по отношению к личности больного.

СТАРЕНИЕ И РАБОТА

М. Греллер

СТАРЕНИЕ И РАБОТА: ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ¹

Большое внимание в обществе уделяется тому, чтобы помогать росту молодых людей и руководить этим процессом по мере того, как они достигают зрелости, для получения хороших рабочих мест.

Несомненно, это важно. Помощь в получении продуктивных, ценимых обществом позиций, важна для психологического благополучия молодежи и для экономического здоровья страны. Поэтому мы работаем над правильной расстановкой, обучением и профессиональным продвижением новых служащих. К сожалению, изучение карьеры заканчивается на середине жизни работника, в той точке, когда выбор профессии и продвижение в ней кажутся стабилизировавшимися.

Дальше академические исследователи и консультанты-практики обращаются к проблемам старения и угасания в пенсионном возрасте, традиционному предмету геронтологии.

Однако между серединой жизни и моментом ухода с работы лежит примерно двадцатилетний период, четверть жизни.

Большая часть этого времени заполнена работой. В связи с большим количеством людей этой возрастной группы экономика зависит от их продуктивного использования. Люди проводят так много времени на работе, что неспособность предложить им осмысленную работу или успешную смену рабочих позиций наносит ущерб качеству жизни нации.

Работа и пожилые люди

Люди заинтересованы в продолжении работы

Работа помогает ощущать осмысленность жизни. Существуют свидетельства, что если пожилые люди продолжают работать, это

¹ *Греллер М.* Старение и работа: человеческий и экономический потенциал // Иностранная психология. — 1996. — № 7. — С. 55 — 60.

повышает оценку ими своего здоровья, интеллектуальных функций и удовлетворенности жизнью. <...> То, в какой степени это так и каким образом проявляется, несомненно, зависит от культуры. Однако некоторые стороны работы, вероятно, оказывают положительное влияние во всех культурах. Примерами такого положительного влияния являются использование высоко ценимых навыков, совершенствование мастерства, влияние рабочей позиции на идентичность человека, опыт, связанный с профессиональным ростом, и возможность сравнивать себя с другими. <...> Все это предполагает, что работа сама по себе имеет смысл для человека. Хотя работа может нравиться в разной степени, к середине жизни человек получает возможность некоторого выбора, поэтому возрастает надежда на то, что работа будет удовлетворять человека.

К удовлетворению, получаемому от работы самой по себе, добавляются вторичные выгоды. Работа задает образец привычной деятельности и в этом смысле является источником стабильности. Рабочее место и профессия создают основу для взаимодействий с другими людьми. Со временем между сослуживцами устанавливаются связи, которые сами по себе становятся источником смысла в жизни человека. Эти потенциально положительные последствия входят в число причин, по которым для человека желательно продолжать работу. <...>

Экономические выгоды работы тоже могут быть важными для пожилых людей. Многие из них, имея право выйти на пенсию, обнаруживают, что не могут себе этого позволить по финансовым основаниям. Они должны работать, чтобы поддерживать тот уровень жизни, к которому привыкли. <...> Для самооценки некоторых людей может быть важен сам факт, что они зарабатывают деньги.

Общество заинтересовано в работе пожилых людей

Если раньше выход на пенсию был способом пристроить относительно небольшое количество людей, в которых экономика не нуждалась, то теперь положение изменилось. Весь индустриальный мир переживает демографические изменения. <...> Доля населения старше 55 лет увеличивается, а доля возрастной группы от 18 до 25 лет уменьшается. Таким образом, людей в возрасте, когда обычно уходят с работы, больше, чем начинающих трудовую жизнь. <...>

Меняющийся демографический баланс влияет на способность страны субсидировать выплату пенсий, которые являются одной из сил, поощряющих пожилых людей покидать свою работу. Однако процент пожилых людей в популяции увеличивается, а их ожидания относительно уровня жизни растут. Поэтому расходы на пенсии становятся чрезмерными по сравнению со способностью общества их платить. Во всем мире системы пенсионного обес-

печения («социальной защиты») испытывают затруднения с выполнением своих обязательств перед пенсионерами. В результате ограничивается рост пенсий, а возраст, с которого начинает выплачиваться пенсия, увеличивается. Если будет удаваться поощрять пожилых людей дольше оставаться на работе, это будет выгодно правительству, которое в противном случае должно будет выплачивать им пенсии.

Существует также социальный договор с работником. <...> В прошлом подчеркивалась желательность выхода на пенсию; обещалось личное благополучие и часто предполагалось, что человек делал что-то хорошее для других: уступал дорогу более молодым работникам или посвящал себя заботе о близких, если его здоровье это позволяло. <...> Если такие обещания не удастся выполнить, выходу на пенсию суждено вызывать чувство неудовлетворенности. Сейчас пока финансирование пенсий основано на том, что более молодые работники отдают часть своего дохода в пенсионный фонд. Нарушение договора с пожилыми людьми в настоящее время приведет к тому, что молодые работники будут меньше доверять обещанию будущих пенсий и, следовательно, в меньшей степени будут готовы жертвовать своими доходами.

Существует много практических причин, по которым правительство, работодатели и сами люди должны хотеть продлить трудовую жизнь граждан. Однако существуют и обстоятельства, заставляющие работников прекращать трудиться.

Давление возраста

Существует совокупность обстоятельств, которые подталкивают работника к принятию решения об уходе с работы. В этой совокупности есть три аспекта: 1) меняющиеся потребности, интересы и способности человека, 2) социальные ожидания и 3) объективные возможности, предлагаемые организациями.

Меняются ли люди с возрастом? Если говорить о карьере, главные изменения касаются личности (т. е. потребностей и интересов) и способностей (т. е. сохранения способности выполнять работу).

Относительно первого существуют свидетельства, что основные личностные особенности сохраняются до преклонного возраста. <...> Многие способности, связанные с работой, сохраняются в период от 55 до 70 лет. <...>

«Стадиальные модели» развития карьеры показывают, что потребности человека меняются. Холл и Наугейм [1968] считают, что это можно связать с более фундаментальными теориями человеческого развития.

Некоторые исследователи старения описывают адаптацию как возрастающее принятие конца жизни, выражающееся в снижении активности. <...> Это может быть способом для подготовки к

приближающейся смерти, однако вряд ли это наилучшая метафора для описания опыта людей в возрасте от 55 до 70 лет. В этой возрастной группе нет заметного упадка физических и умственных способностей..., а то, что кажется снижением, зависит от широкого спектра индивидуальных различий. <...>

Однако люди старше 55 могут думать, что они не так трудоспособны, как прежде. Они начинают считать, что средства, вкладываемые в их личное развитие (это необходимо для продолжения успешной деятельности в технологически изменяющейся рабочей среде), не окупятся. <...> Они беспокоятся, что их товарищи по работе будут к ним хуже относиться и меньше интересоваться их идеями. Это в свою очередь может привести к тому, что человек становится менее склонен выдвигать новые идеи и вносить свой вклад в работу группы. Однако работник, испытывающий неуверенность в себе, когда требуется научиться новым навыкам, и не преданный работе группы, вероятно, будет неуспешным независимо от возраста. Таким образом, изменения в сознании пожилого человека вызываются действиями (происходящими или ожидаемыми) окружающих людей.

В культуре вырабатываются явные оценочные определения того, каким нужно быть человеку и как себя вести в разных возрастах. <...> Однако никто на самом деле толком не знает, каким следует быть в том или ином возрасте. (Например, когда американской феминистке Глории Стейнем исполнилось 40 лет, кто-то сказал, что она не выглядит на сорок. Стейнем ответила: «Именно так сорокалетние и выглядят».) В большинстве неоднозначных ситуаций мы смотрим на то, как ведут себя люди, чтобы понять, что является ожидаемым и социально безопасным. <...> Что касается старения, то мы оцениваем его в соответствии с социальным влиянием так как существует слишком мало объективных данных, каким нужно быть в определенном возрасте.

Это особенно верно по отношению к работе. Мы слышим рассказы про девяностолетних, начинающих новую карьеру, и про тридцатилетних, уходящих с работы. Существует значительное разнообразие в том, что люди реально могут делать по мере старения. Однако общество накладывает ограничения. Окружающие спрашивают пожилого работника, собирается ли он выходить на пенсию. <...> В Соединенных Штатах таких людей начинают донимать работающие с пенсионерами продавцы собственности и специалисты по финансовому планированию. В организациях существуют четко формулируемые нормы деятельности. <...> Эти нормы влияют на оценку труда людей и степени их соответствия занимаемой должности. Эти нормы выражаются в политике и практике по отношению к людям пенсионного возраста и связанными с этим последствиями в таких разных обществах, как Япония, Малайзия, Россия, Швеция, Соединенные Штаты.

Таким образом, большинство 55-летних работников рассматривают свою карьеру как завершающуюся во многом благодаря социальному определению их роли. Они отказываются от возможности обучаться, потому что, как и все вокруг, считают, что не успеют окупить затраты (деньги или усилия) в оставшийся, предположительно ограниченный, срок. В пятидесятилетнем возрасте профессионалы рассматривают свою карьеру как непредсказуемую и ограниченную во времени. Поэтому они начинают готовиться к уходу с работы. <...>

Организации по своей сути социальны, поэтому неудивительно, что они воплощают социальные нормы в своих правилах, политике и процедурах. В большинстве случаев это происходит скрыто. Администраторы не осознают при этом, что их организация проводит тем самым социальную политику, способствующую старению. Их организационные решения создают ограничения, в рамках которых люди должны сделать выбор, связанный с личной карьерой. Случается, что пожилым работникам предлагают обучение на непривлекательных для них условиях или вовсе не предлагают его проходить. К проблемам и событиям в жизни пожилых работников относятся без особого сочувствия. <...> Намеки на то, что от пожилых служащих ожидается выход на пенсию, едва заметны. Они могут чувствоваться в программах увольнений на пенсию, в поощрениях для уходящих с работы пожилых сотрудников. Практика оплаты труда и продвижения по службе, ограничивающая возможности пожилых, также подталкивает их к выходу на пенсию.

За холодное отношение к продолжению карьеры пожилых работников организацию можно обвинить в возрастной дискриминации. В некоторых случаях это обвинение справедливо. Однако карьере пожилых работников уделяется так мало времени и внимания, что многие работодатели, возможно, просто не осознают, какое влияние оказывают на своих служащих.

Что заставляет людей уходить с работы?

В каждой стране, культуре и даже организации различаются нормы и традиции, состав популяции, макроэкономические условия, создающие возможности работы для людей. При всех этих различиях существуют некоторые общие виды давления на человека.

Фундаментальные психологические основы поведения людей, по-видимому, с течением времени в основном не меняются, однако социальное «Я» человека может меняться. Потребности, стремления и ожидания (фигурирующие в различных когнитивных взглядах на мотивацию) подвержены социальному влиянию. Если индивидуальное самочувствие не требует от человека уходить с работы,

то этого могут требовать другие обстоятельства. В результате возможно исчезновение мотивации к карьере, появление социально обусловленных изменений индивида, влияющих на его интерес и желание работать. <...> Лежащие в основе этого причины могут быть внешними, однако результаты будут восприниматься как изменение самого человека.

Возможно, наиболее сильный фактор, связанный с поведением на поздних этапах карьеры, — это социальные ожидания. <...> Разнообразные социальные представления о старении принуждают человека соответствовать стереотипам, тогда как индивидуальные случаи должны были бы формировать общественные взгляды. Кажущееся подтверждение стереотипов практикой организаций приводит к тому, что социальные ожидания производят впечатление объективного факта. В результате возникает конформность. Существует мнение, что в пожилом возрасте люди проявляют эксцентричность, что считается допустимым. Однако это относится лишь к неработающим людям. Хотя большой возраст ассоциируется с мудростью, ее модно проявлять только в форме советов и не на руководящих или экономически важных должностях. Можно, таким образом, размышлять над тем, что свобода проявлять свою индивидуальность в старости покупается отказом от других ролей.

Организации смягчают влияние жесткой практики в отношении пожилых тем, что делают ее обыденной. Там, где выход на пенсию принудителен или является устоявшимся обычаем, уход человека не воспринимается как его отвержение. Процесс ухода многогранен. В исследованиях этого процесса уже давно пытаются установить причины принятия решения об уходе. Показано, что в большинстве случаев причин бывает много ...: одни из них позитивны (например, желание выполнять новый круг обязанностей), другие связаны с возникающими возможностями (например, получение пенсии), третьи носят личный характер (такие, как собственное здоровье или здоровье супруга/супруги); существуют и негативные причины (взаимоотношения в трудовом коллективе, собственные возможности на работе). Организация, опираясь на социальные нормы, выдвигает целый ряд причин, по которым человек должен уйти. <...>

Геронтология, служба помощи пожилым людям и управление кадрами

Старостью занимаются специальные социальные институты. <...> Существуют организации для помощи людям, но они имеют свой взгляд на старость. Услуги доступны для стариков, однако для их получения человек должен считаться старым с точки зрения работников таких организаций. Как правило, это значит, что у че-

ловека не должно быть серьезной работы. Сами не желая того, подобные помощники еще больше навязывают людям старше 55 роль, отдаляющую их от работы.

В некотором роде геронтология определила свой предмет как «жизнь после карьеры». Хотя и существуют исследования роли работы в старости, в них обычно обсуждается вопрос, почему некоторые люди ведут себя так необычно. <...> Исследования выхода на пенсию обычно сосредоточиваются на том, что в этой ситуации дает человеку чувство удовлетворенности и адаптированности. <...> Менее принят взгляд на выход на пенсию как на часть карьеры. Когда геронтологи изучают взаимодействия пенсионеров и их самооценку, вопрос об их работе не обсуждается (т.е. предметом исследований становятся болезни пожилых, очень старые люди, население домов для престарелых, положение неизлечимо больных и пр.). Но для пожилых людей, которых еще нельзя назвать совсем старыми, работа, несомненно, возможна. Получается, что геронтология мало помогает в понимании и разрешении проблем, связанных с работой. Работа пожилых рассматривается не как общий случай, а как отклонение. Работающему человеку нельзя быть старым, потому что у старых не предполагается существования многих потребностей, переживаний и изменений в жизни.

Тот факт, что геронтология не обращается к вопросам работы, не вызывал бы беспокойства, если бы эти вопросы рассматривались где-нибудь еще. Однако ни исследования профессий, ни практика работы с кадрами (которые, конечно, связаны с проблемами работы и карьеры) не занимаются систематически пожилыми работниками. Вопросы, поднимаемые администраторами по работе с кадрами, скорее касаются того, как честно и тактично посоветовать пожилым работникам выйти на пенсию. В Соединенных Штатах компании уделяют значительное внимание вопросу о необходимости выплаты компанией пенсий, при том что эти выплаты постоянно растут, а правительственная доля в пенсиях уменьшается. Когда организации нанимают пожилых работников, им часто предлагают должности, не имеющие прямого отношения к основной работе, порой с неполным рабочим днем, или сезонные. <...>

Дисциплины, от которых можно было ожидать компетентности в вопросе карьеры в поздний период жизни, серьезно не занимаются этой темой. Хотя есть свидетельство возрастающего интереса к этой области, вопросов в ней все же остается намного больше, чем людей, занимающихся ими.

Варианты работы и выхода на пенсию

В понятие «выход на пенсию» часто вкладывается то, что человек начал получать пенсию или ушел с работы. Эти факты важны, но если они используются как единственные показатели статуса

пенсионера, они могут вводить в заблуждение. В моей более ранней статье [Greller M., 1989] я обсуждал этот вопрос. Многие люди, вышедшие на пенсию, на самом деле продолжают работать..., а еще большее количество говорит, что поступило бы так же, если бы смогло найти подходящую работу. <...> Выход на пенсию должен пониматься как субъективное состояние, что верно и для состояния, отражающего трудовой статус. <...> В результате простого наблюдения за тем, что происходит с людьми после выхода на пенсию, я описал четыре возможных варианта статуса пенсионера:

1. *Не работающие* люди воспользовались возможностью уйти с работы и не заинтересованы в дальнейшей службе.
2. *Продолжающие карьеру* остаются активными, развивают свои трудовые навыки, берут на себя ответственность за работу. Их интерес и участие в работе остаются прежними.
3. *«Вытолкнутые»* на пенсию. Эти люди не работают, обычно получают пенсию. Однако у них сохраняется потребность в работе. Они говорят, что были вытолкнуты с работы действиями или решениями других. Если бы им представилась возможность, они сделали бы работу значительной частью своей жизни.
4. *Возобновившие работу* после ухода на пенсию. Эти люди ушли с работы, но затем вернулись. Они соглашались работать на должностях, совершенно отличных от тех, какие они имели на протяжении большей части своей рабочей жизни. Возможно, благодаря работе они находятся в окружении, доставляющем им радость (например, экскурсовод или инструктор по рыбной ловле). Возможно, они работают потому, что нуждаются в деньгах. Какими бы ни были причины, они ищут что-то, чего им не может дать выход на пенсию. Однако выполняемая ими работа не рассматривается как продолжение карьеры.

Первые две категории находятся в состоянии уравновешенности. Потребности соответствуют ситуации. Две последние категории свидетельствуют о состоянии неуравновешенности, когда объективная ситуация отличается от того, чего хочет человек.

Таблица 1 показывает рассмотренные варианты. Хотя эти данные умозрительны, они задают общий контекст действующих сил и их последствий.

Если посмотреть на первую колонку таблицы, то можно увидеть, что все четыре типа пожилых людей переживают изменения. Степень этих изменений и этап в происходящем процессе зависят от типа человека, но все пожилые люди включены в динамический процесс.

Вторая колонка показывает социальное влияние. Можно рассматривать разные культуры и социальные среды, приводящие к различным последствиям, но в индустриальных странах набор социальных давлений, по-видимому, одинаков. Различия в положе-

нии вероятнее всего зависят от способа, которым работники реагируют на социальное давление. Возможны разные реакции, само же давление оказывается на всех людей.

Возможные условия существования пенсионера

	Потребности человека	Социальные ожидания	Объективные возможности
Не работающие	Снижение потребности в работе, экономическая защищенность	Выход на пенсию по достижении соответствующего возраста	Пенсионная и социальная защищенность, ограниченный выбор рабочих ролей
Продолжающие карьеру	Не меняются или постепенно растут	Люди не чувствительны к ожиданиям или воспринимаются на работе как не имеющие возраста	Люди контролируют рабочую среду или занимают постоянную должность
«Вытолкнутые» на пенсию	Не меняются или растут, но не соответствуют работе	Неприятие ролей, навязываемых окружающими, могут быть независимыми или враждебными	Несмотря на поиски, не найдено никаких возможностей для работы
Возобновившие работу после ухода на пенсию	Психологически готовы уйти с работы, испытывают экономическое и социальное давление для продолжения работы	Разделяют точку зрения общества, что не должны работать, могут искать сочувствия по поводу того, что им необходимо работать	Обычно не имеют возможности работать в полную силу, нет внутреннего желания работать

Последнюю колонку определить труднее всего из-за разнообразия организаций, не говоря уже о разнообразии возможных связей между человеком и организацией. Конечно, существуют профессионалы, продолжение работы которых приветствуется долго после того, как другие члены их возрастной группы вышли на пенсию. Некоторые организации и должности в организациях могут быть более гибкими в отношении возраста. Если человек работает в такой организации или может в нее устроиться, он сумеет полностью изменить возможности своей карьеры.

Заключительные мысли

...Высказаны некоторые тезисы по поводу тех мер, которые необходимо предпринять для лучшего понимания деятельности людей после 55 лет. В этой области проведено слишком мало исследований, в то время как потребности деловых организаций и национальной политики в соответствующей точной информации очень высоки.

Выбранный нами подход утверждает, что наиболее важным фактором, заставляющим людей уходить с работы, является социальное старение. Хотя не существует заговора против пожилых людей, однако общественные представления, политика организаций и научные взгляды образуют силу, оказывающую на людей давление в том направлении, чтобы они заканчивали свою карьеру в назначенный момент времени. Могущество этих сил ощущается человеком как напрямую, так и косвенно, передается через практику работодателей. Если эта точка зрения верна, тогда возможно открытое вмешательство в эту ситуацию. Для снижения экономических и человеческих потерь, вызываемых сейчас сокращением трудовой жизни, можно прибегнуть к прямым изменениям в практике организаций и приложить усилия, направленные на повышение информированности широкой публики.

И. Б. Назарова

ПЕНСИОНЕРЫ И РАБОТАЮЩИЕ: ТРУД, ЗДОРОВЬЕ

И ЛЕЧЕНИЕ¹

Летом 1998 г. в Казани по представительной выборке было проведено исследование отношения населения к здоровью, методом формализованного интервью опрошено более 500 респондентов старше 18 лет.

В последнее десятилетие — годы реформ — произошли существенные изменения в экономике страны. Наряду с производственной сферой менялось сознание как работающих, так и пенсионеров. Именно в эти годы население узнало, что такое явная безработица, досрочный выход на пенсию, проблема трудоустройства. В это десятилетие уменьшилась средняя продолжительность жизни. Особенно это касается мужчин, чья средняя продолжительность жизни ниже пенсионного возраста. На наш взгляд, одной из причин снижения продолжительности жизни и уровня здоровья населения России являются процессы, связанные с трудовой де-

¹ Назарова И. Б. Пенсионеры и работающие: труд, здоровье и лечение // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 2(6). — С. 62 — 71.

ательностью человека. При выходе на пенсию люди должны пожинать плоды трудовых успехов. Но «средний россиянин» в любом возрасте имеет низкий уровень жизни и не уверен в благополучной старости. В нашем исследовании проведены некоторые параллели между работающими и теми, кто находится в пенсионном возрасте.

Основная часть пенсионеров имеет низкий уровень жизни (табл. 1) и доход не выше 400 рублей. Как правило, деньги расходуются только на продукты питания, но не всем хватает и на это. Считать приходится каждую копейку, треть респондентов живет от зарплаты до зарплаты. Каждый пятый работающий и каждый десятый пенсионер могут выкроить средства на покупку одежды. Редко кто может позволить себе приобретение дорогостоящих вещей или жить, ни в чем себе не отказывая.

Таблица 1

Оценка респондентами своего уровня жизни

Уровень жизни	Работающие, %	Пенсионеры, %
Деньги расходуют только на продукты	42,3	51,5
Живут от зарплаты до зарплаты	30,9	36,1
Денег хватает на приобретение одежды	19,0	9,3
Денег хватает на приобретение дорогостоящих вещей (бытовая техника, мебель)	4,2	1,0
Ни в чем себе не отказывают	3,6	2,1

Треть работающих респондентов и около половины пенсионеров не довольны своим питанием из-за недостатка материальных средств. Такую причину назвали 91,5 % пенсионеров. Это при том, что 53,4 % опрошенных пожилых людей имеют заболевания, требующие специального питания.

Многие пенсионеры вспоминали трудовую молодость, когда ездили по льготным путевкам в дома отдыха и санатории. Имеющаяся работа или пенсия не позволяет полноценно питаться и отдыхать достаточно большой части респондентов. Пятая часть работающих и половина пенсионеров недовольны своим отдыхом в конце недели или во время отпуска, основная причина все та же — отсутствие денег. Примерно четверть пенсионеров работают в саду и считают это основной помехой отдыху. Сад для них, прежде всего, — подсобное хозяйство, а не удовольствие.

...Около 77 % пенсионеров отмечают ухудшение качества своей жизни по сравнению с 1990 годом.
<...>

Низкий заработок или пенсия основной массы респондентов заставляет их искать возможность получения дополнительного дохода. Среди пенсионеров подрабатывают 11,3%, среди работающих участников интервью — 19,6 %.

Найти работу стремятся прежде всего пенсионеры, имеющие крепкое здоровье. Состояние своего здоровья пенсионеры оценили следующим образом: 3,1 % — отличное для такого возраста; 6,1 % — хорошее; 61,2% — удовлетворительное; 23,5 % — плохое; 6,1 % — очень плохое. Самочувствие пожилых людей зависит во многом от режима и условий работы на прежнем месте.

Респонденты отметили ряд факторов, которые, по их мнению, оказывают или оказывали когда-либо ранее отрицательное влияние на их здоровье (табл. 2). Коэффициенты корреляции показывают наличие связи условий труда и образования.

Однозначно можно сделать вывод о том, что высокий уровень образования как раньше, так и сейчас позволяет работать в более благоприятных условиях и, следовательно, беречь свое здоровье.

Сегодня спектр вредных условий труда стал шире, неблагоприятные факторы ярче проявляют себя при различных уровнях образования. Немного больше стало людей, работающих на улице (возможно, за счет появления частных предпринимателей, которые торгуют под открытым небом); многие сегодня подвергаются электромагнитному излучению вследствие компьютеризации; чаще стали командировки.

В современной ситуации разрыв в условиях работы людей с высоким и низким уровнем образования растет, и поляризация будет увеличиваться в течение некоторого времени по аналогии с поляризацией «бедность — богатство». Достаточно много предприятий, крупных заводов были закрыты в последние годы, но и те, которые продолжают функционировать, не всегда имеют возможность реконструировать производство, закупать новые технологии, а стало быть, улучшать условия труда.

В трудовой биографии нынешних пенсионеров низкий образовательный уровень определял прежде всего неблагоприятные условия труда, тяжелую физическую работу, связанную с перемещением тяжестей, воздействием химических факторов, постоянными энергетическими усилиями.

Статистика отмечает рост числа профессиональных заболеваний, который произошел во многом за счет неблагоприятных условий труда. <...> Основными причинами возникновения хронических профзаболеваний становятся конструктивные недостатки машин, несовершенство технологических процессов, игнорирование средств индивидуальной защиты, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние рабочих мест, нарушение режима труда и не-

Таблица 2

Условия труда, которые, по мнению респондентов, оказывают отрицательное действие на здоровье

Вредные факторы и условия	Работающие	Пенсионеры
Сильный шум, холод, сырость, жара	11,3 ** 2, ** 5, - ** 6	12,7
Постоянные энергичные усилия, например ношение тяжестей более 10 кг	11,3 ** 2, - ** 6	10,2 ** 2, - * 6
Большие психоэмоциональные перегрузки	11,3	11,0
Работа стоя более 5 ч в сутки	10,7 ** 2, - ** 5, - * 6	11,0
Высокая запыленность	6,8 * 1, - * 6	7,8
Химические факторы	6,4 - ** 6	5,6 * 2, - * 6
Большая скученность людей	6,1 * 5, ** 7	7,1 - * 2, * 4
Отсутствие необходимой вентиляции	5,6 * 1, - * 6	5,6
Работа в ночное время	5,1 * 2	6,1
Постоянная работа на улице	4,4 * 2 — ** 6	2,7
Вибрация	3,8 ** 1, - * 6	5,1 * 1
Плохая освещенность	3,6	4,4 — * 2 ** 4
Сочетание учебы с работой	3,4 — ** 2, * 5, ** 6, 7	2,7 — * 2 ** 4 ** 7
Электромагнитное излучение	3,3 - ** 3, * 6	2,2
Работа в подвальном помещении	2,9 * 2, - ** 6	2,4
Частые командировки	2,1 - * 2	1,2
Работа на промышленном конвейере	2,0 - ** 6	2,2
Всего	100	

Примечание. В первой колонке каждого столбца указана доля отвечающих в процентах, во второй — корреляция с уровнем образования.

* — корреляция на уровне значимости 0,05; ** — корреляция на уровне значимости 0,01.

Знак «—» показывает отрицательную корреляцию, т.е. условия не характерны для образования.

Образование: 1 — начальное, 2 — неполное среднее, 3 — среднее общее, среднее специальное, 4 — техникум, 5 — неоконченное высшее, 6 — высшее, 7 — аспирантура, ученая степень.

совершенство санитарно-технических установок. На первом месте по риску стоят экономические факторы, невозможность реконструкции предприятия, смены морально устаревшего оборудования, внедрения новейших технологий. Это показатель не конкретного производства, а экономической ситуации в стране. Дополняет неблагоприятную картину кризисная ситуация в здравоохранении. <...>

По результатам специального исследования, проведенного на вредных производствах Татарстана среди женщин, выявлено, что основные мотивы их работы на этих предприятиях — возможность более раннего выхода на пенсию (31,9%), высокая заработная плата (11,5%), сокращенный рабочий день (8,5%). Пенсионеры, имеющие льготы, уходят на заслуженный отдых на 5 — 10 лет раньше. Однако живут женщины после работы на вредном производстве в среднем на 4 — 5 лет меньше тех, кто трудился в обычных условиях...

...Что именно заставляет или может заставить человека пойти работать на производство, наносящее вред здоровью, в какой ситуации здоровье может стать разменной монетой (табл. 3)?

Таблица 3

Условия, на которых человек согласился бы работать на вредном производстве

Условия	Доля ответов, %	Доля ответивших, %	Ранг 1998 г.	Ранг 80-х гг. [XX века]
Не согласился бы ни при каких условиях	27,1	53,9		
Зарабатывать больше денег	17,0	33,8	1	3
Быстрее получить квартиру	11,9	23,6	2	1
Заработать большую пенсию	10,1	20,0	3	2
Чтобы не остаться безработным	10,0	19,8	4	
Увидеть новые места, новых людей, съездить за границу	7,7	15,2	5	
Быстрее приобрести трудовой стаж	6,8	13,6	6	
Быстрее сделать карьеру	5,4	10,6	7	
Испытать себя, почувствовать романтику трудностей	4,0	7,9	8	
Всего	100			

Некоторые вопросы мы повторили из исследования, проведенного Институтом социологии РАН в конце 80-х годов. В то время 27 % респондентов ни при каких условиях не согласились бы пойти на вредное производство [Отношение населения к здоровью, 1993]. По результатам исследования 10-летней давности на первое место вышло желание быстрее получить квартиру, на второе — заработать большую пенсию, т.е. планы долгосрочные и перспективные. Действительно, отработавшее поколение на 70,8 % удовлетворено своим жильем, 62,6 % его представителей имеют жилплощадь из расчета более 12 квадратных метров на человека. Изменилось распределение ответов, но стимулы остались прежние: получение лучшего материального обеспечения и жилья. Для тех, кто продолжает работать, появилась еще одна проблема — безработица. Сегодня безработица превратилась также в проблему тех, кто, будучи на пенсии, желает подработать и продлить активную трудовую жизнь. Для современных пенсионеров достаточно сложно найти работу, когда на пенсию отправляют людей предпенсионного возраста.

Можно предположить, что каждое новое поколение пенсионеров, в основной массе, будет иметь более низкий уровень здоровья, что связано с отношением к труду и своему здоровью.

На вопрос «Часто ли Вы ходили (ходите) на работу с легким недомоганием, болезненными ощущениями?» 48,5 % пенсионеров и 60,4 % работающих ответили — иногда, 28,3 % и 30,3 % соответственно — часто и только 6,1 % и 9,3 % — никогда. Как правило, с недомоганием выходят на работу из-за чувства ответственности или по привычке (табл. 4).

Появилась практика наказания за болезнь. Люди предпенсионного возраста и пенсионеры боятся потерять работу. Из тех, кто реально боится потерять работу, только 6,2% остаются дома во время болезни.

Увеличивается число людей, которые боятся потерять работу. Респонденты поясняют: «часто берущих больничный лист работников сокращают», «часто болеющих работников администрация увольняет с работы», «больные люди для администрации нежелательны, им предлагают уволиться», «частые больничные для пенсионеров нежелательны». Страх испортить отношения с администрацией, потерять работу иногда превышает беспокойство за свое здоровье.

Следует отметить, что на протяжении нескольких трудовых поколений сохраняется высокое чувство ответственности за свою работу.

Работающие граждане, представленные в выборке, были «на больничном листе» в среднем девять дней в году и болели без больничного в среднем восемь дней. Работающие пенсионеры не работали, будучи больными, в среднем 40 дней в году. Некоторые пожилые отвечали, что болеют круглый год, постоянно лечатся.

Таблица 4 Причины, заставляющие выходить на работу с легким недомоганием

Причина	Работающие респонденты		Пенсионеры (о бывшей работе)	
	Доля ответов, %	Доля ответивших, %	Доля ответов, %	Доля ответивших, %
Нежелание пропускать работу, учебу по привычке	34,8	60,3	53,4	76,4
Нежелание терять в зарплате	22,2	38,4	12,6	18,1
Пропуски по болезни не устраивают администрацию	20,2	34,9	17,5	25,0
Боязнь потерять работу	20,0	34,6	15,5	22,2
Условия совместительства	2,8	4,8	1,0	1,4
Всего	100		100	

Большая часть пенсионеров (71,9 %) имеют хронические заболевания, 19,6 % перенесли тяжелую травму с последствиями, 7,3 % страдают наследственными заболеваниями.

На вопрос «Что Вы делаете, когда у Вас появляется и не проходит необычное болевое ощущение, плохое самочувствие, в первую очередь?» 42,9 % пенсионеров и 32,2 % работающих участников исследования ответили, что идут к врачу и выполняют все его назначения. Обращаются прежде всего за медицинской помощью в случае тяжелого заболевания 60,2 % пенсионеров и 65,8 % работающих респондентов. <...>

Работающие пенсионеры делятся на группы. К первой относятся те, которые боятся потерять работу и ходят на службу и предприятие при недомогании; ко второй — те, которые знают, что их не уволят, и позволяют себе спокойно поболеть. Есть и третья группа — оптимисты, которым работа помогает держать тонус, они выходят на работу при плохом самочувствии, объясняя это тем, что дома расслабляются и болеют больше.

Для большей части пенсионеров страсти по работе улеглись, жилье заработано, пенсия, пусть небольшая, есть. Появились другие проблемы, прежде всего — обеспечение полноценного питания и отдыха. Решить их им вряд ли удастся, так что чаще приходится задумываться о здоровье.

Как работающие, так и пенсионеры здоровье поставили на первое место по значимости, работу — на седьмое. В отличие от цен-

ности семьи, жизни, свободы и любви, ценность здоровья и работы осознается с годами. Казалось бы, значимость работы должна уменьшаться с выходом на пенсию. Однако низкий уровень жизни большинства пенсионеров заставляет их постоянно вспоминать свою работу, сравнивать прошлое и настоящее, подвергать анализу то, что происходит сегодня в обществе в целом и в сфере труда.

Следует отметить, что наши граждане были и остаются достаточно пассивными в отношении здоровья и отстаивания своих прав на улучшение условий труда. Среди пенсионеров 45,2% ответили, что они не готовы обратиться в суд в случае нанесения ущерба здоровью, тогда как только 26,5% работающих ответило подобным образом. Есть надежда на то, что будущее поколение трудящихся будет более активным в этом отношении. Государство уже предпринимает некоторые шаги. В частности, принято законодательство в сфере здравоохранения. Пока же каждый предпочитает решать сам, когда и как «расходовать» свое здоровье, на что его «разменивать».

ПОЖИЛЫЕ И СТАРИКИ В СТАЦИОНАРАХ

Л. А. Котова

О ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР¹

Проблемы психологической адаптации пожилых людей к новым жизненным условиям в разных аспектах на протяжении последних десятилетий все более привлекают внимание исследователей, работающих в области гериатрии и социальной геронтологии. <...> Однако рассмотрению этого вопроса применительно к помещению пожилых людей в учреждения геронтопсихиатрического профиля уделяют внимание немногие [Тибилова А. У., 1991]. Вместе с тем, эффективность лечебно-восстановительных мероприятий в геронтопсихиатрии во многом зависит от степени психологической адаптации пациента в условиях стационара. Госпитализация резко изменяет весь уклад жизни старого человека, нарушает годами сложившийся жизненный стереотип, ведет к уменьшению или потере и без того ограниченных социальных связей, являясь для большинства пациентов тяжелой психической травмой, ведущей нередко к серьезным стрессовым реакциям. Многолетний опыт работы геронтопсихиатрического отделения Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева показал, что процесс адаптации пожилого человека к новым жизненным условиям зависит от ряда факторов: пола и возраста, характера труда и должностного статуса в прошлом, образования, состояния здоровья, личностных особенностей. Основная причина жизненных коллизий в старости, что подтверждается и нашими наблюдениями, состоит в дисгармоничности изменения внутреннего «Я» пожилого человека и того его внешнего образа, который создается у окружающих. Внутренний образ более длительно сохраняет привычные черты молодого возраста и

¹ *Котова Л. А.* О психической адаптации пожилых больных при поступлении в психиатрический стационар // Обозрение психиатрии и медицинская психология. — 1993.-№ 1.-С. 89-91.

контрастирует с восприятием старика окружающими. Подобная дисгармоничность самовосприятия и внешнего образа ведет обычно к психологической дезадаптации пожилых людей в обществе и может служить причиной развития невротических, депрессивных, астено-депрессивных состояний. Компенсация психического состояния в пожилом возрасте неустойчива, часто достаточно незначительного внешнего вмешательства, меняющего сложившийся годами ход жизни, чтобы ее нарушить, вызвать изменения психической деятельности, скорректировать которые очень трудно, а часто и невозможно.

Резкая смена не только привычного жизненного стереотипа, но и всей окружающей обстановки, неизбежная при госпитализации, усугубляет неустойчивое нервно-психическое состояние пациента, является причиной развития подавленного настроения, неуверенности в себе. У больных с проявлениями психоорганического синдрома нередко как реакция на помещение в стационар развивается состояние психической спутанности. Коррекционные лечебно-восстановительные мероприятия в подобных случаях должны исходить из многофакторности патогенетических механизмов и вторичных влияний на клинические проявления и течение психозов. В этой связи следует отметить большое значение терапевтической среды в отделении геронтопсихиатрического профиля, которая должна преследовать цель стимуляции потенциальных психических возможностей, поддержания и повышения социальной активности пациентов, побуждения к расширению социальных контактов и созданию оптимальных условий для тренировки навыков по самообслуживанию и социальному функционированию с тем, чтобы подготовить больного к жизни вне стационара. Вся обстановка в отделении, организация ухода, обслуживания и наблюдения за пациентами должны создавать «психотерапевтический микроклимат», поддерживающий у пожилых людей чувство полезности обществу, окружающим.

Степень и характер реагирования на переход из домашней обстановки в больничную среду во многом зависят от первых впечатлений пациента от госпитализации. Здесь существенно все — от обращения встречающей больного санитарки и медицинской сестры до разрешения взять с собой какие-то домашние вещи (очень важно, чтобы особенно в первые дни взгляд старика мог остановиться на чем-то привычном).

Больному следует тактично объяснить необходимость лечения; уже в первый день пребывания в стационаре познакомить с режимом отделения, расположением основных помещений (палата, столовая, туалет, комната персонала); предоставить возможность носить собственную одежду и пользоваться некоторыми привычными предметами туалета и домашней посудой. Последнее, по опыту нашей клиники, помогает и коррекции поведения больных с

Р

хронической психической спутанностью или просто выраженными мнестическими нарушениями. При размещении больных по палатам должны приниматься во внимание их взаимные симпатии, привязанности и возможность помощи друг другу. Больные с выраженным слабоумием и психической спутанностью обычно стремятся друг к другу и могут быть уже при поступлении помещены на постоянное место в профили-зированных палатах.

Всем пациентам, независимо от характера заболевания, должна быть предоставлена неограниченная возможность контактов и участия в различных общеотделенческих мероприятиях, побуждающих к психосоциальной и физической активности. Различные виды занятости (трудовая терапия и самообслуживание, участие в кружковых занятиях в соответствии с интересами и увлечениями, культурные и развлекательные мероприятия) — все это способствует созданию коллектива больных, максимальных возможностей контактов с внебольничной средой; создает благоприятную психологическую атмосферу, способствующую быстрой и менее болезненной адаптации в условиях стационара каждого нового пациента, помогает выработке положительной установки на лечение и пребывание в клинике.

О. В. Гусева

ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИИ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА¹

Лица пожилого возраста с характерными «потерями старения» особенно часто дают неадекватные реакции на болезнь ... и госпитализацию. <...>

Данная категория больных особенно болезненно переносит отрыв от привычной обстановки, необходимость подчиняться новым для них больничным требованиям, утрату возможности самому решать вопросы повседневной жизни, что приводит к образованию вторичных личностных реакций на болезнь, конкретные условия больничной среды и интерперсональные отношения [7м-билова А. У., 1982].

Целью настоящей работы явилось изучение реакции психически больных лиц пожилого возраста на помещение в стационар, а также попытка проследить характер взаимодействия положительной и отрицательной установок с поведением в период пребывания в стационаре.

¹ *Гусева О. В.* Особенности реакции на госпитализацию психически больных пожилого возраста // Психосоциальные и биологические факторы в патогенезе и лечении психических расстройств позднего возраста. — Л., 1986. — С. 81 —85.

Обследовано 60 человек в возрасте от 51 года до 86 лет (среди них 13 мужчин от 51 года до 76 лет и 47 женщин от 51 года до 86 лет). Среди обследованной группы 36 человек были пенсионерами по возрасту, 6 человек имели группу инвалидности по психическому заболеванию, 18 человек продолжали профессиональную деятельность.

По характеру преобладающей психической патологии больные были разделены на две группы: 1) функциональные психические расстройства — 47 человек, из них с расстройствами невротического уровня — 23 человека, психотического — 24 человека;

2) заболевания с преимущественно психоорганическими проявлениями (деменция умеренной степени) — 13 человек.

Из 60 обследованных больных у 29 человек отмечалась адекватная реакция на госпитализацию, основанная на понимании болезненности своего состояния, готовности к сотрудничеству с врачом, быстрой адаптации внутри отделения.

Все многообразие прочих реакций, рассматриваемых нами как неадекватные, проявлялось следующими типами расстройств, осложнявших основную картину болезни: 1) тревожно-страховые реакции (11 человек); 2) грубопротестные реакции (5 человек); 3) пассивно-безразличные реакции (7 человек); 4) состояние психической спутанности (5 человек); 5) грубые истериформные реакции по типу псевдодеменции (3 человека).

Тревожно-страховые реакции наблюдались у больных с невро-зоподобными и неглубокими аффективными расстройствами сосудистого генеза, проявлялись в усилении имевшихся ранее или проявлении вновь тревожности, раздражительности, слезливости, в ухудшении сна. Больные отмечали, что им тягостно видеть рядом пожилых лиц с более выраженными расстройствами, при этом возникал страх «сойти с ума», «стать такими же, как эти тяжелобольные», что вызывало появление просьб о выписке при наличии сознания болезни и понимании необходимости лечения.

В большинстве случаев эти реакции купировались в течение недели пси-хокоррекционными мероприятиями. Особенно высоко оценивались больными мероприятия, которые импонировали самооценке больных, доставляли уверенность в своих силах, выздоровлении (разрешение свободного выхода из отделения, домашнего отпуска, поощрение внебольничных социальных контактов). У больных, продолжающих профессиональную деятельность, значительное место в сюжетном оформлении тревожной реакции занимали социально-престижные мотивы.

Грубопротестные реакции наблюдались у больных шизофренией с психическими расстройствами в виде аффективно-бредовых, галлюцинаторно-бредовых симптомов с выраженным нарушением самосознания, невозможности адекватной оценки своего состояния, отрицания необходимости лечения. Эти реакции сопровождались значительной аффективной напряженностью, поведен-

ческими нарушениями (нарушение режима, отказ от приема пищи, лекарств, стремление к уходу из отделения), субъективно ощущались, как лишение свободы, самостоятельности действий. Эти реакции купировались в течение первых дней пребывания в стационаре с помощью медикаментозного вмешательства и психотерапевтической коррекции оценки личной ситуации. Пассивно-безразличное отношение наблюдалось у больных с грубыми психотическими расстройствами и сопутствующей дефицитарной симптоматикой в виде эмоционального потускнения, недостаточной критики к состоянию, в рамках прогрессивной шизофрении. Характеризовалось формальным контактом с врачом, несоблюдением предписаний врача при внешне спокойном поведении и полном безразличии к факту помещения в стационар. Как правило, такое отношение к госпитализации наблюдалось на протяжении всего периода пребывания в стационаре, что свидетельствует против предположения о реактивно-психогенном его характере и отражает стабильную картину шизофренического дефекта.

Состояние психической спутанности отмечалось у больных старческого возраста (свыше 70 — 75 лет) с той или иной степенью выраженности сосудистой деменции. Развивалось, как правило, на первый-второй день помещения в стационар в виде тревоги, суетливости, дезориентировки, психомоторного беспокойства, иллюзорных расстройств восприятия. У больных с негрубой деменцией после купирования состояния спутанности более отчетливо проступало интеллектуально-мнестическое снижение. В дальнейшем у больных этой группы отмечались повторные состояния спутанности, даже при переводе из одной палаты в другую, а у части больных переходили в хроническую спутанность.

Истериформные реакции возникали у больных с невротоподобными и легкими депрессивными состояниями с соответствующими истерическими чертами личности в преморбиде, как реакции на требования режима, интерперсональные отношения в отделении с окружающими больными и медицинским персоналом, иногда — свою несостоятельность, невозможность самостоятельно обслуживать себя как прежде. Эти реакции развивались либо остро, по типу псевдодементных состояний, либо закреплялись длительно в виде демонстративности, капризности, агравации переживаний.

Особо следует отметить состояния депримированности, аспонтанности, которые развивались в условиях длительной госпитализации как результат больничной «гиперопеки», монотонности больничного режима, отвыкания от необходимости самому активно о себе заботиться, решать жизненно важные практические задачи. Эти состояния характерны для больных с выраженным сосудистым слабоумием и проявлялись нарастанием беспомощности, пассивности, снижением самооценки, тенденцией к «уходу в болезнь». Однако при проведении активизирующих мероприятий, оптимизации кон-

тактов и в то же время избегании чрезмерных требований наблюдалось повышение самооценки и в целом психосоциальной адаптации в отделении. Характерно, что эти переживания проходили полностью при возвращении больного в домашнюю обстановку.

Реакция больных на госпитализацию, казалось бы, должна прямо соотноситься с психологической установкой, которая существовала перед помещением в стационар. Однако неадекватные формы реагирования могут наблюдаться не только при предшествующей отрицательной, но и (хотя реже) при положительной установке на госпитализацию. Вместе с тем у больных с заболеваниями, не достигавшими психотического уровня (23 человека), из 17 случаев с положительной установкой только в 3 случаях отмечены тревожно-страховые реакции на поступление. А из 6 случаев с отрицательной установкой у 5 отмечались тревожно-страховые реакции, причем более выраженные и продолжительные, чем у лиц с положительной установкой, т. е. здесь отмечена объективная тенденция к прямой корреляции установки и реакции.

По сравнению с этим у больных с грубыми психотическими расстройствами отрицательная установка чаще сочеталась с развитием грубопротестной реакции на госпитализацию. Так, из 24 человек у 16 отмечалась отрицательная установка на госпитализацию, у 3 человек безразличная реакция и только у 5 больных — положительная установка на госпитализацию.

Из 19 человек с отрицательным и безразличным отношением к госпитализации у 11 при помещении в стационар отмечались неадекватные реакции в виде грубопротестных реакций, тревожно-страховых, пассивно-безразличных.

Из 5 человек с положительной установкой в 2 случаях, где психоз протекал на фоне сопутствующего сосудистого церебрального процесса, отмечались неадекватные реакции в виде спутанности и тревожно-страховой реакции.

В группе с умеренной сосудистой деменцией все 13 человек имели положительную установку. Однако у 9 из них при поступлении отмечались неадекватные реакции на помещение в виде тревожно-страховых, истериформных, психической спутанности.

Положительная установка на госпитализацию во всех группах больных положительно коррелировала с установкой на дальнейшее сотрудничество с врачом после выписки.

Отрицательная установка к моменту выписки в части случаев сменилась на положительную (в группе с психотическими расстройствами по мере редукции психоза и восстановления критики у 6 человек из 18). В части случаев оставалась прежней (7 человек), что при психозах было обусловлено полным отсутствием сознания болезни и необходимости лечения, у 6 человек сменилась формально положительной установкой, что было обусловлено недостаточно адекватной оценкой своего состояния при выписке,

когда больные формально соглашались, что были больны, но полагали, что в будущем болезнь не возобновится, либо диктовалось социально-престижными мотивами.

Проведенное исследование позволяет сделать в сугубо предварительном порядке следующее заключение.

При госпитализации в стационар психически больных пожилого возраста в 50 % случаев отмечались неадекватные реакции на госпитализацию. [Они] проявлялись в следующих типах реакций: тревожно-страховых, грубопротестных, пассивно-безразличных, состоянии психической спутанности, грубых истериформных реакциях. Тревожно-страховые и грубопротестные реакции купировались в течение нескольких недель, а иногда имели тенденцию к закреплению. У больных с сохранной личностью выражена корреляция между положительной предшествующей установкой и адекватным отношением к поступлению в стационар и поведению в нем. Чем больше выражена степень снижения уровня личности при заболеваниях с умеренной деменцией, тем менее выражена корреляция положительной установки с адекватной формой реагирования. В данной группе реакции отличались большим разнообразием и брутальностью проявления.

Положительная установка на госпитализацию во всех группах четко коррелирует с последующей установкой на сотрудничество с врачом после выписки из стационара. С учетом неадекватных реакций на помещение в стационар (типа психической спутанности), медленного темпа обратного развития, а также склонности к повторным реакциям такого типа в динамике у психически больных с деменцией, необходимо строго дифференцированно подходить к решению вопроса о показаниях к госпитализации таких пациентов.

Н. Ф. Дементьева

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ¹

Правомерно предположить, что потребность пожилых людей в домах-интернатах будет возрастать. В этих учреждениях, помимо необходимости улучшения бытовых условий и качества медицинского обслуживания, остро стоит вопрос об организации социально-психологической адаптации лиц пожилого возраста [Демен-

¹ Дементьева Н. Ф. Методологические аспекты социально-психологической адаптации лиц пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 2 — С. 21 — 28.

тьева Н.Ф., Болтенко В.В., 1985]. Эта проблема становится актуальной и в связи с особенностями психического старения [Шахматов Н. Ф., 1996].

Социально-психологическая адаптация пожилых людей в домах-интернатах — лишь один из частных вопросов проблемы адаптации, которая может рассматриваться и как процесс приспособления живых организмов к тем или иным условиям существования, и как достигнутый результат. Например, адаптированность — результат процесса адаптации. Изучая молодых людей в экстремальных условиях, А. П.Авцын [1974] обнаружил особенности их биосоциального поведения: необщительность, снижение интереса к окружающему, отсутствие жизнерадостности, внезапные и неадекватные вспышки гнева. Эти компоненты, названные автором синдромом отчуждения, рассматриваются им как плата за адаптированность.

С теоретических позиций целесообразно изучить соотношение понятий «адаптация» и «реабилитация». Системно-структурный подход позволяет рассматривать его как соотношение части и целого. В реабилитации помимо приспособительных необходимо участие компенсаторных механизмов для преодоления тормозных элементов, для «запуска» потенциальных способностей. При подходе к реабилитации как к саморазвивающемуся процессу адаптация и реабилитация могут рассматриваться как динамическое образование, как процесс, направленный в каждом конкретном случае на определенный конечный результат: либо приспособление к условиям существования, либо возврат к прежнему статусу в клиническом, социальном и психологическом планах.

Если иметь в виду потери, утраты (личностные, интеллектуальные, физические и др.), то адаптация есть приспособление к дефекту, а реабилитация — преодоление его.

С точки зрения А.Д.Адо [1980], сам термин «адаптация» в настоящее время недостаточно точно определен. Такие понятия, как генетическая адаптация, социальная адаптация и многие другие, до сих пор обсуждаются разными авторами.

Применительно к нашим задачам целесообразно рассмотреть соотношение адаптации и старения организма. Приспособительные механизмы человеческого организма при старении тесно связаны с состоянием центральной нервной системы и психологическими особенностями [Войтенко В. П., 1981]. Возрастные особенности личности В. П. Войтенко рассматривает как своеобразный адаптационный механизм в ответ на возрастные изменения нейрофизиологических характеристик. Среди личностных изменений в процессе старения обычно выделяют такие, как нетерпимость, консерватизм, обидчивость и эгоцентризм, недоверчивость и снижение эмоционального фона [Шахматов Н. Ф., 1996], т.е. те черты, которые выявляются в зна-

чительной степени в специфических условиях, в частности в домах-интернатах. В некотором смысле — это учреждения со специфическими регламентом, режимом, что отражается на психологическом настрое проживающих там пожилых людей.

В этой связи справедливо замечание А.М.Анохина [1984], что психологам и психиатрам еще предстоит оценить специфическое влияние социально-психологических факторов на усиление или ослабление сенсорных, волевых, интеллектуальных свойств индивидов в геронтологических изолятах (домах-интернатах, герон-тологических отделениях больниц).

Проблема адаптации пожилого человека в домах-интернатах обычно рассматривается как сложная, малоизученная и практически еще не решенная. Подчеркивается, что необходимость подчинить свои жизненные интересы и поведение новым условиям и распорядку работы учреждения, иногда невнимательное или излишне покровительственное отношение персонала усугубляют и без того неустойчивое нервно-психическое состояние пожилого человека.

Э.Я.Штернберг [1977] рассматривает переезд в дом престарелых как стрессовую ситуацию, которая не только ведет к нарушению адаптации, но и, усугубляя социальную изоляцию, увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний и даже смерти. Основными источниками стресса при этом считаются потеря знакомого окружения и разрыв социальных связей.

При изучении адаптации пожилых людей к условиям жизни в домах-интернатах В.П.Войтенко [1981] считает возможным говорить о степенях адаптации, основываясь при этом на временном критерии. Хорошей считается адаптация, наступившая в течение шести недель пребывания, удовлетворительной — в течение четырех месяцев и плохой — через год. При изучении зависимости степени адаптации от состояния физического и психического здоровья, личностных установок, уровня активности прямых корреляций не установлено.

По данным зарубежных авторов..., оптимальная адаптация пожилых людей достигается при проживании в специализированном учреждении в течение девяти и более лет. Было отмечено, что у лиц, проживших в этих учреждениях от двух до восьми лет, показатель удовлетворенности жизнью наименьший.

Изучалась социальная активность пожилых людей как предпосылка адаптации к условиям домов-интернатов, которая, по мнению А. А. Ригиной [1980], складывается из интеллектуальной занятости и физической посильной работы. При этом была установлена зависимость между уровнем социальной активности и качеством адаптации пожилых людей к условиям домов-интернатов.

Материалом для настоящей работы послужили данные многолетнего изучения 1500 пожилых людей (старше 75 лет), находящихся в домах-интернатах. Среди них практически нет здоровых

людей. В среднем на каждого пожилого человека приходится 7,6 болезней; 62,3 % из них не способны к самообслуживанию, 66,9 % утратили способность к двигательной активности. Автор попыталась рассмотреть факторы, способствующие и препятствующие процессу социально-психологической адаптации. Среди факторов, влияющих на адаптацию пожилых людей в домах-интернатах, приоритетными являются две группы: субъективные (личностно-психологические) и объективные (условия пребывания). К первой группе, помимо конституционально-личностных особенностей, относятся возрастные изменения психики. Из них наиболее значимыми являются так называемые контрастирующие: повышенная внушаемость, сосуществующая с ригидностью; выраженная сен-зитивность, сочетающаяся с нарастанием черствости, эмоциональной «сухости», и т.д. К возрастным особенностям можно отнести и усиление эгоцентризма, трудность к переключаемое™ и др.

Роль приоритетных факторов адаптации может быть рассмотрена на модели дезадаптации. <...> Это болезненное состояние, возникающее в связи со стрессовой ситуацией (помещением в дом-интернат), было отмечено у 43,5 % пожилых людей, поступивших в эти учреждения. Установлено, что наиболее часто (67 %) реакции дезадаптации возникают у эмоционально-лабильных пожилых, реже (15,5%) у тревожно-мнительных и еще реже (4%) у лиц с повышенной возбудимостью. Роль объективных факторов в возникновении дезадаптации была выявлена при сравнительном изучении частоты подобных реакций у пожилых людей, поступающих в дома-интернаты (43,5 %) и платные пансионаты (20,8 %).

О необходимости изучения проблемы социально-психологической адаптации у пожилых людей, поступающих в дома-интернаты, свидетельствуют не только клинически очерченные реакции дезадаптации (невротические, субдепрессивные, психопатоподобные). Сравнительное экспериментально-психологическое исследование большой группы пожилых людей (103 человека), у которых не наблюдалась дезадаптация при поступлении в дома-интернаты и платные пансионаты [Дементьева Н. Ф. и др., 1988], позволило выявить:

- 1) высокий уровень ситуативной тревожности в первые дни как отражение травмирующей ситуации поступления в геронтологические стационары; более высокий уровень личностной тревожности у поступивших в дома-интернаты как результат негативного отношения к условиям пребывания;
- 2) снижение уровня личностной и ситуативной тревожности через месяц после поступления в то или другое учреждение как свидетельство наличия компенсаторных возможностей у пожилых людей; повышение уровня личностной и ситуативной тревожности у находящихся в домах-интернатах через шесть месяцев пребывания как следствие негативного влияния условий учреждения.

Полученные данные позволяют говорить о значимости самого актора поступления в геронтологический стационар для лиц ложного возраста независимо от наличия реакций дезадаптации, о необ-одимости психологической подготовки пожилых людей и психотерапевтического воздействия на них в догоспитальный период, а также о необходимости изменения условий жизни в домах-интернатах.

Следовательно, как клинически выраженные, так и «скрытые» явления дезадаптации указывают на необходимость изучения фак-оров риска дезадаптации. Среди них можно выделить две группы факторов: способствующие возникновению и способствующие фиксации и пролонгированию дезадаптации. В числе первых следует назвать дефицит догоспитальной информации и отсутствие психологической «готовности» к смене жизненного стереотипа, необходимость вживания в иные условия «социального изолята», общежития с регламентированным режимом, нежелательным окружением (ослабленные, беспомощные больные), а также лично-стно-психологические особенности.

Во второй группе, т. е. в группе факторов, способствующих фиксации и пролонгированию дезадаптации, наиболее значимым является «госпитализм». Это обстановка социальной депривации, ограниченных возможностей занятости пожилых людей, ситуационного устранения от решения жизненно важных проблем, гиперопека и зависимость от окружающих. К этой же группе факторов относится и негативное воздействие среды: психологическая несовместимость, ограниченность бытового комфорта, формальное отношение персонала, низкий уровень медицинского и бытового обслуживания.

Пролонгированию явлений дезадаптации способствует также и психологически осознанная обреченность на длительное проживание в однообразных условиях дома-интерната, который чаще всего воспринимается пожилыми людьми как «казенный дом».

Для полноты рассмотрения проблемы социально-психологической адаптации пожилых людей в домах-интернатах необходимо коснуться альтернативной группы факторов, которые облегчают адаптацию в этих учреждениях. Среди них профилактика негативного отношения к домам-интернатам, профилактика социальной депривации. С помощью информирования населения об особенностях работы домов-интернатов, а при поступлении пожилых людей в эти учреждения — информирования их о расположении бытовых служб, медицинских кабинетов, об организации питания, занятости, проведении досуга и т.д.

Для предупреждения «госпитализма» особую значимость приобретает организация образа жизни пожилых людей, обучение их правильному общению и межличностным отношениям, вовлечение их в общественно-полезную деятельность, создание условий для поддержания контактов с внешним миром.

Профилактике конфликтных ситуаций в результате психологической несовместимости способствует работа по выявлению склонностей, интересов, установок, привычек пожилых людей, изучение особенностей характера, личности, уровня культуры и образования.

К факторам, облегчающим адаптацию пожилых людей в домах-интернатах, относятся также повышение профессионального и культурного уровня обслуживающего персонала путем обучения основам гериатрии и геронтологии, геронтопсихиатрии и геронтопсихологии, геронтогигиены и деонтологии.

Специально проведенное исследование позволило сформулировать ряд научно обоснованных практических предложений по организации социальной адаптации людей позднего возраста к условиям домов-интернатов [Дементьева Н.Ф. и др., 1985] с использованием индивидуальных программ и учетом степени сохранности пожилых к двигательной активности и способности к самообслуживанию.

Следовательно, теоретический аспект социально-психологической адаптации пожилых людей в домах-интернатах непосредственно смыкается с организационно-методическим. Предполагаемые пути реализации некоторых теоретических положений свидетельствуют о единстве теории и практики, о прикладном значении теоретических подходов к проблеме социально-психологической адаптации пожилых людей в стационарных учреждениях социального обслуживания.

Таким образом, можно считать, что социально-психологическая адаптация применительно к лицам пожилого возраста в домах-интернатах — сложный процесс, в результате которого личность, деформированная старением, множественной соматической патологией и стрессовой ситуацией, приспособляется к новым условиям существования. Длительность и результативность этого процесса определяются личностными особенностями пожилых людей и своеобразием социального окружения.

О.А.Воронина

ВНУТРИЛИЧНОСТНЫЙ КОНФЛИКТ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С НИМ В УСЛОВИЯХ ДОМА-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ПРЕСТАРЕЛЫХ¹

Межличностные конфликты — повседневный элемент жизни дома для престарелых. В такие дома-интернаты попадают, как правило, люди с изломанной судьбой, стареющие по «неуспешно-

¹ Воронина О.А. Внутриличностный конфликт и социально-психологическая работа с ним в условиях дома-интерната для престарелых // Психология зрелости и старения. - 1999. - № 2(6). - С. 22-26.

му» типу (Э.Эриксон), страдающие от не потерявших актуальности былых психических травм. Они приобретают здесь многие блага, но, вместе с тем, подвергаются негативным социально-психологическим воздействиям, являющимся следствием «общежитского образа жизни» и «казенного» унифицированного обеспечения. Это жесткая деформация персонального пространственно-временного континуума, огничение свободы воли, деперсонализация и др. Результатом негативных воздействий становятся невротические состояния, в которых депрессивная пассивность перемежается взрывными аффективными проявлениями.

Кроме того, психика пожилого человека подвергается возрастом инволюционным изменениям, среди которых также достаточно много негативных. К старости акцентуированные черты личности порой приобретают характер гротеска, снижается способность к эмпатии, происходит сдвиг эмоциональной среды в область отрицательных эмоций, растут раздражительность, обидчивость ...

В результате перечисленных тенденций психика старого человека, живущего в доме-интернате, глубоко невротизирована, что приводит его к частым столкновениям с окружающими. Такой человек создает вокруг себя конфликтную среду и сам становится ее жертвой. Он попадает в замкнутый круг: невротическое состояние — конфликт — новое невротическое состояние, порожденное конфликтом.

Самостоятельно человек из этого круга вырваться не может, ему необходима квалифицированная психологическая помощь.

При разработке концепции такой помощи необходимо учитывать как своеобразие субъекта конфликтного действия — пожилого человека, так и своеобразие конфликтов, возникающих в стенах дома-интерната.

Пожилые люди, как уже говорилось, в подавляющем большинстве своем с возрастом приобретают свойства психики, вызывающие межличностные конфликты. Кроме названных выше, это ригидность психических процессов, уменьшение способности и стремления к конформности, эгоистичность и эгоцентризм, снижение мотивации к изменению адаптационных возможностей. Эти особенности психики не только способствуют возникновению конфликтов, но и затрудняют их предупреждение и разрешение. Поэтому пожилые люди традиционно рассматриваются психиатрами и психологами как трудные объекты для эффективной психокоррекционной работы. Однако нельзя не отметить, что у человека с годами появляется и психологический «ресурс»: возрастное снижение уровня психологической защиты улучшает контакт с подсознанием, а рост зависимости от других (по мере физического и интеллектуального

ослабления) делает пожилого человека психологически более податливым, более открытым для коррекционных воздействий.

Своеобразие межличностных конфликтов, возникающих в домах-интернатах, заключается в том, что все они сложносоставные. Любой конфликт, даже если он на первый взгляд очень незначителен, непременно связан с другим, а то и с несколькими другими внешними и внутренними конфликтами того же человека.

Их взаимопереплетение представляет собой сложную структуру, проявляющуюся на двух уровнях: глубинном (сущностном) и внешнем (феноменальном).

Глубинный уровень — мир внутриличностных конфликтов — присущ всем «неуспешным» престарелым людям. Они недовольны собой и окружающим миром.

Глубинный уровень конфликтной структуры осознается ими как экстравертированное тотальное отчуждение и переживается в форме своего противостояния тем мощным социальным факторам, которые человек изменить не в силах. Это переживание эмоционально сглажено, стабильно и фрустрировано.

На внешнем уровне структуры — мелкие бытовые конфликты, возникающие по случайному поводу, но вызывающие у субъекта конфликта бурную эмоциональную реакцию.

Это несоответствие между эмоционально насыщенной реакцией и незначительной причиной, ее вызвавшей, становится понятным, если учитывать взаимосвязь внешнего конфликта с глубинным уровнем конфликтной структуры. Такая взаимосвязь подобна соотношению официального объяснения поведенческого акта и его истинной причины. Подобна, но не аналогична. Если истинная причина поступка втайне, но осознается, то глубинные корни конфликта могут не осознаваться, ведь как причинная эта связь субъектом конфликта не прослеживается.

Но такая связь — реальность, и реальность активная. Глубинные конфликты жизнестойки, так как всегда связаны со значимыми для человека проблемами и ценностями; их неразрешенное скрытое существование и создает почву для (на поверхностный взгляд) неожиданных бурных взрывных реакций. Глубинный уровень конфликтной структуры обнаруживает себя как раз тем, что создает серьезное искажение картины переживания внешнего мелкого конфликта; привносит в переживание накал высокого трагизма, совершенно несоизмеримого с объектом столкновения. По сути, внешний конфликт это не что иное, как сброс напряжения, накопленного во внутреннем неразрешаемом конфликте.

Очевидно, что без вскрытия глубинного уровня попытки решения внешнего конфликта будут напоминать тот тип лечения, когда идет борьба с симптомами болезни, а ее корень не уничтожается.

Игнорирование этой взаимосвязи приводит к искажению оценки поведения человека, что, в свою очередь, мешает разрешению конфликта. Конфликт сложной структуры трудно оценить однозначно с точки зрения конструктивности. Разумеется, снятие только одного внешнего конфликта, без затрагивания внутреннего (чаще всего более значимого), обусловит вскоре появление нового, подобного недавнему, внешнего конфликта. Однако стоит учесть, что внешний бытовой конфликт значим тем, что самим фактом своего возникновения и существования выявляет точки наивысшего потенциала межличностной и внутренней напряженности, а своим развитием и разрешением снижает ее уровень. Это позволяет говорить о его достаточной конструктивной значимости. Конфликт первого уровня — затяжной и трудноразрешимый, ближе к неконструктивному типу, так как возникает вследствие стабильных социальных ситуаций или неизгладимых человеческих травм. Такое понимание сути конфликтов, субъекты которых — пожилые люди, живущие в условиях дома-интерната, позволяет наметить адекватную стратегию психолого-коррекционной работы по их разрешению и профилактике.

В первую очередь усилия должны быть направлены на выявление внутриличностных глубинных конфликтов и их взаимосвязи с конфликтами внешними. С самого начала работы необходимо учитывать особенности психики пожилого человека, в частности ригидность психических процессов, подкрепляемую его устоявшимися взглядами и установками, но одновременно и его психологический «ресурс», который проявляется в общении как высокий уровень заинтересованности во внимании к себе и благоприятном на него реагировании.

Поэтому для установления первичного контакта и выявления структуры внутриличностных конфликтов наиболее эффективно применение психобиографического метода с использованием элементов психоанализа.

Непосредственная работа с глубинными конфликтами трудна, она осложнена тем, что такие конфликты имеют прочные корни и застарело-привычный характер течения.

Ригидность психических процессов пожилого человека велика: он «не может» расстаться с мучающим его переживанием и даже (как это ни парадоксально) «не хочет» этого.

Первый шаг в работе с выявленным конфликтом лежит вне границ психологии. Должна быть предпринята попытка устранить источник конфликта (например, предоставить человеку условия для любимого занятия, которого он лишен).

Второй шаг — это попытка переформирования отношения к источнику конфликта по типу рефреминга. Скорее всего, этот шаг обречен на неудачу в силу характерной для пожилого человека жесткой устойчивости взглядов и установок. Если первый и вто-

рой шаги не принесут результатов, тогда остается возможность, которую надо реализовать полностью.

Третий шаг — это работа по максимальному уменьшению эмоциональной амплитуды переживания глубинного конфликта. Здесь возможно применение самых различных коррекционных техник, которые должны подбираться индивидуально в зависимости от особенностей субъекта конфликта. Такая стратегия действий даст возможность не только смягчать, но, вероятно, полноценно снять внутриличностный конфликт, создаст хорошую основу для дальнейшей работы с внешним конфликтом, позволит смягчить и даже предупредить возникновение ему аналогичных конфликтов.

СТАРОСТЬ И БОЛЕЗНЬ

И.Н.Веселкова, Е.В.Землянова

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ¹

Проблема медико-социального обслуживания пожилых заключается в том, что ... эта группа использует значительные ресурсы здравоохранения. В среднем пожилые в полтора раза чаще обращаются к врачам, в два раза чаще госпитализируются, в два раза дольше находятся на больничной койке, чем остальные группы населения.

Высокая доля лиц пожилого возраста в структуре населения приводит к глубокой деформации в работе скорой помощи. Бригады скорой помощи выполняют несвойственные им функции: выезжают на вызовы к пожилым больным, которые страдают обострениями хронических заболеваний, не требующих экстренной медицинской помощи; снимают ЭКГ; делают инъекции больным, в том числе онкологическим, и др. Научные исследования, проведенные рядом авторов, показали, что доля вызовов скорой медицинской помощи к лицам старше 60 лет составляет от 40 до 63 % [Калининская А. А. и др., 1995].

Характерной особенностью патологии населения старшего возраста является ее множественность, сочетанность. Число выявленных заболеваний с возрастом растет. По результатам комплексных медицинских осмотров, проведенных в различных регионах страны, установлено, что в среднем на одного больного в возрасте 50 лет и старше приходится от 1,7 до 3,6 заболеваний, а для лиц 70 лет и старше — 5 — 7 заболеваний [Мотынга И.А., 1990; Токарева Л. П., 1978]. С каждым десятилетием жизни число некоторых видов заболеваний — гипертонической болезни, ишеми-ческой болезни сердца (ИБС), патологии сосудов головного мозга — удваивается и даже утраивается. Наименее выраженный прирост с увеличением возраста отмечается для болезней органов пи-

¹ *Веселкова И.Н., Землянова Е.В.* Проблемы здоровья и медико-социального обслуживания пожилых людей // Психология зрелости и старения. — 2000. — № 1. — С. 76-88.

щеварения. Нет резких возрастных изменений в частоте почечных заболеваний [Максимова Т.М. и др., 1999].

Чем старше человек, тем более выражена потребность в специализированной врачебной помощи: офтальмологической, кардиологической, урологической, эндокринологической и т.д. Таким образом, с увеличением возраста происходит как бы «наслаивание» одного заболевания на другое, наблюдается взаимоотношение их воздействия, протекающее на фоне снижающихся компенсаторных возможностей старого организма. Это создает определенные трудности при диагностике, требует длительного лечения, а для отдельных контингентов пожилых больных — трудо-затратного медицинского ухода. <...>

В возрасте 60 лет и старше наиболее распространенным видом патологии являются болезни системы кровообращения. Следующие ранговые места занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, органов дыхания, пищеварения, нервной системы и органов чувств, новообразования. На эти шесть классов болезней приходится около 90 % всех заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Изучение состояния здоровья населения старше 50 лет показало, что уже в предпенсионные годы прослеживается значительное увеличение заболеваний сердца и сосудов. В 50 — 59 лет почти 20 % всех обращающихся за медицинской помощью составляют лица, страдающие болезнями системы кровообращения, в 60 — 69 лет — их доля достигает 25 %, а в 80 лет и старше — более 50 %.

Независимо от пола и возраста ведущими нозологическими формами в общем числе заболеваний системы кровообращения у населения старших возрастов как по данным обращаемости (70 %), так и по данным медицинских осмотров (80 %), являются ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь, общий атеросклероз и болезни вен. При этом на ИБС и гипертоническую болезнь приходится около половины всех заболеваний этого класса. При эпидемиологическом обследовании в ряде регионов России пожилых людей в возрасте 60 — 69 лет выявлено, что доля ИБС составляет 37,3 % у мужчин и 38,7 % у женщин [Кобзева А. Ф. и др., 1995]. По данным Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации, распространенность артериальной гипертонии в Москве составляет в группе 60 — 69-летних у женщин 38,8 %, у мужчин — 57,6 %. <...>

Важной проблемой среди пожилого населения (особенно женщин) является остеопороз — основная причина переломов шейки бедра и позвоночника. Остеопороз называют «тихой эпидемией», наиболее распространенной в странах Северной и Центральной Европы и Северной Америки.

Больные с такими переломами становятся обузой для семьи и общества в целом. Средний возраст

больных с переломами шейки бедра превышает 70 лет, с переломами позвоночника — 60 лет. В Москве доля больных старше 60 лет среди всех пострадавших с переломами шейки бедра составляет 68%, с переломом позвоночника — 91 %. По данным одной из крупных многопрофильных больниц, средний срок лечения больных с переломом шейки бедра составил у женщин пожилого возраста 77 койко-дней, у мужчин — 32 койко-дня. Для больных пожилого возраста с переломом тела бедренной кости — 57 и 33 койко-дня соответственно. Учитывая темпы старения населения, проблему остеопороза следует отнести к одной из самых актуальных [Лазебник Л. Б. и др., 1995].

В развитых странах профилактике остеопороза уделяется большое внимание. В число мероприятий входят: рациональное питание, в том числе потребление достаточного количества кальция, витаминов, ряда микроэлементов, и адекватные физические нагрузки. При этом необходимо подчеркнуть, что вложение средств в профилактику наиболее значимых неинфекционных заболеваний среди пожилой части населения позволяет существенно уменьшить затраты на фармакологические и хирургические методы лечения и борьбу с частыми осложнениями в связи с медикаментозным лечением хронически больных пожилых людей.

Согласно исследованиям, фактические показатели общей заболеваемости (по обращаемости) значительно ниже показателей, дополненных результатами медицинских осмотров и сведениями из другой учетно-отчетной документации. Дело в том, что сами пожилые люди часто считают свои недомогания естественным следствием возраста, и потому многие из них обращаются за медицинской помощью только по поводу острых заболеваний или значительного обострения хронических болезней. Показатели общей заболеваемости в среднем по всем классам болезней ниже показателей, дополненных медицинскими осмотрами, в 2,5 раза. В возрасте 55 — 59 лет эти данные ниже в 1,8 раза, в возрасте 60 — 64 года — в 2,6 раза, а в возрасте 80 лет и старше — почти в 4 раза [Злобина А. К., 1996].

При медосмотрах особенно много хронических заболеваний, по поводу которых больные не обращаются к врачам в течение года, выявляются в следующих классах болезней: психические расстройства, новообразования, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения. Структура первичной заболеваемости лиц старших возрастных групп значительно отличается от структуры их общей заболеваемости. Здесь первое место занимают болезни органов дыхания, второе — травмы и отравления, на третьем — болезни нервной системы и органов чувств. Болезни системы кровообращения, лидирующие в структуре общей заболеваемости, среди вновь заре-

гистрированных перемещаются на четвертое место [Толченое Б. А., 1996].

Заболеваемость населения старше 60 лет в отдельных возрастных группах существенно различается как по уровню, так и по структуре. Общая заболеваемость лиц в возрасте 70 лет и старше в 2,9 раза выше, чем в возрасте 60 — 69 лет (первичная — в 1,6 раза). Это можно проследить на отдельных, часто встречающихся заболеваниях: глаукоме — в 3,8 раза, ишемической болезни сердца — в 4 раза, цереброваскулярной патологии — в 5 раз [Кобзева Л. Ф. и др., 1995].

При оценке уровня здоровья следует учитывать не только уровень общей заболеваемости, но и соотношение его с уровнем впервые выявленных болезней. Если в возрастной группе 60 — 69 лет этот показатель составляет 30,7 %, то для людей 70 лет и старше он уменьшается до 17,2 %, что указывает на снижение обращаемости по поводу вновь возникших заболеваний. Выявленную зависимость, по-видимому, следует рассматривать как результат интенсивного формирования и накопления хронической патологии, что можно проследить на примере отдельных заболеваний. Так, при заболеваниях нервной системы соотношение числа вновь возникших и хронических заболеваний снижается с возрастом с 29,2 до 18,9 %, при болезнях костно-мышечной системы — с 34,6 до 22,0 %, мочеполовой — с 30,4 до 18,5 % [Кобзева Л. Ф. и др., 1995].

Для острых заболеваний органов дыхания снижение данного показателя несущественно, в то время как при хроническом бронхите, эмфиземе легких, бронхиальной астме соотношение уменьшается более чем в 4 раза. Это свидетельствует о том, что заболевания с длительным хроническим течением, такие, как болезни системы кровообращения, глаукома, бронхиальная астма, в основном формируются в трудоспособном возрасте.

По результатам многих исследований были установлены определенные различия по полу в заболеваемости людей старшего возраста. У женщин чаще встречаются гипертоническая болезнь, нарушения обмена веществ, сахарный диабет, катаракта, глаукома, варикозное расширение вен, болезни печени и желчевыводящих путей. Мужчины гораздо чаще, чем женщины, страдают хроническим бронхитом, эмфиземой легких, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническим пиелонефритом, чаще подвергаются травмам. Общий уровень заболеваемости у мужчин выше, чем у женщин, как по обращаемости, так и по данным медицинских осмотров. При изучении субъективной оценки собственного состояния здоровья пожилых выявлена четко выраженная закономерность: с увеличением возраста уменьшается удельный вес хороших и увеличивается доля плохих оценок своего здоровья. Доля лиц, считающих

свое здоровье удовлетворительным, составляет в возрастной группе старше 60 лет от 50 до 60 %, хорошие самооценки встречаются лишь в 2 — 3 % случаев [Коновалов О. Е., 1999; Максимова Т. М. и др., 1999]. Следует отметить, что мужчины и женщины пожилого возраста оценивают свое здоровье неодинаково. Пессимистическая оценка в большей степени присуща мужчинам, и с возрастом расхождения в оценках становятся более существенными.

Установлено, что среди женщин молодого и зрелого возраста небольшая доля хороших оценок своего здоровья у незамужних. В возрастной группе 30 лет — 54 года доля женщин, считающих собственное здоровье плохим, у разведенных в 2,4 раза больше, чем у никогда не вступавших в брак. Вдовы пенсионного возраста значительно чаще, чем их сверстницы, состоящие в браке, считали свое здоровье неважным [Коновалов О.Е., 1999].

Сравнение аналогичных показателей общей заболеваемости городского и сельского населения старших возрастных групп показывает, что пожилые в городе болеют в 3,8 — 4,0 раза чаще, чем в селе. Уровни их первичной заболеваемости различаются в 2,5 раза. Более высокий уровень заболеваемости городского населения характерен для ведущих классов болезней, но частота инфекционных и паразитарных болезней, а также болезней кожи, подкожной сетчатки у сельских жителей достоверно выше, что, вероятно, связано с условиями жизни. Психические расстройства у городских жителей также регистрируются чаще, чем в сельских поликлиниках, что можно объяснить развитием в городе специализированной службы [Толченое Б.А., 1996].

Более низкий уровень заболеваемости сельских жителей указывает, конечно, не на их лучшее здоровье, а на меньшую доступность медицинской помощи и соответственно меньшую обращаемость. Например, заболеваемость одиноко живущих престарелых людей, по данным обращаемости, у лиц, проживающих в селах, где есть больницы, в 6,6 раза больше, чем у жителей сел, не имеющих врачебных участков [Гехт И. А., 1995].

Следует отметить, что для одиноких старых людей на селе показатели заболеваемости выступают лишь незначительным звеном в характеристике здоровья, а главную роль играют физическая активность, способность обслужить и материально обеспечить себя.

С прекращением работы заметно уменьшается число обращений за медицинской помощью. Объясняется это не только снижением мобильности, но и отсутствием необходимости в оформлении больничных листов, а также тем, что большинство респондентов считают свои болезни неизбежным атрибутом старости и чувствуют себя в лечебных учреждениях не очень желанными посетителями.

Госпитализация одиноких престарелых людей часто обуславливается не медицинскими, а социальными показаниями, что

объясняет большую продолжительность пребывания их на больничной койке, чем остальных пенсионеров. <...>

При изучении состояния здоровья населения пожилого и старческого возраста необходимо учитывать и показатели, характеризующие степень сохранности здоровья лиц этой группы, способность к самообслуживанию, подвижность. По данным ряда комплексных исследований, в возрасте 60 лет — 64 года до 93 % лиц имели хорошую подвижность, а в возрасте 80 лет и старше — лишь 20 — 23 %. При этом без посторонней помощи, хотя и с трудом, передвигаются 50 % мужчин и 38 % женщин, ограниченно подвижны 20 и 35 %, в том числе прикованы к постели 5 и 8 % соответственно [Гехт И.А., 1995; Злобин А.Н., 1996].

Анализ способности к самообслуживанию лиц старше 80 лет показал, что 35 % обследованных женщин и 25 % мужчин зависят от других лиц [Коган В., 1986; Лакиза-Сачук Н.Н., Неганова С. А., 1982]. В целом по России около 1,5 млн граждан преклонного возраста нуждаются в постоянной помощи и социальных услугах.

Таким образом, увеличение численности населения пожилого и старческого возраста, ухудшение его физического и психического здоровья, снижение физических возможностей и способности к самообслуживанию, рост, по мере старения, потребностей в различных формах общественной опеки определили актуальность организации гериатрической помощи, обеспечивающей медицинское и социально-бытовое обслуживание для поддержания функциональной и социальной независимости этой категории населения.

Больничная гериатрическая помощь населению осуществляется учреждениями общей системы здравоохранения. Вместе с тем комплексный хронический характер патологии пожилых людей, затяжной период выздоровления и особенности проведения реабилитационных мероприятий, включающих сложную программу медицинской, психологической, общественной и профессиональной реабилитации, требуют организации специализированных стационаров для хронических больных в составе крупных больниц и реабилитационных центров. <...>

Безусловный социальный и экономический эффект дает профилактика, направленная на предупреждение, раннее обнаружение и своевременное лечение болезни. Профилактические меры являются одним из главных приоритетов помощи пожилым.

Предопределенное биологически наступление старости выдвигает старение в число объективных факторов социального риска. Следствием этого становится необходимость обеспечения адаптации к ограничениям жизнедеятельности в пожилом возрасте, что в перспективе должно привести к созданию современной комплексной системы социальной защиты пожилых граждан, улучшению обустройства их жизненного пространства.

Н. Ф. Дементьева

ИЗУЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОЖИЛЫХ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ¹

Пожилые люди легко дезадаптируются и нуждаются в морально-психологической поддержке близких людей и социально-психологической адаптации с помощью специальных органов и учреждений.

Проблема социально-психологической адаптации пожилых людей в семье многоаспектна. При ее рассмотрении необходимо учитывать ряд весьма важных факторов, которые имеют как субъективный, так и объективный характер.

К числу субъективных относятся те, которые характеризуют особенности личности как самого пожилого человека, так и членов его семьи. <...>

...Соматическое старение сопровождается недугами, субъективно воспринимаемыми в виде недомогания, дискомфорта, в развитии общих нивелирующих черт, в полярности личностных особенностей. Личностные изменения не только затрудняют социально-психологическую адаптацию пожилых людей в новых условиях, но и препятствуют межличностным отношениям в семье и ближайшем окружении. <...>

Известны и психические заболевания, свойственные пожилому возрасту. Они разделяются на органические поражения (сениль-но-атрофические и сосудистые процессы) и функциональные психозы.

К общим свойствам, объединяющим органические заболевания позднего возраста, относятся:

- наличие лежащего в их основе патологического мозгового процесса, который характеризуется деструктивными изменениями различной степени выраженности;
- общая клиническая тенденция к обеднению личности и психической деятельности, т.е. к развитию деменции;
- возникновение очаговых неврологических расстройств. Функциональные психозы включают такие заболевания, как

инволюционная меланхолия, инволюционный параноид, инволюционный галлюциноз и др.

Все пожилые люди, а тем более те, у которых процесс старения протекает в патологической форме, проявляющейся в соматических недугах, изменениях личности и собственно патологических состояниях и болезнях, нуждаются в медико-социальной помощи.

¹ Дементьева Н. Ф. Подходы к вопросу медико-социальной реабилитации пожилых людей в семье и обществе // Психология зрелости и старения. — 1998. — №4.-С. 22-32.

Для изучения потребностей пожилых людей в медико-социальной помощи методом подворного обхода в одном из районов Москвы были обследованы 240 человек старше 70 лет.

Среди обследованных преобладали (55,8 %) лица старческого возраста (75 — 89 лет), преимущественно женщины (74,6 %). Одинокие, в том числе и одинокие супружеские пары, среди обследованных, подлежащих медико-социальному обслуживанию, составляют 23,4 %.

Установлено, что 77,7 % обследованных не имеют других источников дохода, кроме пенсии.

Из-за низкого дохода почти 73 % опрошенных не покупали промышленные и хозяйственные товары, 99,2 % не посещали зрелищные учреждения, 65,4 % не выписывали газеты и журналы.

Выявленные факты свидетельствуют не только о материальном неблагополучии пожилых людей, но и об их духовном обнищании.

Потребность пожилых людей в различных видах помощи вытекает не только из материальной несостоятельности в условиях гиперинфляции. Она в значительной мере определяется и состоянием здоровья указанной категории граждан: 100 % обследованных страдают заболеваниями системы кровообращения, 39,6 % — заболеваниями нервной системы, 34,5 % — заболеваниями костно-мышечной системы.

Потребность лиц старшего возраста в медицинской помощи обуславливается не только сомато-неврологическими заболеваниями, но и состоянием двигательной активности и способностью самообслуживания. Более половины (56,2 %) обследованных пожилых людей могли передвигаться в пределах квартиры, двора, 48,3 % сохранили частичную способность к самообслуживанию.

Указанные факты отражают потребность этой категории лиц не только в медицинской помощи, но и в использовании вспомогательных средств, помогающих им сохранять относительную бытовую независимость.

Для обеспечения свободы передвижения пожилых людей необходимы различные вспомогательные устройства, опорные приспособления. Установлено, что 47,4 % обследованных используют вспомогательные средства (преимущественно трости), а 16,1% нуждается в их приобретении.

Особенно остро стоит вопрос об установке опорных приспособлений в квартирах (туалетах, прихожих, ванных комнатах).

Из вспомогательных средств, облегчающим лицам старшего возраста бытовую независимость и жизнедеятельность, наиболее необходимыми оказались трости, зубные протезы (67,5 %), очки; 58,4% пожилых граждан нуждается в подборе и обновлении очков в связи с ухудшением зрения.

Анализ показал, что потребность пожилых людей в услугах предприятий бытового обслуживания возрастает по мере сниже-

ния их способности к самообслуживанию. Аналогичные зависимости характерны и для потребности пожилых людей в бытовой помощи.

Полученные данные важны для планирования надомного обслуживания. Информация о состоянии самообслуживания пожилых людей соответствующей территории позволит органам социальной защиты прогнозировать не только число социальных работников, но и перечень первоочередных услуг и видов бытовой помощи.

Комплекс услуг по оказанию медико-социальной помощи, в которой нуждаются лица преклонного возраста, в ходе исследования был разделен на три категории:

- медицинская помощь;
- услуги предприятий бытового обслуживания;
- бытовая помощь.

Известно, что в практике здравоохранения с трудом решаются вопросы госпитализации пожилых людей. Исследование показало, что именно среди весьма старых людей (от 75 до 89 лет) 78,9 % нуждается в госпитализации.

Указанное обстоятельство требует изменения тактики лечебно-профилактических учреждений по отношению к лицам преклонного возраста, открытия гериатрических стационаров, возможно с частично оплачиваемыми видами услуг.

Потребность в дорогостоящей госпитализации пожилых людей может частично отпасть, если будет создана служба оплачиваемых домашних сиделок (2,9 % пожилых людей, по данным исследования, нуждаются в такой службе). Фактически же потребность в домашних сиделках значительно выше, так как отвечающие на вопросы о сиделках люди преклонного возраста просто не были ориентированы на такого рода услуги.

Обследованные лица преклонного возраста нуждаются в получении доврачебной медицинской помощи, которая оказывается им лишь в 47,5 % случаев лечебно-профилактическими учреждениями, в 18,7 % случаев они не получают ее совсем, в остальных случаях такого рода помощь оказывается неквалифицированно (родственниками, соседями).

Выявлена потребность пожилых людей в помощи по уборке квартиры, ремонту жилища, доставке продуктов и медикаментов.

Среди одиноких лиц пожилого возраста 48,4% нуждаются в прикреплении их к центрам социального обслуживания.

Состояние здоровья пожилых людей является показателем для организации медико-социальной реабилитации. Оно определяет потребности лиц пожилого возраста в удовлетворении различных видов жизнедеятельности. От состояния здоровья пожилого человека зависит то обстоятельство, будет ли он нуждаться в медицинской помощи, в восстановлении сил, в нормализации нервно-

психического статуса или психической поддержке. Психологическая поддержка связана не только с состоянием здоровья в пожилом возрасте, но также с уровнем материального благополучия и с отношениями в семье.

Понятие «медицинская реабилитация», его сущность и содержание распространяются и на пожилую возраст (восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование и др.). Особенно это касается восстановительной терапии. Она необходима после перенесенных интеркуррентных заболеваний в стадии ремиссии, когда речь идет об устранении астении психического и соматического характера, о восстановлении функций дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, о ликвидации длительной, вынужденной гипокинезии, обусловленной постельным режимом в связи с соматической патологией.

Период восстановления после болезни требует использования не только медикаментозной терапии (общеукрепляющих препаратов), но и оксигено- и фитотерапии, механо- и кинезотерапии. Эти медицинские мероприятия проводятся в комплексе с психологической реабилитацией.

Необходимость таких реабилитационных мероприятий обусловлена наличием сниженного фона настроения, тревожных опасений в отношении соматического здоровья, неуверенности в благополучном исходе заболевания. Здесь психологическая реабилитация носит коррекционный характер, направлена на восстановление психологического статуса.

Восстановительная терапия как компонент медицинской реабилитации используется и при неврологических заболеваниях, в частности после перенесенных эпизодов нарушения мозгового кровообращения. Последствия этого заболевания, проявляющиеся в нарушениях движения одностороннего порядка (гемипарезы и гемиплегии), требуют длительного периода восстановления и разнообразных методов немедикаментозного лечения: массажа, ЛФК, иглорефлексотерапии, магнитотерапии, бальнео- и грязелечения. Различного рода немедикаментозные мероприятия оказывают не только чисто медицинское воздействие. Не менее важно их психологическое влияние в связи с тем, что в процессе использования указанных методов наглядно видна их эффективность (увеличивается амплитуда движений, нарастает сила мышц). Таким образом, медико-социальная реабилитация пожилых людей включает самые разнообразные мероприятия, в которых участвуют органы и учреждения, оказывающие помощь этой категории граждан. В ней принимают активное участие члены семьи пожилого человека и, что самое важное, он сам. Эффективность реабилитационных мероприятий в значительной степени зависит от усилий и установки самого пожилого человека.

Карта изучения потребностей лиц старших возрастов в медико-социальной помощи

Город _____ район _____ Дата обследования _____

Домашний телефон _____

1. Ф.И.О. _____

2. Пол _____

3. Возраст (полных лет) _____.

4. Семейное положение: одинокий, не имеющий детей
одинокий, имеющий детей в данном городе (селе) одинокий, имеющий детей в другом городе (селе)
одинокие супруги, не имеющие детей одинокие супруги, имеющие детей в данном городе (селе)
одинокие супруги, имеющие детей в другом городе (селе) проживает с родственниками,
опекающими его проживает с родственниками, не обеспечивающими ему помощь число членов
семьи

5. Образование _____

6. Прежняя основная профессия _____

7. Условия проживания: отдельная квартира
комната в коммунальной квартире занимает отдельную от родственников комнату проживает в
одной комнате с родственниками жилая площадь в м.кв. на каждого члена семьи

8. Участник ВОВ (да, нет)

9. Наличие инвалидности

Группа	Инвалид войны	Инвалид труда	Инвалид по общему заболеванию	Инвалид с детства
I				
II				
III				

10. Самообслуживание: полное частичное
не может себя обслуживать

11. Двигательная активность: находится на постельном режиме передвигается в пределах квартиры
передвигается в пределах двора передвигается без ограничений

I

12. Нуждаемость во вспомогательных средствах:

Вспомогательные средства	Использует в настоящее время	Нуждается в приобретении, установке
трость		
костыли		
кресло-коляска		
велоколяска		
мотоколяска		
автомобиль		
протезы (для рук, ног)		
слуховой аппарат		
зубные протезы		
очки		
ортопедическая обувь		
опорные приспособления:		
— в квартире		
— на лестничной площадке		
— в подъезде		
другие вспомогательные средства (указать)		

13. Диагноз имеющейся хронической патологии

14. Нуждаемость в медицинской помощи: систематическое наблюдение врача консультации узких специалистов диспансерное наблюдение лабораторное обследование госпитализация

15. Нуждаемость в доврачебной помощи на дому:

Виды услуг	Нуждаемость	Кто оказывает услуги			Способность нетрудоспособного гражданина или его родственников оплатить услуги
		сам нетрудоспособный гражданин	патронажная сестра	участковая медсестра	
Инъекции					

Виды услуг	Нуждаемость	Кто оказывает услуги			Способность нетрудоспособного гражданина или его родственников оплатить услуги
		сам нетрудоспособный гражданин	патронажная сестра	участковая медсестра	
Обработки пролежней, трофических язв и др.					
Перевязки					
Измерение арт. давления					
Помощь в физиологических отправлениях					
Общий уход (сиделка)					
Другие (указать)					

16. Нуждаемость в социально-бытовых услугах:

Виды услуг	Нуждаемость	Кто оказывает услуги			Способность нетрудоспособного гражданина или его родственников оплатить услуги
		сам нетрудоспособный гражданин	социальный работник	другие лица (указать)	
Прачечная					
Стирка крупного белья					
Стирка мелких вещей					
Химчистка					
Парикмахерская					
Обувная мастерская					
Ателье					
Доставка продуктов:					
— горячей пищи					
— пром. и хоз. товаров					
Приготовление пищи					

Виды услуг	Нуждаемость	Кто оказывает услуги			Способность нетрудоспособного гражданина или его родственников оплатить услуги
		сам нетрудоспособный гражданин	социальный работник	другие лица (указать)	
Оплата коммунальных услуг					
Ремонт жилья					
Чтение газет и журналов					
Сопровождение на прогулке, в поликлинику, церковь и др. учреждения					
Помощь при мытье головы					
— тела					
Стрижка ногтей					
Смена постельного белья					
Другие разовые поручения					

17. Материальное положение: размер пенсии или пособия _____ руб.

18. Вид пенсии: по возрасту

по случаю потери кормильца социальная пенсия по инвалидности

19. Другие источники дохода (вписать название и сумму) _____ руб.

20. Общий доход в месяц на семью _____ руб.

21. Доход в месяц на одного человека _____ руб.

22. Основные статьи расходов в рублях: квартплата

свет

газ

телефон

медикаменты

продукты в среднем на день

платные услуги (прачечная, уборка, парикмахерская и др.)

23. Нуждаемость в морально-психологической поддержке: восстановление связей с прежними сослуживцами восстановление связей с бывшими однополчанами установление связей с Советом ветеранов устранение конфликтных отношений в семье розыск родственников

другие (вписать)

24. Нуждаемость в срочной социальной помощи: питание одежда обувь
медикаменты другая (вписать) _____

В.Ф.Друзь, В.Г.Будза, И.Н.Олейникова, В.А.Медведев

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОДИНОЧЕСТВА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА¹

Постарение населения [Керриган У.М., 1982; Чеботарев Д.Ф., 1980] неуклонно ведет к увеличению количества психически больных позднего возраста [Вартамян М.Е., 1989; Гаврилова СИ., 1987; Шахматов Н.Ф., 1981]. Среди них доля одиноко проживающих составляет около одной трети [Трифонов Е.Г., 1991].

В геронтопсихиатрии проблема одиночества рассматривалась главным образом в связи с влиянием этого фактора на возникновение, течение и обострение психических заболеваний [Ефименко В.Л., 1976; Тибилова А.У., 1990; Шахматов Н.Ф., 1981; Штернберг Э.Я., 1977; Kreisman D. et al, 1988]. Другой важный аспект проблемы одиноко проживающих психически больных позднего возраста — их социальная адаптация — разработан значительно меньше. Актуальность соответствующих исследований в настоящее время возрастает в связи с организацией в стране геронтопсихиатрической службы. В немногочисленных работах на эту тему [Вартамян М. Е., 1989; Зозуля Т. В. и др., 1991; Трифонов Е. Г., 1990; Трифонов Е. Г. и др., 1991] определялась клинико-возрастная структура одиноко проживающих психически больных позднего возраста. Установлено преобладание среди них женщин и лиц, больных шизофренией, по сравнению с пациентами, проживающими в семьях, а также увеличение доли одиноких в старших возрастных группах. Одинокие пожилые психически больные выделены в категорию повышенного риска в отношении социальной дезадаптации [Барков И. И., 1985; Даниленко Е. Т., Косое Е. С, 1975]. Однако такие исследова-

¹ Друзь В.Ф., Будза В. Г., Олейникова И.Н., Медведев Р.А. Клинические и социальные аспекты одиночества психически больных позднего возраста // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. — 1998. — № 7. — С. 21—24.

ния крайне малочисленны и выполнены в основном на материале отдельных диспансеров Москвы и Санкт-Петербурга, являющихся базами научных психиатрических учреждений, что не может не отражаться на результатах. Поэтому для получения более полного представления о проблеме необходимы региональные медико-социальные исследования.

В настоящей работе ставилась задача определить клинико-социальную структуру диспансерного контингента одиноко проживающих психически больных пожилого и старческого возраста и сравнить ее с аналогичной структурой пожилых психически больных, проживающих в семье. Работа проводилась в два этапа. На первом этапе были обследованы все больные в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшиеся на двух обычных территориальных участках областного психоневрологического диспансера Оренбурга. Из общего числа больных (1077 человек) пациентов позднего возраста было 240 (22,3 %) — 160 женщин и 80 мужчин. Подробная клинико-социальная характеристика этого контингента больных была представлена нами ранее [Будза В. Г. и др., 1994]. На втором этапе проведен сравнительный клинико-социальный анализ двух групп больных: проживающих одиноко (70 человек — 56 женщин и 14 мужчин) и проживающих с родственниками (170 человек — 104 женщины и 66 мужчин). В настоящей работе отражены результаты второго этапа исследований.

В дополнение к обычному клиническому обследованию применялся метод опроса (анкетирование, интервьюирование) больного, родственников и врача диспансера по специально разработанной программе. Выяснялись демографические (пол, возраст) и социально-экономические (уровень образования, жилищные условия, материальное обеспечение, трудовая деятельность) показатели. Доля одиноких больных составила 29,2 % (70 из 240). Приведенный показатель близок к данным других авторов [Михайлова Н. М., 1993; Трифонов Е. Г., 1991]. В обеих группах (одинокие и семейные) преобладали женщины. Среди одиноких женщин было 56 (80 %), среди проживающих в семье — 104 (61,2 %), но в группе одиноких удельный вес женщин был выше ($p < 0,05$). У одиноких соотношение женщин и мужчин равнялось 4:1, у проживающих с родственниками — 1,6:1. Таким образом, достоверное преобладание женщин было только в группе одиноких. В общем контингенте обследованных (240 больных) соотношение женщин (160) и мужчин (80) составляло 2:1. Значительное преобладание женщин среди одиноких больных, возможно, обусловлено несколькими моментами: большей биологической жизнеспособностью женщин [Сачук Н. Н., 1970]; социально-психологическими особенностями женщин — они луч-

ше приспособлены к ведению домашнего хозяйства, легче устанавливают связи с внесемейным социальным окружением; у них более благоприятно протекают многие психические заболевания [Good W.R. et al, 1987]. По мнению Н.Ф.Шахматова [1996], у женщин в позднем возрасте продуктивная симптоматика встречается чаще, чем у мужчин, которым более свойственны дефицитарные расстройства. Наши данные подтверждают эту точку зрения. Так, продуктивные психопатологические синдромы (параноидный, аффективный, неврозоподобный) у женщин в нашей выборке встречались чаще (у 95 из 160, или у 59,4 %), чем у мужчин (у 33 из 80, или у 41,3 %), а дефицитарные (апатобулический, психопатоподобный, психоорганический, слабоумие) — реже: у 65 из 160 (40,6%) при 47 из 80 (58,7%) у мужчин ($p < 0,05$).

Сопоставление двух групп больных по возрастным показателям обнаружило как сходные явления, так и различия. <...> В обеих группах наблюдалась общая тенденция: по мере увеличения возраста уменьшалось число больных. Однако среди одиноких доля больных в менее старших возрастных группах (60 — 69 и 70—79 лет) была выше, чем у семейных, а в самой старшей возрастной группе (80 лет и старше) — значительно ниже, чем у больных, живущих в семье. Кроме того, более половины одиноких были в возрасте до 70 лет, в то время как основная часть больных, проживающих в семье, была старше 70 лет. Средний возраст одиноких больных был ниже ($65 \pm 2,3$ года), чем у семейных ($69 \pm 3,7$ года), ($p < 0,01$). <...>

Более молодой в целом возраст одиноких больных можно объяснить тем, что часть пациентов не доживают до 80 лет или направляются в интернат, другую часть забирают к себе родственники в связи с нарастающей беспомощностью пациентов, а иногда и из прагматических интересов. Последнее обстоятельство не всегда согласуется с желанием больного, поэтому возникают определенные правовые проблемы, требующие специального изучения.

Наши данные не совпадают с наблюдениями Т. В. Зозули и соавторов [1991], которые обнаружили большее количество одиноких больных в самой старшей возрастной группе (19 %) по сравнению с больными, проживающими в семье (16%). При оценке этих расхождений следует иметь в виду, что в указанной работе речь идет о больных специализированного геронтопсихиатрического кабинета диспансера, где пациенты старших возрастных групп, естественно, выявляются значительно лучше по сравнению с традиционной участковой службой.

При сравнении образовательного уровня существенных различий между одинокими больными и проживающими в семьях не выявлено. У одиноких высокий уровень образования встречался несколько реже (17,2%), чем у семейных (23%), средний — немного чаще (51,4 и 43,5 % соответственно) и почти с одинаковой частотой отмечался низкий уровень (31,4 и 33,3 %).

Материальное обеспечение (размер пенсии) больных, живущих в семье, в среднем было на 20% выше. Кроме того, они были лучше обеспечены благодаря помощи близких. Среди них чаще, чем среди одиноких (7,1 и 2,9% соответственно), встречались пациенты, занимавшиеся непрофессиональной деятельностью, приносящей доход (надомный труд, овощеводство и садоводство, работа вахтером). Возможно, это связано с лучшим соматическим состоянием больных, живущих в семьях (об этом будет сказано ниже), а также с их стремлением повысить социальный статус, сниженный в связи с болезнью и возрастом, и таким образом укрепить позиции в семье.

При оценке жилищных условий мы исходили из критериев, принятых в социальной гигиене [Гришина О. В. и др., 1974]. В обеих группах преобладали удовлетворительные жилищные условия (у одиноких в 47,1 % случаев, у семейных в 48,2 %). Однако у одиноких больных несколько чаще встречались плохие (30 и 23,6 % соответственно) и реже — хорошие (22,9 и 28,2 %) жилищные условия. Значительные трудности одинокие больные испытывали в связи с бытовыми проблемами (доставка продуктов, стирка, уборка квартиры).

Рассматривая соматическое состояние обследуемых, мы применили шкалу оценок, заимствованную из работы Ю.М.Данилова (1984), который выделяет декомпенсацию, субкомпенсацию и компенсацию. <...>

У одиноких чаще наблюдались декомпенсированные состояния, реже субкомпенсированные и компенсированные. Менее тяжелое соматическое состояние больных, проживающих с родственниками, по сравнению с одинокими, вероятно, вызвано несколькими обстоятельствами: поддержкой со стороны близких, которые независимо от отношения к больному (положительное или отрицательное) способствуют оказанию ему своевременной и адекватной медицинской помощи, а также следят за регулярной поддерживающей терапией; недостаточным вниманием к одиноким больным (заброшенность данного контингента) со стороны врачей районной поликлиники, диспансера и социальных работников; влиянием дополнительного психогенного фактора (одиночество) в нарастании тяжести их соматических заболеваний.

Сопоставление одиноких больных и пациентов, проживающих в семьях, по нозологическим формам показало, что среди одиноких достоверно чаще встречались больные шизофренией (/ K0,05), пациенты с экзогенно-органическим поражением головного мозга и маниакально-депрессивным психозом. Меньше, чем среди семейных, было пациентов с сосудистыми заболеваниями и эпилепсией. Среди одиноких не было больных олигофренией и эндогенно-органическими (атрофическими) психозами.

Наши результаты несколько отличаются от данных литературы [Зозуля Т.В. и др., 1991]. У обследованных нами пациентов среди одиноких чаще встречались больные шизофренией (55,7 и 41,6 % соответственно) и отсутствовали больные с эндогенно-органическими (атрофическими) психозами, в то время как по данным литературы эти состояния наблюдались в группе одиноко проживающих у 6,9 %. Вместе с тем отмечена и общая тенденция — преобладание больных шизофренией в группах одиноких и семейных и их больший удельный вес среди одиноких по сравнению с пациентами, проживающими в семье. Поэтому можно думать о наличии определенной связи между одиноким проживанием и наличием этого заболевания. Такая точка зрения подтверждается данными ряда авторов [Богдан А. И., 1983; Голик А.Н., 1996; Шмаонова Л.М. и др., 1977] о преимущественном распространении одиноких лиц среди больных шизофренией. Для более глубокого понимания зависимости семейного положения от клинических особенностей мы провели сравнительный анализ синдромальной картины больных, проживающих одиноко и в семье. <...> Установлено, что у одиноких чаще, чем у семейных, наблюдались галлюцинаторно-бредовые состояния (в основном это были больные шизофренией — 21 из 22). На склонность пожилых больных с бредовым синдромом к одиночеству указывал Н.Ф.Шахматов (1973). <...> В связи с этим можно предположить, что параноидная симптоматика способствует одинокому проживанию. Очевидно, не последнюю роль здесь играют особенности бредовых расстройств в позднем возрасте — направленность персекуторно-го бреда на ближайшее семейное окружение, что порождает конфликт и разрыв отношений с близкими.

Значительно реже в группе одиноких встречались больные со слабоумием. Редкое одиночество таких больных (в нашем материале это были пациенты с лакунарной деменцией) обусловлено скорее всего трудностью или невозможностью самостоятельного ведения домашнего хозяйства и самообслуживания.

Остальные синдромы в обеих группах встречались примерно с одинаковой частотой. Однако в целом у одиноких превалировали продуктивные расстройства над дефицитарными ... Это свидетельствует о доминировании более легкого регистра психических расстройств у одиноких, в то время как у проживающих в семье продуктивные и дефицитарные синдромы распределились с одинаковой частотой.

Таким образом, были выявлены существенные различия в клинико-социальной структуре одиноких больных и больных, проживающих в семье. Одинокие больные в среднем моложе, у них хуже социально-бытовые условия, среди них чаще встречаются женщины, лица, больные шизофренией, и пациенты с продуктивными синдромами, а также с тяжелой соматической патоло-

гией. Группа одиноких больных более гомогенна по структуре: в ней уже спектр нозологических форм и синдромальных проявлений, она более однородна в демографическом и социальном планах. Группа больных, проживающих с родственниками, является более гетерогенной: в ней шире представлен спектр психических расстройств и большая вариабельность социальных и демографических показателей.

Т. В. Зозуля

К ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА¹

С возрастом у людей накапливаются проблемы, связанные с нарушением психического здоровья. Распространенность психических расстройств среди граждан пожилого и старческого возраста составляет от 50 до 70 %. По данным сплошного обследования москвичей старше 60 лет, в 61,4 % случаев были выявлены психические нарушения [*Калын Я.Б., Гаврилова СМ., 1997*]. Большая распространенность психических нарушений в старшем возрасте объясняется тем, что благодаря достижениям медицины люди, у которых выявлены расстройства психики в детстве и молодости, чаще доживают до глубокой старости. Кроме того, в пожилом и старческом возрасте резко увеличивается риск развития психических заболеваний. Это связано как с физиологическими и психическими особенностями старения, так и с воздействием социальных факторов.

В период старения наблюдаются изменения в высших психических процессах, эмоциональные сдвиги, нарастание физической немощности и развитие многих соматических заболеваний. Эти факторы подготавливают почву для возникновения психических расстройств.

Одна из характерных особенностей стареющей психики — снижение темпа психической активности — проявляется в замедлении психомоторных реакций, сужении объема восприятия, снижении сосредоточенности, ослаблении памяти. Пожилые люди жалуются на забывчивость и рассеянность, затруднения в усвоении новой информации. Им становится все труднее ориентироваться в новой обстановке, менять жизненные стереотипы и приобретать новые навыки. К эмоциональным изменениям в период старения можно отнести повышенную ранимость, обидчивость, раздражительность,

¹ *Зозуля Т. В.* К проблеме профилактики психических расстройств пожилого возраста // Психология зрелости и старения. — 2000. — № 2 (10). — С. 115—123.

неустойчивое настроение с преобладанием пониженного фона и пессимизма, часто возникающее чувство страха и тревоги. Отмечается неадекватность реакции на внешние и внутренние раздражители. Любая, даже незначительная обида, бестактность, проявление неуважения и черствости со стороны окружающих в пожилом возрасте воспринимаются как тяжелая психическая травма и могут привести к эмоциональному срыву и декомпенсации психического состояния. В связи с ригидностью мышления пожилой человек не может отстраниться от эмоционально негативно окрашенной ситуации, вновь и вновь переживает неприятное событие.

Для пожилых людей свойственны концентрация внимания на ограниченном круге аффективно заряженных представлений, эгоцентризм, трудность общения, связанные с возрастными психологическими изменениями и сужением социальных ролей. Происходит усиление противоречивых личностных черт — эмоциональной ригидности и сензитивности наряду с повышенной требовательностью и нетерпимостью к взглядам и поступкам окружающих, снижением критичности к собственному поведению. Это затрудняет общение и способствует возникновению межличностных конфликтов, в первую очередь в собственной семье, с детьми.

В пожилом возрасте нередко вопросы здоровья приобретают доминирующее значение. Пожилые люди становятся ипохондриками, фиксируют внимание на физических ощущениях, много времени уделяют медицинским обследованиям и лечению многочисленных недугов.

Перечисленные изменения затрудняют социально-психологическую адаптацию к новым жизненным условиям и событиям. Многие социальные факторы, которые характерны для пожилого и старческого возраста, такие, как утрата или серьезное заболевание близкого человека, ухудшение собственного соматического здоровья, семейные конфликты, одиночество, вынужденное изменение привычного уклада жизни, могут вызвать декомпенсацию психического состояния, стать причиной развития психического заболевания. Исследование пациентов психоневрологического кабинета территориальной поликлиники показало, что экзогенные факторы в 46,8 % случаев выступали в качестве причинных или провоцирующих психические расстройства.

Психологическую напряженность вызывают также экономический кризис и политическая нестабильность в стране. Косвенно об этом может свидетельствовать показатель смертности от самоубийств среди пожилых, который за последние 10 лет вырос в 1,7 раза и составил в 1997 г. 48,1 на 100 тыс. населения. Заболеваемость пограничными формами психических расстройств (теми, которые в большей мере связаны с воздействием неблагоприятных внешних факторов) только за последние пять лет увеличилась среди

пожилых на 13,5 % (по данным официальной статистической отчетности психиатрических учреждений). При ответе на вопрос: «Какие причины вызывают у Вас чувство душевного дискомфорта и тревоги?» клиенты центров социального обслуживания (ЦСО) наиболее часто (в 46,5% случаев) называли материальное неблагополучие и ощущение незащищенности от социально-экономической нестабильности в стране. Чувство тревоги или депрессии испытывали примерно 70 — 80 % лиц, посещающих дневное отделение ЦСО, в 11 % случаев у них выявлялись суицидальные мысли [Зозуля Т. В., 1996; Полищук Ю.И., 1999].

К другой группе факторов, которые способствуют развитию психических нарушений, следует отнести соматические заболевания. Столь распространенные в пожилом возрасте сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания часто сопровождаются нарушениями психики. В старости любое острое или инфекционное заболевание, например пневмония, нарушение функции почек или печени, перелом костей могут вызвать развитие психоза. Проведенные исследования показали, что среди пожилых (старше 60 лет) пациентов психоневрологического кабинета территориальной поликлиники психические расстройства, обусловленные соматическими заболеваниями, наблюдались в 45,8 % случаев, а в стационаре общего типа — в 59 % случаев.

При рассмотрении проблемы профилактики психических расстройств в позднем возрасте необходимо учитывать все аспекты психического здоровья. К ним относятся:

- наследственность, в первую очередь таких заболеваний, как шизофрения, циркулярные аффективные нарушения, болезнь Аль-цгеймера и др.;
- психологические особенности и выработанный в течение жизни стереотип личностного реагирования на стресс;
- состояние высших психических функций, органические изменения головного мозга;
- общее физическое и соматическое состояние;
- влияние психологических и социальных факторов, в первую очередь состояния одиночества, психологического климата в семье, уровня социального функционирования пожилого человека и его зависимости от окружающих.

Профилактика развития психических заболеваний должна включать биологические, психологические и социальные составляющие. Лица с неблагоприятной наследственностью по психическим заболеваниям должны входить в группу повышенного риска и браться под врачебный контроль заблаговременно. С учетом тесной взаимосвязи соматической и психической сфер к основным мерам укрепления психического здоровья следует отнести поддержание соматического благополучия, своевременное лечение соматических заболеваний. Мониторинг соматического и психичес-

кого состояния позволит определить контингента пожилых людей, с которыми в первую очередь необходимо проводить профилактическую работу.

Профилактические меры прежде всего должны включать в себя поддержание здорового образа жизни. Хорошо известно, что физическая активность, интеллектуальная работа помогают сохранять бодрость, хорошее настроение, оптимизм, активное внимание, память, процессы мышления. Положительное влияние на стабилизацию вегетативных функций нервной системы, эмоциональное состояние оказывают водные процедуры и закаливание.

В пожилом возрасте большое значение приобретает диетически рациональное и полноценное питание. Поскольку в процессе старения происходит целый спектр физиологических изменений, увеличивается потребность во фруктах и овощах, морепродуктах, кисломолочных, зерновых продуктах, растительных жирах. Эти продукты богаты жизненно необходимыми в пожилом возрасте растительным белком, витаминами, отвечающими за процессы омоложения и состояние высшей нервной деятельности (витамины А, С, Е, группы В). В пожилом возрасте увеличивается потребность в таких микроэлементах, как кальций, йод, фосфор, медь. Как корректоры рациона питания и естественные средства укрепления психического здоровья, адаптогены, иммуностабиллизаторы и антиоксиданты могут использоваться биологически активные добавки, сборы лекарственных трав.

В последнее время определенное внимание уделяется гормональным препаратам (эстрогенам), которые не только улучшают общее и психическое самочувствие, «продлевают молодость», но и являются профилактическим средством развития болезни Альцгеймера.

Для сохранения психического здоровья в пожилом возрасте важен благоприятный психологический климат. Основная проблема, с которой сталкивается пожилой человек, — одиночество. Это не только отсутствие родственников, друзей, супруга или проживание отдельно от молодых членов семьи. Одиночество — сугубо индивидуальное ощущение, не выводимое непосредственно из реальных условий проживания, которое в определенной степени зависит от склада характера и социального функционирования пожилого человека. Чувство одиночества пожилые люди, проживающие в семье, испытывают не реже, а порой даже чаще, чем те, которые проживают одни. Среди лиц, исследованных в ЦСО, на чувство одиночества жаловались 41,4 % из числа семейных и 39,3 % проживающих одиноко. Те, кто испытывал чувство одиночества, жаловались на безразличие, непонимание и отсутствие поддержки со стороны близких.

Выход на пенсию не только изменяет жизненный стереотип, но для многих является мощным стрессовым фактором [Коршуно-

Ва Н.К., Медведев Н.В., Старостина П.Ю., 1999]. После выхода на пенсию круг общения у пожилого человека сужается, и семья становится одной из главных жизненных ценностей. В связи с этим важно обеспечение теплых взаимоотношений в семье, признание в пожилом человеке не только помощника по хозяйству, но и советчика, обладающего богатым жизненным опытом и мудростью. От самих пожилых людей зависит широта контактов, стремление оказать посильную помощь, проявление по отношению к окружающим доброты и внимания. Доброжелательная атмосфера в общении со сверстниками и людьми младшего поколения поможет укрепить чувство самоуважения, поддерживать оптимизм и хорошее настроение.

Пожилему человеку важно ощущать свою полезность для семьи и общества, значимость себя как личности. Это помогает сохранять высокую самооценку, формировать новую активную жизненную позицию, адекватно относиться к собственному старению. Занятость пожилого человека зависит от его физических сил и психологической установки на социальную роль. Необходимо создание в обществе условий для проявления социальной активности пожилого человека, использования его творческого, интеллектуального и трудового потенциала.

Рассмотрим основные организационные меры профилактического характера, направленные на сохранение психического здоровья пожилых. В первую очередь, необходима организация широкой информационно-просветительной кампании с помощью средств массовой информации, чтения лекций в различных социальных группах, обращений к органам государственной власти и политикам. Такая работа должна преследовать две цели и иметь различные точки приложения. С одной стороны, это информирование самих пожилых людей по вопросам укрепления их психического здоровья, особенностей психического старения и психических нарушениях в старости, расширение опыта организации общественных объединений пожилых и признание их важной роли в жизни старшего поколения, семьи и общества в целом. С другой стороны, сохранение психического здоровья пожилых, укрепление их социального статуса, организация социальных мер поддержки и помощи этой категории граждан должны стать одним из приоритетных направлений государственной политики.

В структуре учреждений, занимающихся проблемами психического здоровья, значимое место должно быть отведено различным формам психологической поддержки пожилых. Необходимо развитие разветвленной сети психологических консультаций, «телефонов доверия» и других форм социально-психологической помощи. Особое внимание следует уделить организации психологической помощи в структуре многочисленных центров социального обслуживания и зарождающихся гериатрических центров — уч-

реждений, которые по своей сути предназначены для проведения такой работы. Вопрос о расширении круга мероприятий реабилитационного характера и штата психологов в центрах социального обслуживания уже поднимался в печати [Дементьева Н. Ф., 1998; Зозуля Т.В., 1997]. Пожилому человеку после выхода на пенсию иногда надо помочь утвердиться в новой для него социальной роли. Работа с пожилыми людьми должна быть направлена на те стороны их жизни, в которых чаще всего проявляется социальная дезадаптация: преодоление усиливающейся социальной изоляции пожилых людей и чувства одиночества, помощь в сложных жизненных ситуациях, при утратах близких людей и крахе надежд, решение социально-психологических проблем, семейных и других микросоциальных конфликтов, помощь в приобретении новых интересов и досуговых занятий.

Немаловажное значение для сохранения социальной активности пожилых, преодоления одиночества (что является одним из факторов уменьшения риска психического заболевания), кроме ЦСО, имеют клубы с социально-реабилитационной и культурной программой, сообщества пожилых для решения их схожих проблем.

Пожилые и престарелые люди — категория граждан особо нуждающихся в медицинской помощи и социальной защите. Развитие психиатрической помощи в структуре учреждений общесоматической и гериатрической службы¹ имеет особое значение для лиц, страдающих психогенными и соматически обусловленными психическими нарушениями, которые в настоящее время неохотно обращаются в психоневрологический диспансер. В функциональные задачи специализированной гериатрической службы должно входить совершенствование не только лечебно-реабилитационной помощи пожилым, но и развитие профилактического направления, широкое внедрение диспансеризации населения с целью своевременного выявления психических заболеваний. <...> Решение проблемы развития медицинской и социальной помощи пожилым невозможно без кадрового обеспечения, в связи с чем встают вопросы подготовки специалистов — гериатров, геронтопсихиатров, социальных работников, психологов.

Таким образом, проблема профилактики психических расстройств пожилых людей имеет множество составляющих и зависит как от усилий отдельных категорий специалистов, так и от отношения к этой проблеме государства и общества в целом.

¹ См.: Приказ Министерства здравоохранения РФ № 297 от 28.07.98. «О совершенствовании организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации».

Р. Ш. Бахтияров, А. В. Гнездилов, О. Т. Дятченко и др.
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА¹**

В Санкт-Петербурге в среднем ежегодно выявляется свыше 16 — 18 тысяч больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования и около 80 тысяч больных состоит под диспансерным наблюдением онкологической службы города [Злокачественные новообразования в Санкт-Петербурге, 1996; Состояние и прогноз здоровья населения Санкт-Петербурга в изменяющихся экологических условиях, 1998]. За последние годы заметно усилился интерес к изучению социально-психологических проблем онкологических больных пожилого возраста, которые составляют основной контингент лиц, заболевших злокачественными новообразованиями [Блинов Н.Н., Демин В.Н., Чулкова В.А., 1989; Гнездилов А. В., 1996; Демин В. Н., Чулкова В. А., 1996; Жильцова И. П., 1996].

Следует признать, что разработка этого направления не только актуальна, но и весьма перспективна, так как во многом определяет возможности социальной реабилитации пожилых людей, перенесших тяжелое заболевание, и соответственно их возвращения к прежнему образу жизни [Колосов А.Е., Шиповников Н. Б., 1994].

Вопрос о необходимости сохранения социально-психологического здоровья онкологического больного у нас в стране впервые поставил основоположник отечественной онкологии академик Н.Н. Петров в своем классическом труде «Вопросы хирургической деонтологии (о должном в хирургии)», вышедшем в свет в 1947 г. и неоднократно переиздававшемся [Петров Н.Н., 1947]. В настоящее время информационное поле онкологического больного заметно расширилось; однако глубоко гуманный подход к проблеме в целом, заложенный Н.Н.Петровым, остался незыблемым. По-прежнему наиболее болезненной и спорной остается проблема раскрытия информации больному об истинном характере его заболевания [Блохин Н.Н., 1977].

Мы хотели бы рассмотреть некоторые аспекты эволюции взглядов и мнений, которые произошли в этом сложном вопросе за последние десятилетия. В основе произошедших перемен лежит

¹ Бахтияров Р.Ш., Гнездилов А. В., Дятченко О. Т., Олейник В. В., Симонов Н.Н., Узунова В. Г., Шабашова Н.Я., Шашкова Н.Г., Шиповников Н.Б. Психологические и социальные аспекты реабилитации онкологических больных пожилого возраста // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 1. — С. 64—74.

совершенствование методов лечения злокачественных новообразований и их различных сочетаний, что, безусловно, привело к улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения и продлению жизни онкологических больных. Вопрос о том, «сколько прожил больной после завершения лечения», по-прежнему сохраняет свою актуальность, однако не менее значимым стал вопрос о том, «как он прожил эти годы» [Блинов Н.Н., Ко-мяков И.П., Чулкова В. А. и др., 1997; Общая онкология, 1989]. Одним из важнейших результатов прогресса клинической онкологии явилась реальная возможность для многих онкологических больных вернуться к труду и прежнему образу жизни.

С конца 70-х годов НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова совместно с НИИ психоневрологии им. В.М.Бехтерева начал исследования, направленные на изучение возможностей восстановительного лечения и возвращения к прежнему образу жизни больных злокачественными новообразованиями основных локализаций. К этим исследованиям наряду с клиницистами были привлечены психоневрологи, психологи и социологи [Колосов А. Е., Шиповников Н.Б., 1994; Узунова В.Г., 1985]. Одновременно с разработкой возможностей медицинской и социальной реабилитации больных было начато изучение психологических нарушений у онкологических больных и методов их коррекции [Гнездилов А.В., 1996; Колосов А. Е., Шиповников Н. Б., 1994]. Больные наблюдались на различных этапах онкологического заболевания, которые условно можно разделить следующим образом:

- диагностический (поликлинический);
 - этап поступления в стационар для оперативного лечения;
 - предоперационный;
 - послеоперационный;
 - этап выписки;
 - катamnестический период (пребывание дома);
 - терминальный период с поступлением и пребыванием в хосписе и/или в домашних условиях.
- Несомненно, каждый из этих этапов имеет свои особенности в подходах к обеспечению психологического здоровья онкологического больного, однако их объединяет и определенная общность, которую нельзя не отметить. Речь идет о фиксации (среди наиболее значимых факторов) степени выраженности у больных психогенных реакций.

По нашим данным, психогенные реакции больных можно разделить на легкие, средней степени тяжести и тяжелые:

- легкая степень характеризуется отдельными не резко выраженными расстройствами, которые можно расценивать как адекватную форму психогенных реакций, приближающихся к невротическому уровню и в большинстве случаев купируемую самими больными;

- средняя степень сопровождается невротическими расстройствами выраженной интенсивности и требует для своей коррекции врачебной помощи;

- при тяжелой степени сила переживаний достигает уровня невротической, а подчас и психотической симптоматики, требуя вмешательства психиатра.

На первом этапе нашего исследования изучались степень информированности онкологических больных о характере заболевания и их психологическая готовность к получению правдивых сведений о диагнозе, что соответствует диагностическому (поликлиническому) периоду.

Ретроспективный анализ свидетельствует о том, что этот период информационно является одним из наиболее тяжелых для онкологического больного [Гнездилов А. В, 1996].

Исследование проводилось с помощью специальной анкеты и охватило 280 больных, из числа которых у 23,2 % были выявлены опухоли наружных локализаций, 69,3 % страдали опухолями желудочно-кишечного тракта и у 7,5 % больных локализация опухоли нуждалась в уточнении.

Анализ эмоционального состояния больных показал, что у 28,9 % из них наблюдался выраженный уровень тревоги и беспокойства, связанный с характером заболевания, у 51,4% установлен умеренный уровень тревоги, 19,6 % больных не были встревожены или обеспокоены в связи с поставленным диагнозом тяжелого заболевания. В полном объеме оказались информированными только 12,5 % больных, неполное или частичное представление о заболевании имели 31,1 %. Для 56,4 % ситуация представлялась неопределенной, однако, с их точки зрения, она сопровождалась угрозой для жизни, крушением жизненных планов и серьезным нарушением жизненного стереотипа. При этом выяснилось, что информация, полученная от районного онколога по месту жительства, удовлетворила только 25 % больных, 31 % остался неудовлетворенным, 44 % больных дали неопределенный ответ, свидетельствующий о психологическом стрессе, дезориентации и эмоциональном шоке вследствие фатальной угрозы предполагаемого диагноза. Тенденция скрывать правду (од-новариантный оптимизм) нередко нарушала контакт между врачом и пациентом, между пациентами и их родственниками; сама же неизвестность выступала в качестве травмирующего психику фактора. Пациенты чувствовали себя одинокими, дезориентированными в реальном положении и обманутыми. Половина всех больных (50,0 %) проявила четкое стремление получить дополнительные сведения об онкологическом заболевании, его природе, прогнозе и своей судьбе в целом. При этом часть больных читала медицинские справочники, энциклопедии, научно-популярную литературу, получала сведения от знакомых медицинских работников.

Психологическая установка на получение информации от врача может быть, таким образом, представлена в виде трех вариантов:

- стремление знать ситуацию, связанную со своим заболеванием;
- желание пребывать в неведении, принимая «игру в молчание»;
- предпочтение находиться в рамках «деонтологической легенды» о природе и происхождении выявленного заболевания.

Очевидно, что психологическое здоровье онкологического больного не только тесно связано с объемом информации, которую он получает с момента установления диагноза, но и заметно меняется в процессе адаптации к заболеванию, что, в свою очередь, влечет за собой изменение [его] социальных установок.

В то же время 65 % больных отметили, что в их общении с врачом наиболее приемлемой и желательной была бы полная откровенность, однако каждый пятый из них (13 %) хотел бы получить приемлемую для себя информацию о диагнозе и болезни («доктор, только не рак!») и лишь 6,4 % больных подчеркнули свое нежелание знать какие-либо подробности о своем заболевании. Нельзя не отметить и тот факт, что большинство населения в общих чертах информировано о раковых заболеваниях (с помощью прессы, телевидения, а также в результате наблюдения за онкологическими больными среди знакомых и родственников) [Гнездилов, 1996]. Вместе с тем следует помнить, что онкологическое заболевание, связанные с ним боли и страдания представляют собой один из наиболее мощных стрессовых факторов, влияющих на психику пациента. Как известно, население уверено в фатальном характере онкологических заболеваний. Приведенные данные позволяют подвергнуть сомнению и пересмотреть один из основных деонтологических принципов онкологии — сокрытие диагноза от больного. Объективность требует признать, что сокрытию диагноза препятствует направление на лечение в онкологический стационар, необходимость пожизненного наблюдения у районного онколога, прохождения специализированной онкологической ВТЭК и, наконец, почти неизбежный прорыв информации, в той или иной форме достигающей больного. Тем более ответственной становится роль врача, связанная с раскрытием информации о наличии онкологического заболевания.

На основе обобщения нашего опыта мы рекомендуем соблюдение некоторых принципов [Гнездилов А.В., 1996; Колосов А.Е., Шиповников Н.Б., 1994; Мотынга И.А., Мазуркевич Т.Л., 1997], особенно на первом этапе общения врача с больным:

- прежде всего, должно быть выбрано удобное для пациента и врача место для беседы, так как негативная информация должна быть пережита врачом и пациентом совместно и требует определенного времени;

- рекомендуется давать информацию по частям, а не сразу, что помогает адаптации пациента;
- прежде чем информировать больного о его диагнозе, следует убедиться в том, насколько он заинтересован узнать правду; в этих случаях помогает тактика контрвопросов;
- фактически сам больной должен стать источником информации; дело врача согласиться или не дать определенного ответа;
- полученная от врача информация должна быть повторена больным, чтобы врач мог убедиться в ее правильном понимании и интерпретации;
- сверхсильная шоковая реакция может вызвать суицидные тенденции, о чем не должен забывать врач.

При поступлении больного в стационар необходимо учитывать, что в онкологической клинике больные образуют некую со-общность, в которой информация добывается всеми доступными средствами и, в конечном итоге, неизменно доходит до адресата.

Деонтологически правильный подход к пациенту требует своего рода стерильности слова, и весь медицинский персонал должен понимать значимость информации для пациента. Неизменно следует принимать во внимание особую связь и доверие, которые существуют между пациентом и лечащим врачом, особенно хирургом. Необходимо подчеркнуть, что не может быть эпизодического воздействия на пациента психотерапевтическими методами. Психотерапия, в том числе информационно-психологическое воздействие на личность онкологического больного, должна носить постоянный характер.

С помощью опросников ММРІ, Айзенка, Кетелла, Спил-бергера удастся в короткое время оценить психическое состояние больных (уровень реактивной и личностной тревоги, его динамику).

Исследования, проведенные на всех этапах заболевания, показали наличие связи между преморбидными особенностями личности и психогенными реакциями онкологического больного. Было выделено пять условных групп, характеризующих определенную типологию обследованных пациентов, а именно: циклоидная; шизоидная; эпилептоидная; истероидная; психастеническая. Среди перечисленных групп наиболее адекватное реагирование отмечено в группе циклоидов, тогда как психастеническая группа обнаруживает наиболее высокую интенсивность переживаний, отражающихся на течении заболевания в виде различных осложнений, и является группой риска [Гнездилов А. В., 1996].

Среди методов коррекции психогенных реакций онкологического больного можно выделить несколько вариантов, обусловленных степенью психогенных нарушений:

- рациональную психотерапию в виде групповых и/или индивидуальных бесед;

- суггестивную психотерапию, направленную на успокоение и урегулирование состояния пациента, причем исключается ложная информация, отрицающая серьезность заболевания;
- отвлекающую психотерапию: музыка-, эстето-, арт-, театро-терапию.

В период пребывания в стационаре у онкологических больных, как правило, развивается чувство «клановости». Стремление под-ерживать контакты сохраняется и после завершения лечения. Это подтверждается сведениями ассоциаций помощи больным «Ан-тирак» и «Надежда», организовавших для онкологических больных «клуб общения», где они встречаются в неформальной обстановке, советуются, имеют возможность обсудить и решить ряд своих проблем [Демин В.Н., Чулкова В.А., 1996; Жильцова И.П., 1996]. Большой популярностью пользуется «телефон доверия», ежедневно работающий с 20 до 24 часов; беседа с врачом по телефону помогает больному получить психологическую поддержку, необходимый совет, снять возникшее эмоциональное напряжение. Особо следует отметить работу «группы волонтеров», в которую входят бывшие пациенты, успешно завершившие лечение по поводу онкологического заболевания. Посещение волонтерами больных, находящихся на лечении в онкологическом стационаре, неизменно дает положительный эмоциональный эффект. Нельзя не отметить, что чувство клановости и взаимной поддержки, столь характерное для онкологических больных, как правило, носит стабильно долговременный характер и во многом способствует процессу их реадaptации к прежнему образу жизни. Особую роль в психологическом восстановлении больного играют далеко не всегда однозначные отношения в семье, складывающиеся под очевидным влиянием онкологического заболевания [Узунова В. Г., 1985]. Как правило, в семье сохраняются хорошие отношения; в ряде случаев (5—10%) эти отношения улучшаются и окрашиваются особым вниманием к близкому человеку, перенесшему тяжелое заболевание. Вместе с тем нельзя не учитывать, что в определенном числе случаев (около 12%) отношения ухудшаются, семья распадается (особенно в ситуации, когда больному была произведена калечащая операция, приведшая к тяжелым анато-мо-функциональным нарушениям). В этих случаях помощь врача-психолога и/или психотерапевта необходима не только больному, но и его родственникам. Нами проведено специальное исследование, охватившее свыше 1500 больных основными формами злокачественных опухолей, завершивших лечение по радикальной программе. Целью исследования было изучение социального положения и психоэмоционального состояния, побудившего их обратиться к решению вопроса о возможности возвращения к прежнему образу жизни, в первую очередь — к трудовой деятельности. Исследование пока-

зало, что социальная реабилитация больных во многом определяется не только их объективным состоянием, но и ценностными ориентациями, причем доминирующую роль играют ориентации, связанные с их отношением к здоровью как жизненной ценности. Варианты отношения к здоровью и его оценки были сформулированы и предложены больному для выбора в обобщенном виде:

- здоровье — самое важное, без него все остальное теряет смысл;
- здоровье важно, но есть не менее важные вещи — семья, работа;
- третье суждение подчеркивало эмоциональное отношение к ценностям жизни в ущерб здоровью: «если слишком много внимания уделять своему здоровью, то жизнь становится однообразной и тягостной» [Узунова В.Г., 1985].

Выявлены четкие связи между возрастом, образованием и ценностными ориентациями больных. Так, среди больных, ориентированных психологически на самодовлеющую ценность здоровья, оказалось наименьшее число лиц, вернувшихся к труду, тогда как 28,2 % больных, ориентированных на второй и третий варианты ценностных ориентации, вернулись к трудовой деятельности. Причем, около 29 % из них работали свыше 5 лет. Бывшие пациенты вполне удовлетворительно переносили рабочую нагрузку, психологически чувствовали себя комфортно в коллективе, но в качестве «идеальных предпочтений» хотели бы получить дополнительный отпуск или укороченный рабочий день, а 24,4 % из них предпочли бы выйти на пенсию при условии ее увеличения.

Досуг как своеобразное зеркало быта характеризует повседневную внепроизводственную жизнь людей, причем в этой области выявляются их личные склонности. Из 14 вопросов, представляющих собой варианты занятий на досуге, больные отметили в качестве стабильных чтение книг, просмотр телевизионных программ и занятия любимым трудом, тогда как виды досуга, связанные с активным отдыхом, назывались значительно реже.

Таким образом, можно констатировать, что несмотря на крайне тяжелое психоэмоциональное потрясение, связанное с онкологическим заболеванием и специальным лечением, части больных удается преодолеть стресс и вернуться к прежнему образу жизни при условии поддержки семьи, общества, профессиональной, психотерапевтической медицинской и социальной помощи.

Очевидно, что более значительные и разнообразные формы этой поддержки (в настоящее время их объем нельзя признать удовлетворительным) обеспечат значительной части онкологических больных восстановление их психоэмоционального здоровья.

В настоящее время в стадии накопления опыта и интенсивной разработки находится изучение терминального периода жизни он-

психологического больного в условиях хосписа, где тактика ведения больного должна быть совершенно иной и, несомненно, требует специального осмысления и дальнейшего изучения. В заключение еще раз подчеркнем, что роль психологического здоровья в общем комплексе объективных и субъективных факторов, определяющих возможности оптимального социально-психологического восстановления личности после перенесенного тяжелого заболевания, очень велика.

1 1 Краснова

ТАНАТОЛОГИЯ И ГОРЕ В СТАРОСТИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

Р.Калиш ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ И ГОРЕ: РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР¹

Мы считаем смерть любимого человека самым большим горем, поэтому для пожилого человека потеря супруга — очень тяжелое событие. Однако такое предположение не полностью описывает социальное положение и переживание людей позднего возраста.

Цель этой статьи — изучение проблем тяжелых потерь и горя в разных возрастных периодах. Для этого рассмотрены три понятия, которые не имеют четких границ и конкретных определений: *само горе*, *тяжесть утраты* и *траур*. Хотя это все последствия одного события, они различаются. *Горе* — это отклик на негативное событие, чувства, эмоции; *тяжесть утраты* — состояние; *траур* — определенный тип поведения. Человек может потерять супруга или другого дорогого родственника и находиться в глубокой скорби, но не носить траур. С другой стороны, ношение траура может не означать боль утраты. Р.Дж. Кастенбаум [*Kastenbaum R.J.*, 1984] называет это «горем викария»: человек разделяет скорбь другого о потере близкого, изображая печаль и подчеркивая свое сопереживание, не зная умершего.

Источники горя

Смерть — это причина горя, но не единственная его причина. В самом простом определении горе — переживаемый отклик на значимую потерю. Этими потерями могут быть:

- смерть супруга;
- смерть человека, игравшего важную роль в жизни того, кто переживает;

¹ *Калиш Р.* Пожилые люди и горе / Пер. с англ. О.Джириковой // Психология зрелости и старения. — 1997. — № 1. — С. 38—42. (*Calish R.* Older people and Grief/ Generation // Depth Views of Issues in Aging. 1987. Spring. P. 33 — 38.)

- потеря чего-то вещественно важного: обручального кольца или семейного наследства; доходов или финансового благосостояния;
- потеря каких-либо физических способностей;
- осознание того, что в будущем придется жить гораздо хуже, чем сейчас;
- потеря членства в значимой референтной группе;
- потеря любимого домашнего животного;
- потеря веры в идеалы (мировоззрение, религия, мораль, политические взгляды).

Очевидно, что люди позднего возраста больше подвержены риску переживания тяжелых утрат, чем молодые люди. Для пожилых становится очевидным, что жизнь не беспредельна, ограничена, времени остается мало. Не все утраты и потери могут быть чем-то компенсированы.

Первой потерей может стать смерть одного из супругов и близких членов семьи или друзей. По исследованию Р.Калиша [Kalish R., 1985], на вопрос: «Сколько людей, которых вы лично знали, умерли за последние два года?» 33 % 60-летних и более пожилых назвали от четырех до семи человек, 22 % — восемь и более человек. Пожилые вынуждены смириться с тем, что в их годы постоянно приходится иметь дело со смертью близких для них людей.

Можно установить, какие другие источники горя наиболее значимы для пожилых. Так, проблема потери работы волнует пожилых в том случае, если они не желают ее оставлять. Чаще пожилые уже не работают в силу своих возрастных особенностей, связанных со здоровьем. Старики часто лишаются зрения, слуха, подвижности, устойчивости.

Кастенбаум описывает «чрезмерную нагрузку от тяжести утраты» при повторении или наложении нескольких потерь. Не успев оправиться от смерти близкого человека, пожилой снова теряет кого-то. Восстанавливающая сила организма может оказаться недостаточной.

Выражение горя

Симптомы *физического* выражения горя описаны Дж. Ворденом [Worden J., 1982] на основе обследования большого числа своих клиентов. Общие признаки: тянущее чувство в животе, сжатие грудной клетки, сжатие в горле, повышенная чувствительность к шуму, все кажется ирреальным, короткое дыхание, слабость в мышцах, недостаток сил, сухость во рту. Последние четыре симптома приписываются именно пожилым людям.

Ворден описывает также реакции *морального* выражения горя: сомнение, смущение, рассеянность, озабоченность мыслями об

умершем, попытки прочувствовать смерть на себе, страх, тревога. Смерть близкого человека влияет на чувства самосохранения, самоуважения, самолюбия. Можно предполагать, что в разных возрастных группах эти реакции проявляются по-разному. У молодых или людей среднего возраста такие переживания временны в отличие от пожилых.

Вероятно, замечает Калиш, горе ведет к изменениям в *поведении*. Совокупность негативных симптомов может вызвать потерю быстроты реакции или привести к малоподвижности. Изменения поведения достаточно многочисленны, некоторые из них присущи старикам и пожилым, другие — молодым людям.

Калиш предполагает, что, несмотря на увеличение потерь и источников горя в позднем возрасте, старики переживают горе менее жестоко, чем люди среднего возраста.

Горе и отношения между людьми

Калиш рассматривает поведение людей, перенесших утрату родителей или супруга, отношения их с ровесниками, внуками, правнуками. При этом он не затрагивает такие ситуации, как присутствие отчима или мачехи, падчерицы или пасынка, вторичный брак между людьми с большой разницей в возрасте.

Пожилым как сирота

Пожилым — человек старше 65 лет. В этом возрасте смерть родителя или близкого родственника достаточно частое явление. Среди 65-летних людей, по данным Калиша, 4 % имеют по крайней мере одного живого родителя. Для людей старше 65 лет этот показатель значительно ниже. Можно предположить, что родителям пожилых не менее 85 лет, они имеют хронические болезни и поэтому их смерть не является неожиданностью. Во многих случаях эти обстоятельства несколько уменьшают горе при потере. Предвиденное, ожидаемое горе облегчает переживания, так как остающийся один «пожилым ребенком» не строил уже никаких планов на будущее, связанных с родителями. Большинство пожилых расстаются с ожиданиями в отношении своих родителей. Поэтому их смерть для «пожилого ребенка» не носит разрушающего характера, хотя утрата очень болезненна.

Калиш обращает внимание на два фактора, которые обычно игнорировались в отношении к пожилым. Первое: пожилым становится сиротой. Несколько непривычен термин «пожилым ребенком — сирота», однако чувство горестного одиночества посещает человека в любом возрасте. Второе: после смерти родителя «пожилым ребенком» становится старшим в семье. Это означает для него, во-первых, принятие ответственности за семью. Во-вторых, воз-

можно появление мысли о том, что следующим умрет он. «Пожилые дети» после смерти родителя/ей действительно испытывают чувство потери, однако их повседневная жизнь меняется минимально: скончавшийся родитель, вероятно, уже не принимал участия в финансовой и хозяйственно-бытовой деятельности в семье. Чаще всего роль умершего сводилась к поддержанию традиций и целостности семьи, престарелый родитель требовал много внимания и материальных затрат при небольшой отдаче. Калиш подчеркивает, что такая интерпретация не означает денежной оценки человека, и пытается более обще оценить природу реакции на потерю члена семьи.

Пожилой как вдовец

По данным Калиша, ежегодно 2,5 % всех женщин в возрасте от 60 до 70 лет становятся вдовами. Для мужчин этот показатель вдвое меньше. Смерть супруга/супруги меняет весь образ жизни пожилого: теряется «чувство локтя», объект любви и заботы, возможно ухудшение финансового положения, необходимо в одиночку выполнять все хозяйственные дела. Уменьшается возможность физических контактов, не удовлетворяется потребность в ответном внимании. Возможно появление страхов, например: вдруг я упаду, сломаю бедро и меня никто не найдет? А если найдет, то через сколько времени? Кто меня будет сопровождать, если мне понадобится выйти в темное время суток? Пожилой вдовец/вдова стоит перед проблемой строить свою жизнь в другом обществе, в другой социальной ситуации. Когда один из пожилых супругов умирает, происходит ломка человеческих отношений, продолжавшихся десятилетиями, от которых остались многочисленные воспоминания и ассоциации. Смерть также напоминает второму супругу о его уязвимости. Это обычно наносит тяжелый удар по повседневной жизни и чувствам овдовевшего.

Однако иногда бывает сильное чувство облегчения, так как появляется возможность выбора нового супруга. Обычно это касается случаев, когда брак был неудачным и смерть стала освобождением для оставшегося в живых супруга или умерший болел так долго и тяжело, что уход за ним был очень обременительным для партнера, т. е. смерть стала благодеянием.

Описание физического, морального и поведенческого выражения горя, о котором пишет Калиш, подтверждается исследованиями других авторов. Депрессия (не патологическая), чувство неудовлетворенности, мысли о смерти присущи именно этой категории. Однако, замечает автор, у вдов и вдовцов не наблюдается потери самоуважения. <...> Смерть пожилого человека — более естественное явление, чем смерть молодого, поэтому можно

быть к ней готовым. Сила удара тем меньше, чем старше и больше человек. В этом случае он и окружающие более подготовлены к смерти.

Пожилой, потерявший своего ребенка

Эта сложная и тяжелая ситуация имеет несколько аспектов. С одной стороны, дети в современном западном мире, как правило, не посвящают в свою жизнь родителей, у них нет чувства единой семьи, характерного для традиционного патриархального общества. Степень влияния смерти ребенка на жизнь пожилого родителя индивидуальна. Возможно, что жизнь пожилых, живущих отдельно от своих детей, меняется в этом случае незначительно. Часто пожилые после смерти ребенка переключают свое внимание на других детей, невесток, зятьев, внуков. Они помогают им материально, по хозяйству, сидят с детьми.

С другой стороны, эмоциональный удар от смерти взрослого ребенка обычно очень велик. Потеря мечты, надежд, каких-то ожиданий для пожилого несравнимы с потерей детей. Это как бы означает для него лишение права жить дальше. Хотя логическому объяснению такое мнение пожилого, перенесшего утрату ребенка, не поддается, оно всегда присутствует в его сознании. Старики, потерявшие детей, под тяжестью безысходности и утраты чувствуют себя обманутыми временем.

Бабушки и дедушки, потерявшие внуков

Все вышесказанное о значении потери детей для пожилых, еще больше справедливо по отношению к смерти внуков. Как переживает смерть внука дед или бабушка, насколько сильна их скорбь? Что происходит, если между ними была эмоциональная близость или ее совсем не было? Какова зависимость горечи утраты от возраста умерших внуков? Найти ответы на эти вопросы очень трудно, если не невозможно совсем. Эта проблема, в отличие от предыдущей (смерть детей), практически не рассматривается в научной литературе, исследования по этой теме не проводились. Бабушки и дедушки также чувствуют утрату при разводе детей, особенно сына. Они обычно прилагают сверхусилия для того, чтобы сохранить связи со своими внуками, хотя предпочитают жить отдельно от них. Совершенно не исследована ситуация пожилого человека, при которой после смерти взрослого ребенка его бывшая жена или бывший муж снова вступает в брак.

Чувство горя, сопровождающее потерю, — важная часть жизни. Значение смерти неодинаково для разных возрастных групп. Вероятно, нельзя переносить общие стереотипы на всех, невоз-

можно сказать, насколько сильно чувство потери для старика. Это зависит от его возраста, его эмоциональной близости с умершим, от качества родственных связей. К сожалению, публикаций на эту тему очень мало, практически нет описания клинических случаев. Возможно, что особенности частных случаев людей позднего возраста относились к результатам по средневозрастной группе. Поэтому закономерности и уникальность переживаний тяжелых потерь пожилыми людьми до недавнего времени не привлекали внимания ученых.

Л. В. Сатина

ДЕПРЕССИЯ ПОЗДНЕГО ПЕРИОДА ЖИЗНИ: ГОРЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НИМ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: РАСШИРЕННЫЙ РЕФЕРАТ¹

Введение

Число пожилых людей, страдающих из-за смерти любимого человека, поразительно велико: около 12 миллионов овдовевших пожилых людей проживают в США, и свыше 800 тысяч из них овдовели менее года назад. В возрасте 65 лет более половины женщин и 10 % мужчин овдовели по крайней мере один раз. Среди тех, кому за 85 лет, овдовели 81,3 % женщин и 40,5 % мужчин.

Тягостное переживание смерти своего супруга/супруги достаточно распространено и нередко становится причиной болезни. Депрессия, суицид, тревога и симптомы «осложненного» горя числятся среди наиболее важных психиатрических осложнений при подобных обстоятельствах. Осложнения могут представлять собой, в частности, формы патологических реакций на стресс, вызванный переживанием тяжелой утраты; [в этих случаях необходима] адаптация к новым условиям.

В данной статье суммируются последние данные о клинической феноменологии психиатрических осложнений при переживании тяжелой утраты в пожилом возрасте, о патологических реакциях на стресс, связанный с переживанием тяжелой утраты, и о длительном курсе лечения.

¹ *Сатина Л. В.* Депрессия позднего периода жизни: горе и осложнения, связанные с ним в пожилом возрасте: Расширенный реферат // Психология зрелости и старения. — 2001. — № 1 (13). — С. 90—96. (*Rosenzweig A., Prigerson H., Miller D., Reynolds Ch.* Bereavement and Late-Life Depression: Grief and Its Complications in Elderly//Ann. Rev. Med. - 1997. -Vol. 48. - P. 421-428.)

Клинические симптомы и характерные черты патологических реакций при переживании горя

Реакции человека на тяжелую утрату характеризуются особенной гаммой чувств, мыслей и поведения, в которой наиболее часто испытываемыми эмоциями являются горе и печаль. К другим реакциям относятся острая тоска и томление по умершему, шок, оцепенение, галлюцинаторные переживания, гнев, чувство вины, депрессия, проблемы со здоровьем, раздражительность и чувство бессмысленности существования, равно как чувства облегчения и надежды. Естественно, не все люди, переживающие тяжелую утрату, испытывают все или большинство перечисленных эмоций, поэтому трудно разделить нормальные и патологические реакции переживания горя.

По многим соображениям депрессия, связанная с переживанием тяжелой утраты, сводилась специалистами к минимуму или не принималась во внимание. В DSM 3a [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition] и DSM 3b используется неудачное название «неосложненное переживание тяжелой утраты», чтобы подчеркнуть, что депрессивные реакции в контексте переживания горя являются нормальными реакциями, а не развиваются в рамках психического заболевания. К счастью, в последней публикации DSM 4 слово «неосложненное» исключено из категории «переживание тяжелой утраты» и отмечены некоторые симптомы, наиболее характерные для большинства депрессивных эпизодов (например, значительные психомоторные задержки, галлюцинации и др.), а не для нормальных реакций на вызывающее горе событие.

Недавнее признание того факта, что осложненное горе как психиатрический синдром отличается от депрессии, связанной с переживанием тяжелой утраты, значительно обогатило представление о связанных с переживанием тяжелой утраты феноменах. В ходе недавних исследований были открыты некоторые симптомы горя (например, поиск умершего, острая тоска, поглощенность мыслями об умершем), отличные от симптомов депрессии, связанной с переживанием тяжелой утраты (например, нервозность, раздражительность, повышенное потоотделение, дрожь).

Авторы данной статьи в своих исследованиях обнаружили, что симптомы осложненного горя очень схожи с симптомами сепарации и травматического дистресса (например, острая тоска, поиск умершего, навязчивые мысли, состояние ошеломления в связи со смертью). В отличие от симптомов депрессии, связанной с переживанием тяжелой утраты, симптомы осложненного горя не проходят даже спустя длительный период времени, несмотря на лечение с помощью антидепрессантов, особенности применения

которых заставили авторов предположить, что осложненное горе, переживаемое пожилым человеком, является вариантом посттравматического стресса.

Временные параметры переживания тяжелой утраты в пожилом возрасте

Раньше существовало достаточно устойчивое мнение, что процесс траура первоначально характеризуется состоянием шока, неверия и отрицания. Далее следовал период томления и острой тоски по умершему, период, характеризующийся уходом от общества и тяжелыми соматическими и эмоциональными страданиями. Предполагалось, что завершение процесса переживания горя характеризуется принятием смерти и возвращением к привычной жизни.

Однако недавние исследования заставляют предположить, что протекание реакций осложненного горя нельзя не разделить на отдельные стадии по крайней мере в первые два или три года после потери близкого человека. Несмотря на схожесть симптоматики осложненного горя мужчин и женщин в первые два или три года после смерти жены/мужа, впоследствии возникают отчетливые половые различия в исчезновении симптомов. У мужчин отмечается увеличение количества симптомов осложненного горя между третьим и пятым годами после потери супруги, а женщины имеют гораздо более низкий уровень проявления симптомов осложненного горя в этот период времени.

В некоторых исследованиях отмечается, что депрессивные симптомы при нормальном переживании тяжелой утраты редко проявляются после нескольких недель и что количество депрессивных симптомов, остающихся через месяц после утраты, является одним из сильнейших предикторов депрессии. Авторы обнаружили, что пик депрессии и симптомов осложненного горя приходится на шесть месяцев после утраты, но впоследствии степень проявления симптомов депрессии снижается.

Депрессия и соматическая заболеваемость как результаты переживания тяжелой утраты

Показано, что переживание тяжелой утраты ведет к ухудшению физического и психического здоровья. Исследования переживания тяжелой утраты в общем подтвердили существование возрастающего риска смертности у оставшегося в живых члена супружеской пары по сравнению с людьми того же возраста, имеющими супруга/супругу. Высокий относительный риск смертности пожилых людей приходится на период от 7 до 12 месяцев после кончины супруга/супруги. Уровень смертности потерявших супру-

гу мужчин среднего возраста в 1,5 раза выше, чем у их женатых сверстников.

Медицинская заболеваемость связана с сопутствующими психиатрическими расстройствами, в частности с депрессией и тревожными состояниями. Хорошо известно, что горяющие пациенты часто обращаются к своим врачам с неопределенными соматическими жалобами без выраженных черт болезни; длительность проявления этих симптомов сильно различается, но может составлять от одного года до трех лет.

Переживание тяжелой утраты в поздний период жизни, без сомнения, связано с депрессией; исследования показали, что у трети овдовевших пожилых людей собственно депрессивные симптомы проявляются через месяц, у четверти — через 2 — 7 месяцев и у 15 % через 13 месяцев после утраты. В исследованиях психиатрических осложнений переживания тяжелой утраты в поздний период жизни также обнаружилось увеличение нормы употребления алкоголя, табака и седативных средств, а также возрастание уровня тревожности; уровни суицида и цирроза также были повышены у пожилых людей, переживающих тяжелую утрату.

Психосоциальные факторы риска неблагоприятного исхода после потери супруга /супруги

В то время как были убедительно показаны неблагоприятные последствия депрессии, связанной с переживанием тяжелой утраты, заболеваемость и смертность как последствия этого переживания гораздо менее хорошо изучены. В исследованиях авторов данной статьи было показано, что симптомы осложненного горя приблизительно через шесть месяцев после смерти супруга/супруги коррелируют с такими негативными последствиями для здоровья, как рак, гипертония, тревожность, депрессия, суицидальные попытки, возросшее употребление табака и нарушения сна в период от 13 до 25 месяцев. Результаты исследований заставляют предположить, что сам по себе стресс тяжелой утраты далеко не всегда связан с риском длительного психического и физического нарушения; скорее всего, психические осложнения переживания тяжелой утраты в первую очередь определяются предрасположенностью самого человека к такому неблагоприятному исходу.

Предполагается, что при отсутствии устойчивых объектов привязанности люди более чувствительны к патологической скорби, или *травматическому горю*. Авторы данной статьи предполагают, что пограничные личностные черты (сильно выраженная нестабильность межличностных отношений, образа «Я», аффектов и заметная импульсивность) могут предрасположить человека к осложненному горю. Люди с пограничными чертами чрезвычайно сильно реагируют на межличностные стрессы, часто проявляют

свой гнев, особенно если они чувствуют, что заботившийся о них человек каким-то образом пренебрег ими или покинул их.

Как отмечалось ранее, существует связь между осложненным горем и посттравматическим дистрессом; действительно, осложненное горе, пограничные личностные черты и посттравматическое стрессовое расстройство могут иметь общие предшествующие травматические переживания. Несомненно, что психосоциальные факторы риска требуют дальнейшего исследования, чтобы определить тех людей, чье осложненное горе можно предотвратить с помощью раннего вмешательства.

Стратегии вмешательства и предотвращения заболеваний как неблагоприятного исхода переживания тяжелой утраты

Данные двух пилотажных исследований наводят на мысль, что лечение депрессии, связанной с переживанием тяжелой утраты в пожилом возрасте, с помощью антидепрессантов эффективно для смягчения симптомов депрессии. Исследовательская группа, возглавляемая авторами данной статьи, начала поддерживаемую Национальным институтом психического здоровья программу по исследованию эффективности лечения депрессии, связанной с переживанием тяжелой утраты в пожилом возрасте, с помощью антидепрессантов и межличностной психотерапии.

Предварительные результаты исследования 57 пациентов наводят на мысль, что и лекарства (нортриптиллин), и межличностная психотерапия помогают снизить тяжесть депрессивных симптомов в течение восьминедельного курса лечения.

Фармакотерапия осложненного горя является новой областью применения. Хотя трициклические антидепрессанты мало помогают в лечении горя и посттравматического стрессового расстройства, результаты некоторых исследований наводят на мысль, что специфические ингибиторы серотонина могут быть эффективны для редуцирования навязчивых мыслей и избегающего поведения, обнаруженного у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством.

Применение различных видов психотерапии для облегчения страданий и конфликтов, которые часто сопровождают процесс переживания горя, описано во многих работах. Кроме того, разрабатываются новые виды психотерапевтической техники для работы с осложненным горем. Они включают и когнитивно-бихеви-оральную терапию, которая эффективна для редуцирования симптомов посттравматического дистресса, и техники, разработанные на основе коррекции неустойчивых стилей привязанности.

Кроме исследования факторов риска, клинической феноменологии и результатов осложненного горя и депрессии, связанной с переживанием тяжелой утраты в пожилом возрасте, необходимо

изучать способы предупреждения заболеваний и стратегию их лечения. Авторы статьи надеются, что недооценивание значимости этих нарушений осталось в прошлом.

Б. Геневей

ПОТЕРЯ МАТЕРИ: ЛИЧНЫЕ ВПЕЧАТЛЕНИЯ: РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР¹

Каждое утро, входя в частную лечебницу, я говорила: «Привет, мам. Как ты?»

«О, Бони. Это ужасно, я хочу умереть», — отвечала она со слезами на глазах и в голосе.

Как может реагировать на такие слова взрослая дочь? Разве можно сказать, что умирать давно пора, если сил и желания жить не осталось, а тело совершенно износилось? Или я должна была лгать:

«Тебе завтра будет лучше и, может быть, мы поедем домой»? Нужно ли следовать «американскому пути» и не позволять ей и себе почувствовать приближение смерти: говорить о еде, если она совершенно не хочет есть, сообщать новости, которые ее больше не интересуют?

Странно, когда моя мать говорила мне о своем страхе смерти и, одновременно, желании умереть, я чувствовала себя более спокойно. Я рассказывала ей об историях Кюблер-Росс и других: о туннелях света и о тех, кто там побывал. Я вспоминала о папе, дяде, тете Розе, которые умерли давно. «Как ты думаешь, мама, кто встретит тебя там?» — спрашивала я. Она никогда не отвечала на этот вопрос, но улыбалась. Позже она полюбила, когда я рассказывала ей те истории о старых добрых временах, которые когда-то слышала от нее: дедушка приносит домой большое ведро, полное пива, которое стоило пять центов; дядя незадолго до своей смерти держит меня на коленях и пытается рассмешить.

Я очень часто говорила ей о своей вере в то, что после смерти открывается лучший мир, чем жизнь на Земле. Там будет такая же возможность роста и развития, как здесь. Как правило, она не обращала внимания на мои слова, но иногда смотрела мне в глаза и спрашивала: «Ты так думаешь?»

Минут за 30 перед поездкой в частную лечебницу, которая стала миром моей матери последние 11 месяцев, я начинала испытывать тревогу и беспокойство. По дороге туда меня переполняли противоречивые чувства. Я надеялась увидеть маму в «полном порядке» и в то же время уверяла себя, что она еще жива. Часть пути

¹ *Геневей Б.* Потеря матери: личные впечатления: Реферативный обзор // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 1. — С. 69—72. (*Genevay B.* Loss a Mother: A Personal Account // *Generation.* — 1987. — Spring. — P. 39 — 40.)

мне отчаянно хотелось повернуть машину в противоположном направлении, чтобы не видеть ухудшения в ее здоровье, не страдать от собственной беспомощности, не испытывать чувства страшной потери.

Ни геронтология, ни мой опыт работы с пожилыми людьми не подготовили меня к этой очень личной трагедии — медленному ожиданию смерти мамы в непосредственной близости от нее. Перед встречей с ней я всегда проигрывала в уме два сценария. По первому, слушая ее, успокаивала, рассказывала о внуках (один из ее последних интересов в жизни). Если же она была взволнована, требовательна и ужасна, я представляла себе, как буду пытаться слушать ее без отрицания, признавая ее чувства, держа ее руку и просто молча сидя возле.

И только дома я понимала, как тяжело найти правильные слова и нужные интонации.

Еще тяжелее было, когда моя хилая, болезненная мама пронзительно кричала окружающим: «Это моя бэби! Я говорила вам, что она придет!» «Бэби» было почти 60 лет: почтенная замужняя женщина с седыми волосами и соответствующими морщинами. Я смущалась перед медицинским персоналом и пыталась обратить все в шутку: какая, мол, «большая бэби». Ведь вопреки ее словам в этой ситуации мамой скорее была я, и мамой очень неумелой, некомпетентной. Я впервые переживала подобную ситуацию: говорить, улыбаться, слушать, видеть и наблюдать процесс умирания. Я чувствовала, что должна сделать что-то, а не просто стоять рядом и наблюдать. Вскоре маму перевели в новую лечебницу в другом городе. Я обклеила стены в ее комнате огромными листами бумаги, на которых представила ее жизненный путь и достижения. Самый значительный назывался: «Это твоя жизнь, Лаура!» Это был список всех замечательных дел, которые она сделала с 1892 по 1985 годы: цветовод; первая женщина, которая купила машину и состязалась в гонке; играла главную роль в пьесе «Мозаика шторма»; деловая женщина, которая открыла свой собственный музыкальный склад перед первой мировой войной; друг детей и животных. Этот лист помогал персоналу видеть в старой больной женщине личность. Мама была счастлива, когда они расспрашивали ее о тех временах, когда она была актрисой, или о цветах, которые она выращивала, а не о том, «почему она звонила *снова*».

Однажды ее поместили в хирургическое отделение по поводу сломанного бедра. Когда я увидела, как храбро она держится среди медикаментов и инструментов, как старается быть «хорошей пациенткой», мне захотелось крикнуть: «Вы не знаете мою маму! Она не эта маленькая хилая оболочка! Она остроумная, и строгая, и упрямая, и прекрасная, и умелая, и боязливая, и очаровательная! Пожалуйста, знайте, кто она на самом деле!»

За три дня до ее смерти я заметила изменения. Она, по-видимому, освободилась от своих страхов, много спала и казалась более умиротворенной. Я была так горда за нее, когда она отказалась отвечать новой медсестре, которая громко кричала ей в самое ухо: «Лаура! Вставай! К тебе посетитель». Мама не открыла глаза и даже не мигала. Сестра вышла из комнаты, и я ласково прошептала: «Мама, тебе не нужно вставать. Я только подержу твою руку и скажу, что я люблю тебя». Она улыбалась и слушала меня.

На следующий день я пришла через несколько минут после того, как она умерла. Один из ее любимых сотрудников больницы держал ее за руку и плакал. Он рассказал мне об удивительном конце моей мамы. Глядя в угол потолка, она спросила его: «Видите этого человека? Он хочет, чтобы я пошла с ним, и я собираюсь уйти». Это были ее последние слова.

Когда все вышли, я сказала матери то, что она и так знала, но что мне нужно было произнести в последний раз. Мамина рука была еще теплая, ее лицо так прекрасно и полно покоя. Это изменение ее лица от тревоги, страха и беспокойства было удивительным подарком мне. Было тяжело поверить, что она умерла. Я сидела с ней долгое время, чтобы осознать, что ее больше нет.

Я была хорошей дочерью, я выполнила все, что было нужно в больнице, во время и после похорон. Я не знаю, насколько хорошо справилась со своими чувствами, даже теперь, спустя несколько месяцев. Пережив эту смерть, я почувствовала нечто новое: открытие того, кто я, какая я особенная. Мне показалась моя будущая смерть не такой страшной. Я надеюсь, что узнаю, когда мне уходить. Я надеюсь, что сделаю это так же хорошо, как сделала это моя мать. Раньше я всегда говорила своим взрослым детям, что хочу, чтобы они были со мной, когда я буду умирать, чтобы они держали меня за руку и позволили мне сказать им, как много они значат для меня.

Моя мать показала мне другой путь: мои дети знают, что я люблю их, они могут не присутствовать при моем конце и я не нуждаюсь в их присутствии.

У меня есть прекрасный руководитель, мадам Боб. После смерти матери она сказала: «Когда мы заботимся о наших детях, то наградой нам — замечать, как они растут и меняются. Но когда мы заботимся о наших родителях, которые стареют и умирают, мы сами изменяемся и растем как личность». Она также предсказала, что мне будет теперь легче работать со взрослыми детьми и их пожилыми родителями в результате моего опыта с мамой. Это оказалось правдой.

Какой урок я получила от потери матери, которую я знала почти 60 лет? Я часто испытываю чувство одиночества, несмотря на то, что у меня есть дети. Я чувствую свою смертность. Взамен ужасных и полных боли воспоминаний приходят теплые и пол-

ные смысла. Я понимаю, что совершенно нормально умереть одиноко, несмотря на то, что я люблю своих детей. Они не должны бояться уйти от меня, когда придет мое время умирать. Потеря матери позволила мне проверить свою собственную способность к помощи и показала, что я сильная и уязвимая в одно и то же время. Мама помогла мне увидеть двойственность бытия взрослого «ребенка», она научила меня тому, как надо уходить.

И. Кемпер

СТРАХ ПСИХАТЕРАПЕВТА ПЕРЕД ТЕМОЙ СМЕРТИ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ¹

Крайняя непристойность

Я существенно изменил отношения к моей старой пациентке, когда умер ее супруг. Я скорбел вместе с ней. Это длилось очень долго — дольше, чем я ожидал.

Лишь гораздо позже мне стало ясно, что этой скорбью я преодолел и давнюю смерть своей собственной матери. С пациенткой наверстал то, что до этого не удавалось мне в одиночестве. Я был неспособен противостоять потере матери, и только обходный путь через психологическое воздействие на эту пациентку позволил мне найти в этом пункте себя самого.

Тема смерти потеряла для меня свою запретность. Под многими обличиями смерти в большинстве случаев скрывается скабрзное, неприличное — то, что замалчивалось [Berland D., 1979].

Некоторые обозначают любовь и смерть как последние области, в которых человек может быть самим собой, свободным от влияния извне, закрытым и защищенным. Эта область должна быть табу. Смерть и эрос, связанные скабрзностью, стали темой жизни Жоржа Батая, которого Мартин Хайдеггер в 1955 году назвал лучшим мыслителем Франции. Батай писал: «...на пороге славы я встретил смерть в образе наготы, украшенной подвязками и длинными черными чулками. Кто когда-либо, приходя в соприкосновение с человеческим существом, кто переносил более безмерную ярость?» [Oeuvres complètes de Geroges Bataile, Gaillimard, 1979, v. V].

Эротическое восприятие смерти в хорошо знакомом нам образе мужчины, брата, кума или друга, казалось, здесь трансформировалось. Смерть как женщина, как нагота и как сюрреалистически отчужденная добрая и злая мать должна будить стремление к слиянию и ее защите, ярость.

¹ *Кемпер И.* Легко ли не стареть: Пер. с нем. — М.: Издательская группа «Прогресс» — «Культура»; Издательство агентства «Яетсмен», 1996. — С. 109— 114.

Жан Амери также ощущает долю скабрёзности, когда пишет: «Кто связался со смертью, погибнет уже просто как опасная совокупность: он совершает скабрёзное кровосмешение» [Amezy /., 1967]. Помимо скабрёзности я почувствовал силу символики в бата-евском изображении смерти как женщины, связанной с интенсивностью ощущения счастья: «На пороге славы...» — и одновременно увидел себя в визенхюттеровском описании умирания и его цели — смерти. Помните, он сказал: «Конкретное самопознание... также позволяет увидеть в новом свете многое из того, что я до сих пор читал о жизни и умирании. Прежде всего, что умирание как осуществление самоотдачи просто становится самым сильным переживанием и, наконец, является актом любви — любви по Паулю Тилиху [Tillich P., 1962] во всех ее формах и в последнем осуществлении «натиск для соединения разъединенного» [Wiesenhutter E., 1968].

А в другом месте Визенхюттер продолжает эту мысль: «[Отдача жизни] совершается во многих имманентных жизни смертях, побуждаемая тоской по дальним странам, ... к потерям и стеснению, которые несет с собой становление личности человека. Что здесь может оказаться ближе, чем тот факт, что оба полюса наших осознанных переживаний скрывают в себе сходное содержание? Переживание умирания — это перевернутое переживание рождения Я. Если всякая истинная отдача Я чему-то большому уже в ходе жизни означает расширение и осуществление, насколько больше тогда возврат заложенной с рождения изначальной потери в умирании — осуществление, избавление и возвращение?» [Wiesenhutter E., 1968].

«Все разгрузки и освобождения, которые могут случиться в жизни, — лишь слабое отражение действительной разгрузки и освобождения в смерти» [Boros L., 1968].

Но для психотерапии это прежде всего означает бестактность, допущение и в психотерапевтической группе того, что вытеснение, скабрёзность и ярость, которые заключены в теме смерти, и даже содействие, как я обнаружил, тому, чтобы не я один так переживал. Пациенты в большинстве случаев также избегали, вытесняли, не хотели допускать и негативно реагировали на это взрывчатое вещество души. И опять Батай сказал нам почему: «Угрюмая преграда смерти нанизывает слоги моего имени» [Bisiaux, 1953].

Я знаю, что в это всеобщее отрицание внес свой вклад и мой собственный страх смерти, к тому же я из года в год все сильнее вращал в группы моих пожилых пациентов и реальность смерти становилась для меня все «ощутимей» [Ohlmeier D., Radebold H., 1972; Radebold, 1976].

Но это был не один только страх. Страх психотерапевтов перед темой смерти часто включает и их страх перед самоубийством своих пациентов или, реже, страх перед их естественной смертью, как это бывает при психотерапии больных раком. Чрезмерная иден-

тификация психотерапевта со своими пациентами при этом очень опасна для обоих, так как тот, кто обрабатывает свой психотерапевтический материал, из-за потери дистанции теряет обзор, тем самым и правильный подход к пациенту. Идентифицировать себя с больными еще далеко не означает найти с ними контакт.

Только когда психотерапевту удавалось принять свою собственную конечность и неизбежность собственной смерти, он оказывался в состоянии надежней отграничиться от конфликтов своего пациента и, сначала отчитавшись перед собой в своем отношении к ним, лучше оценить существующую опасность и прежде всего сохранить контакт с ними. Однако как часто такие отграничения смещаются!

Чем в большей степени мне это удавалось, тем сильнее изменялось и мое восприятие пациентов, и мои переживания в процессе психотерапии. Теперь я начал радоваться психотерапевтическим сеансам и, пораженный, обнаружил, что для меня их нагрузки и напряжения существенно снизились. Приветствие и прощание пациентов, которые до тех пор выражались исключительно в устной форме, сменились сердечными и теплыми рукопожатиями. Мы сближались после этого противостояния. Или и смерть добавляет человечности?

От граничного опыта — к доверию

Смерть, которой противостоят психотерапевты при работе с депрессивным пациентом (главным образом в агрессивной форме болезни), прежде всего при разговорах о самоубийстве, не была больше парализующим табу прошлых лет или обязательным пунктом, который необходимо обговорить, чтобы уменьшить опасность самоубийства пациента. Смерть и умирание стали, даже если это и ощущалось как что-то неестественное, составной частью жизни и принимались мною как неизбежная реальность. Это сообщалось и пациентам, и чем безбоязненнее я сам мог этим понятием манипулировать, тем в большей степени для меня оказывалось возможным снять у пациентов страх перед психотерапией.

Но можно также говорить о смерти больше, чем надо, и тем самым отрицать ее. По Филиппу Арьесу, есть две причины не думать о смерти: «Ничтожество нашей технической цивилизации, которая отгоняет смерть и налагает на нее запрет, и ничтожество традиционного общества, которое не отказывается, но и не дает возможности основательно обдумать ее, потому что она — предельно близкая, интимная составная часть повседневного бытия» [*Aries Ph.*, 1978].

Между отрицанием смерти и привычкой говорить о ней большая дистанция, и в более позднем разговоре с моим коллегой о реальности смерти и ее отрицании при психологическом воздей-

ствии мы констатировали, что стоим значительно ближе к табу, чем к доверию.

Так, например, в группах никогда не говорили о вопросах завещания. Очевидно, тому причиной все же оставалось отрицание по меньшей мере собственной смерти. Я знал, что как раз вопросы наследования и завещания очень волнуют пациентов — ведь они вещественное доказательство предшествующих отношений, с которыми связаны многие чувства, а также материальный и духовный баланс всей жизни. Конечно, можно было бы сказать, что бестактно затрагивать эти вопросы в психотерапии. Но тогда что такое психотерапия, если выбор тем из области внутренней реальности является вопросом вкуса?

Обращение к вопросам наследования могло бы означать: задержать, «арестовать» смерть и, так сказать, с принятием смерти помочь и жизни стать более реальной.

С этой точки зрения моя работа становилась все живей, а занятия смертью заставляли меня смотреть вперед, что при прежнем ретроспективном способе рассмотрения психоаналитической методики временами было для меня закрыто.

Ясность в вопросе реальности смерти помогала раскрыть остающиеся жизненные возможности пациентов. Они осознали ее, поскольку, если с прошлым покончено, это облегчает признание или возможность изменения настоящего. Но сам я остро чувствовал, как ограничена моя ответственность перед пациентами, которые связывали со мной большие надежды, иногда, может быть, даже последние. Я знал, что не всегда могу оправдать эти надежды и что мой страх не справиться, когда я берусь за невозможное, которого пациенты временами требуют от меня, отражает чрезмерность оценки моей ответственности.

А в чем состояло это невозможное? Не было ли это иллюзией жизни без страха и страданий, с которой я должен был им помочь, и иллюзией смерти, которая, как жизнь, обязана быть приличной и безболезненной? Должен ли я был прояснять противоречия у моих пациентов, которые всегда остаются объектом обсуждения, как бы неразрешимы они ни были? Обязан ли я делать смерть более дружелюбной?

Можно ли примирить смерть и счастье?

В прошлые века понятие о смерти всегда было связано со злом. Филипп Арьес рассуждает об этом следующим образом: «Смерть рассматривалась в христианских свидетельствах и в обычной жизни как манифестация зла, зла, которое прокрадывалось в жизнь и было неотделимо от жизни. У христиан это было мгновение трагического ориентационного поиска между небом и адом, который со своей стороны являет собой банальнейшее выражение зла.

Теперь, в девятнадцатом столетии, едва ли еще верят в ад» [*Aries P.*, 1978, с. 601]. И далее Ф.Арьес делает следующий вывод: «Корреляция между "лишением гражданства" смерти, как последнего прибежища зла, и возвратом этой опять ставшей ужасной смерти начинает намечаться. Она не поражает нас больше: вера в зло стала необходимой, чтобы приручить смерть. Ликвидация зла вернула смерть в состояние дикости.

Это противоречие мобилизует небольшую элиту антропологов и скорее психологов и социологов, чем медиков и священнослужителей. Они предлагают в меньшей степени "эвакуировать" смерть, чем, как они это называют, "гуманизировать". Они хотели бы придерживаться постулата о необходимости смерти, которая должна быть "легализована" и перестать быть постыдной. Даже если они при этом ссылаются на старую народную мудрость, речь для них ни в коем случае не идет о том, чтобы вернуться в прошлое и вновь извлечь на свет божий раз и навсегда похороненное зло. С тем, чтобы примирить смерть со счастьем, покончено навсегда. Она лишь должна стать скромным, но достойным концом удовлетворительной жизни, расставанием с готовым помочь обществом, которое больше не разорвано, не потрясено слишком глубоко представлением о биологическом переходе без смысла, без боли и страдания и, наконец, без страха» [там же, с. 789]. К числу этих психологов я не хотел принадлежать, а также не хотел способствовать тому, чтобы превратить жизнь моих пожилых пациентов в нечто аморфное, в какое-то жидкое мыло и с естественным страхом перед смертью устранить тот последний остаток жизненно важного чувства самосохранения, которое еще оставалось, абсолютно независимо от того или иного моего побуждения.

Благодаря этому мне наконец удалось лучше совладать и с переоценкой моей персоны пациентами, которые по временам возводили меня до ранга сверхчеловека. Тем самым я раньше подготовил себя и к неудачам.

О. В. Краснова

ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ, УМИРАНИЕ И МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕНОСА: РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР¹

Статья геронтологов-практиков Ренис Кац и Бони Геневай, преподавателей и консультантов в области геронтологии, посвящена проблеме, которая наиболее остро стоит перед специалис-

¹ Краснова О. В. Пожилые люди, умирание и механизмы переноса / Пер. с англ. О.В.Красновой // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 4. — С. 65 — 70. (*Katz R.S., Genevay B. Older People, Dying, and Countertransference. — Generation. — 1987. - Spring. -P. 28-29.*)

тами, работающими с пожилыми и умирающими людьми и членами их семей: особенностям работы механизма переноса, одного из защитных механизмов, в геронтологической практике. Специалисты по геронтологии чаще, чем кто-либо другой, сталкиваются с фактом отрицания собственной будущей смерти и смерти своих старящихся близких, что трактуется как реакция или механизм переноса. В том случае, когда специалист понимает и правильно идентифицирует свои мысли и переживания, этот механизм переноса может быть полезен для оказания психологической помощи пожилым людям и членам их семей, для выработки правильной стратегии вмешательства [Beitman G., 1983]. Однако очень часто эта важная часть геронтологической практики игнорируется, замалчивается или скрывается. По мнению авторов, существует невидимая связь между собственными проблемами специалистов, к которым относятся особенности их жизни, старение и смерть их родителей, патологический страх смерти, и теми старыми и умирающими людьми, с которыми они работают. Поэтому, считают они, необходимо помочь специалистам эффективно справляться не только со своей работой, но и с собственными проблемами. Если специалист реально оценивает опасения, печаль, горе, которые он переживает, а не вытесняет, то он может достичь существенных результатов при работе с пожилыми людьми. Поэтому исследование механизмов переноса — важный элемент при выработке стратегии вмешательства или лечения пациента.

Впервые понятие переноса ввел З.Фрейд [Freud S., 1910], обозначив его как неосознаваемый процесс, пробуждающий неразрешенные конфликты и проблемы. В этом классическом определении перенос трактовался как препятствие в процессе лечения, «слепое пятно», которое аналитик должен был устранить или преодолеть для эффективной работы [Freud S., 1912]. В дальнейшем, однако, понятие переноса расширилось. Оно включает в себя весь объем чувств, испытываемых специалистом к пациенту: как сознательных, так и неосознанных, вызванных пациентом или случаем из собственной жизни [Beitman G., 1983; Langs R., 1983]. Другие авторы [Racker R., 1968] [...] считают процесс переноса естественным эмоциональным ответом положительной направленности на взаимодействие *клиент — специалист*. Это важный терапевтический инструмент [Heimann P., 1950; Little M., 1951; Beitman G., 1983] и основа для эмпатии и глубокого понимания пожилого клиента. Авторы статьи поддерживают понимание этого процесса как полезного элемента при взаимодействии *клиент — специалист*. При этом в качестве специалиста может выступать как психоаналитик, терапевт, так и геронтолог-практик, профессионал в области старения. Специалисты неизбежно подвергаются воздействию со стороны своих умирающих пациентов. В этой

ситуации проблема переноса заслуживает внимания, так как профессионал должен помогать пожилым людям готовиться к достойной встрече смерти, сохранять свою целостность, силу духа и право на выбор.

Поскольку на работу с пациентом неизбежно влияет личность специалиста, его жизненный опыт и мировоззрение, по мнению авторов, возможны различные реакции и чувства при их контактах. Среди исследованных механизмов переноса наиболее часто встречаются: 1) отрицание старости, 2) боязнь старости и связанной с ней беспомощности, 3) страх смерти и неизвестности, связанной с ней, 4) гнев, 5) потребность в контроле и ощущение профессионального «всемогущества», 6) потребность быть нужным.

Чтобы было понятно, как нерешенные проблемы специалиста могут затруднить работу с пожилым человеком, авторы приводят конкретный пример.

Элмеру (89 лет) поставили диагноз: начальная стадия болезни Альцгеймера. Последствия его заболевания (повышенная тревожность, волнение, эмоциональная лабильность, афазия, блуждающее поведение и страх одиночества) создали большие трудности для его жены Джанет (79 лет) и консультанта Линн (47 лет), которая успешно работала с семейной парой и их взрослыми детьми до появления заболевания у Элмера.

До этого Линн эффективно контролировала участие Элмера в общественной жизни, его упражнения на релаксацию, активную терапию, семейные встречи. Линн предотвращала реакцию жены Элмера и их взрослых детей в виде «упреждающего горя» в ответ на продолжающееся ухудшение состояния здоровья Элмера. Однако с увеличением тревожности Элмера Джанет становилась все более обидчивой и начала замыкаться на своем горе. Линн сфокусировала свое внимание на конкретных предложениях, на выполнении которых настаивала достаточно твердо. Это привело к тому, что Джанет стала избегать встреч с Линн.

В этот период Линн обнаружила у себя симптомы прогрессирующего артрита, течение которого она со страхом наблюдала у своей пожилой матери. Мать требовала все большего внимания к себе — от ухода до эмоциональной поддержки.

Линн вдруг обнаружила, что ее поведение с Элмером и Джанет приобретает черты родительского отношения. Она стала меньше доверять способностям Джанет в уходе за Элмером. Когда Джанет на очередной встрече сорвалась и начала кричать, что жизнь без Элмера ей бы понравилась, Линн прервала ее и вернулась к прагматичным вопросам о домашнем уходе, т.е. не позволила Джанет выразить страх, гнев и горе. В другой раз, когда Джанет сказала о своем ощущении, что Элмер покинул ее еще до своей физической смерти, Линн начала уверять ее в том, что нет ника-

ких причин чувствовать себя покинутой. Таким образом, чем больше ухудшалось состояние здоровья матери Линн и возрастали страхи Линн в этой связи, тем больше она отрицала ухудшение состояния Элмера (сверхидентификация с виной Джанет). При этом Линн сосредоточилась на вербальном объяснении того, что может сделать Джанет в условиях неспособности Элмера к коммуникации, общению, и не позволяла ей выразить чувство беспомощности. В итоге сама Линн начала пропускать встречи с Джанет и семьей, жалуясь на головную боль.

Механизмы переноса и взаимодействие пациента со специалистом

Чувства и поведение пациента и его семьи	Механизмы переноса	Поведение специалиста
Негодование семьи, горе, печаль, страх остаться покинутыми	Отрицание	Прерывание, избегание и отрицание выражения чувств клиентом
Волнение пациента, его тревога, неспособность к коммуникации	Страх старости и связанной с ней беспомощности	Более конкретные «ответы», свехидентификация с виной членов семьи, свехкомпенсация
Страх пациента и его семьи остаться покинутыми	Страх смерти, неизвестности	Уменьшение возможности для работы по преодолению горя, сосредоточение на «лечении», отсутствие заботы
Эмоциональная лабильность пациента и его семьи, гнев	Гнев	Неспособность составить график встреч, работа с фактами, отсутствие чувств, прерывание работы
Афазия клиента, блуждающее поведение, чрезмерные требования	Потребность в контроле и профессиональном «всемогуществе»	Проявление «родительского» отношения, потеря доверия к пациенту и веры в его мудрость. Отмена встреч
Беспомощность клиента и его семьи	Потребность быть нужным	Продуцирование практических предложений, замена структуры вмешательства более ригидной

Авторы статьи схематично представили действие механизмов переноса (см. таблицу) в этой ситуации и задали вопрос о том, есть ли среди них что-либо похожее на любовь, нежность, заботу, преданность?

Исследование механизмов переноса обогащает работу с пожилыми клиентами и членами их семей, помогает прийти к их более глубокому пониманию и оценке [Peabody S.A., Gelso C. J., 1982].

Специалист должен уметь адекватно ответить терапевтически на собственные интенсивные эмоциональные реакции (например, в ситуации смерти близкого человека), только тогда он сможет расти как личность и профессионал. Понимая и интегрируя собственные чувства в своей работе, практики получают потенциал для помощи пожилым людям и членам их семей. Эта работа помогает специалистам встретить свое неизбежное старение и смерть с меньшим страхом и большим чувством собственного достоинства [Adler A., 1984].

Однако осознание собственных ограниченных возможностей и уязвимости — достаточно трудная задача, замечают авторы. Они предлагают путь, который помогает стать более гуманными в своей профессии.

Тренинг и консультирование дают возможность: 1) прийти к оценке механизма переноса как ценного инструмента в работе с пожилыми людьми и членами их семей; 2) подготовиться к тому, чтобы идентифицировать диапазон и интенсивность эмоций; 3) идентифицировать случаи, в которых перенос может потребовать терапевтическое вмешательство; 4) анализировать ситуации, когда перенос может появиться; 5) внести вклад в реалистическую оценку потребностей каждого пациента и семьи. Тренинг должен включать разъяснения и ролевую практику, демонстрацию подходов к использованию дискуссии с пациентом о том, что *не* полезно, акцент на сверхзависимость от слов в тяжелой, горестной ситуации, конфронтацию личного и профессионального страха потерпеть неудачу, анализ потребности во «всемогуществе» специалиста, применение помогающего поведения, исследование новых аттитудов и нового поведения, способствующих большей компетентности специалиста. Даже небольшая групповая работа, совместная практика с коллегами или использование диад помогают специалисту осознать, что не только он, но и его коллеги совершают ошибки и подвергаются воздействию переносов. Это позволяет смело соглашаться с клиентом, что очень часто нет ответов на самые важные вопросы. Итак, отрицание механизмов переноса, как было показано выше, приводит к тому, что специалист начинает избегать тех людей, которые активируют их. Признание механизмов переноса позволяет «вплетать их в гобелен своей работы».

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ СУИЦИДА СРЕДИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА'

В последние десять лет в Нидерландах ежегодно совершают самоубийства около 540 человек в возрасте шестидесяти лет и старше. Из всего числа самоубийств третья часть приходится на пожилых людей. Для сравнения скажем, что лишь 4 % всех самоубийств совершается людьми в возрасте до двадцати лет. Кроме того, необходимо отметить, что предотвращению самоубийств среди подростков уделяется намного больше внимания, чем среди пожилых людей. До недавнего времени не принималось почти никаких мер по предотвращению самоубийства в пожилом возрасте. Вероятно, это связано со сложностью проблемы.

В этой статье мы излагаем некоторые идеи использования средств массовой информации для распространения сведений, позволяющих распознать симптомы депрессии и противодействовать суицидальным тенденциям посредством мобилизации родственников и друзей.

Характеристики суицидального поведения людей пожилого возраста

Медицинские и психологические последствия суицидального акта, совершенного в пожилом возрасте, намного серьезнее, чем в молодом возрасте. По сравнению с молодыми пожилые люди проявляют более твердое намерение умереть. Они прибегают к более сильнодействующим средствам, и часто они устраивают так, что вмешательство становится маловероятным [*Deijkstra R.F. W.*, 1981]. Кроме того, у пожилых людей по сравнению с молодыми обычно меньше сил перенести физические последствия попытки самоубийства и выздороветь, поэтому у них меньше шансов выжить [*Mcintosh J.L.*, 1985; *Summa J.-D. et al*, 1982].

Иногда пожилые люди медленно, но намеренно продвигаются к смерти, приняв твердое решение умереть. Приведем некоторые примеры такого поведения: отказ от пищи, от заботы о себе, пренебрежение своим здоровьем, доходящее иногда даже до саботажа предписаний врача. Эта так называемая «суицидальная эрозия» типична для пожилых людей, поэтому такая смерть редко признается самоубийством и не отражается в общей суицидальной статистике.

¹ Керкхоф А., Диекстра Р., Хирихорн П., Виссер А. Возможности предотвращения суицида среди людей пожилого возраста // Психологическое обозрение. — 1995. — №1. — С. 41-43.

Исследования показали, что пожилые люди значительно реже, | чем молодые, сообщают о своих суицидальных намерениях дру-; гим [Blazer D. G. et ai, 1986; Maris R. W., 1969]. Это означает, что : суицидальное поведение пожилых людей значительно реже, чем у молодых, мотивировано желанием мобилизовать других, привлечь или позвать на помощь.

Мотивы суицидального поведения

Основным мотивом суицидального поведения как у молодых, так и у пожилых людей является желание прекратить осознание ситуации, которая кажется невыносимой. Пожилыми людьми такая ситуация воспринимается как необратимая в большей степе-; ни, чем молодыми. Главными мотивами, которые играют роль в суицидальном поведении пожилых людей, являются следующие: сильное физическое страдание, смерть супруга, угроза зависимости или институционализации, уход на пенсию и потеря возможности активного участия в общественной жизни, сильное психологическое или психическое истощение, склонность к употреблению алкоголя или наркотических веществ и сильно нарушенные социальные связи. Конечно же, эти мотивы не являются взаимо-' исключаящими. Некоторые авторы придают особое значение вли-і янию не одного единственного мотива, а рассматривают чаще вза-І имодействие различных мотивов как основной фактор, провоцирующий суицидальное поведение. Умение бороться, сопротивляться также играет важную роль [Chynowenth R., 1981; Kirsling R.A., il986; Miller M., 1979]. Депрессивные чувства, сопровождающие эти мотивы, могут быть причиной или следствием или тем и другим, поэтому очень сложно оценить влияние депрессии на субъективную непереносимость специфических ситуаций. Вероятность возникновения депрессивных чувств у пожилых людей в некоторых обстоятельствах сильно затрудняет точную оценку «больной части» или той части депрессии, тех ее симптомов, которые поддаются лечению.

Три типа суицидального поведения в пожилом возрасте

Для оказания реальной помощи по предотвращению суицида необходимо различать три категории пожилых людей с суицидальными намерениями: больные с неизлечимыми заболеваниями, пожилые люди с хроническими суицидальными намерениями и пожилые люди с острыми суицидальными наклонностями.

...Наше внимание сосредоточено на последней, третьей группе.

Во многих случаях острые суицидальные наклонности проявляются в связи с борьбой с возрастающим числом больших и непоправимых жизненных событий и убывающей жизнестойкостью.

Нормальная и стабильная жизнь внезапно нарушается одним или несколькими страшными ударами судьбы, такими как смерть супруга, неизлечимая болезнь, угроза институционализации и т.д. Особенно, когда эти события происходят одновременно и когда общественная жизнь серьезно нарушена, может прогрессировать депрессия и возникнуть желание смерти. Социальная изоляция может быть также симптомом скрытого депрессивного расстройства. Социальная изоляция и депрессия могут начаться вследствие тяжелой утраты. <...> Именно на эту группу должны быть направлены усилия по предотвращению суицида.

Предупреждение суицидального поведения среди людей пожилого возраста

Остальная часть статьи посвящена группе с острыми суицидальными наклонностями в пожилом возрасте. Важно отметить, что эти люди считались относительно «нормальными» в течение всей своей жизни. Они были эмоционально устойчивыми, продуктивными и общительными и вообще не подвергались никакой форме лечения, поэтому их дети, друзья и соседи считают их достаточно сильными и способными перенести стресс, вызванный некоторыми жизненными событиями. Может случиться так, что в некоторых случаях, когда у пожилых людей возникает намерение совершить самоубийство, дети и друзья не замечают депрессии и отчаяния и рассматривают их печаль и странное поведение как нормальную и временную реакцию, объяснимую тяжелой ситуацией. В других случаях становится ясно, что они обратили внимание на депрессивную окраску поведения, но не придали достаточного значения глубине депрессии и состоянию подавленности. Может возникнуть еще одна ситуация, когда родственники правильно идентифицировали депрессивные симптомы поведения и рассматривают их как тревожные, но не знают, что депрессивные расстройства могут лечиться. Во всех описанных ситуациях роль членов семьи приобретает важнейшее значение. Мы знаем, что сами пожилые люди, у которых возникли суицидальные намерения, не склонны сообщать о них ни своим родственникам, ни семейному врачу. Таким образом, дети, родственники и другие окружающие люди являются фактически единственными, кто способен вмешиваться в случае необходимости. Если бы существовали возможности для контакта с родственниками, друзьями и соседями пожилых людей, чтобы обучить их правильно распознавать депрессию и суицидальные тенденции, если бы удалось убедить их предпринять некоторые необходимые действия, тогда, может быть, какая-то часть населения, ставшая объектом нашего внимания, скорее бы оказалась там, где было бы проведено надлежащее лечение и оказана настоящая помощь.

Роль средств массовой информации

До сих пор (насколько нам известно) в средствах массовой информации не проводилось кампаний по предотвращению самоубийств среди людей пожилого возраста. Такая кампания могла бы помочь проявить необходимую активность в определенной ситуации, способствовать более внимательному отношению к признакам, свидетельствующим о суицидальных намерениях, к депрессивным симптомам, специфическому поведению пожилых людей (отдаление, социальная изоляция), информировать о том, какие жалобы, вызванные депрессией, поддаются лечению, где получить помощь. Эта кампания могла бы охватить всех, кто находится в контакте с пожилыми людьми, а это фактически означает все общество. Главная цель сообщений — передать следующую информацию: некоторые пожилые люди нуждаются в помощи, но они могут получить ее только от родственников, друзей и тех, кто понимает природу расстройства и может проявить инициативу в устранении его последствий. Крупномасштабная кампания может быть проведена для самих пожилых людей с целью убедить их, что в некоторых случаях помощь может быть эффективной. В связи с использованием средств массовой информации возникает известная проблема эффекта имитации. Особенно среди молодежи отмечен высокий риск имитации суицидальной модели поведения, что подтверждается документально. Следовательно, безопаснее направить рекламную кампанию на эмоциональные проблемы и депрессию. Так как депрессия и суицид тесно связаны, лечение депрессии среди пожилой части населения будет также способствовать предотвращению суицида.

Сочетание рекламной кампании и заботы о психическом здоровье

При проведении политики предотвращения суицида среди пожилых людей очевидны преимущества рекламной кампании в сочетании с эффективным использованием существующих возможностей врачебной помощи пожилым людям. В этой связи могут быть поставлены следующие задачи в отношении рекламной кампании:

- информировать аудиторию о необходимости внимательного отношения к эмоциональным проблемам и депрессивным симптомам, возникающим у пожилых людей, особенно в момент утраты дорогого для них человека;
- рассказать о возможности лечения депрессии и получения помощи при наличии эмоциональных проблем у пожилых людей;
- предоставить информацию о том, где можно получить помощь по поводу эмоциональных расстройств и депрессивных проявлений; подчеркнуть роль врача общей практики;

- заострить внимание на ответственности друзей, родственников в случае возникновения необходимости оказания помощи. Убедить их в том, что если они не проявят инициативу, то больше никто не сможет помочь;

- объяснить людям, что стремление получить помощь в связи с эмоциональными проблемами и жалобами на депрессию еще не свидетельствует о психическом заболевании.

Доступность помощи центров психического здоровья

Врач общей практики должен поощрять желание пожилых людей выражать свои чувства и жалобы на депрессию, особенно если они возникли вследствие смерти любимого человека.

Врач общей практики должен иметь возможность немедленно связаться с местными центрами психического здоровья отделений амбулаторного лечения психиатрических клиник, для того, чтобы получить консультацию.

Работники местных центров психического здоровья должны навещать пожилых людей всякий раз, как родственники или врач общей практики увидят в этом необходимость.

Обсуждение

Существует много аспектов, которые должны быть учтены, прежде чем приступить к такой кампании в средствах массовой информации. Мы только кратко упомянем возможные суицидогенные последствия обсуждения суицида в средствах массовой информации: риск чрезмерной опеки пожилых людей или снятие с них ответственности, риск столкновения тех, кто выжил после попытки самоубийства, с информацией, как интерпретировать суицидальные сигналы, которые они не заметили в поведении своих родственников незадолго до их смерти. Все эти аспекты необходимо подробно обсудить. Однако доводы в пользу привлечения средств массовой информации останутся неизменными. Несмотря на то, что депрессивное или дисфорическое настроение считается нормальным состоянием людей в пожилом возрасте, пока возможно вмешательство на социальном, психологическом и соматическом уровне, необходимо его использовать, чтобы облегчить страдания пожилых людей.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В СТАРОСТИ

РАБОТА С ПЕРСОНАЛОМ

А. И. Тащева

КОНЦЕПЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОДИНОКИМ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА'

На основе заказа Ростовского городского центра по оказанию социальной помощи одиноким престарелым и инвалидам в 1989 году кафедрой социальной психологии и психологии личности Ростовского государственного университета (научный руководитель договора — доцент А. И. Тащева) было проведено комплексное социально-психологическое исследование. Его цель состояла в подготовке практических рекомендаций организационного, социально-психологического и психологического характера по более полному и психологически комфортному удовлетворению нужд одиноких престарелых и инвалидов, повышению эффективности деятельности социальных работников и уменьшению текучести кадров Центра.

Проведенное исследование выявило много вполне обоснованных претензий пожилых людей в адрес коммунальных служб, системы здравоохранения и социальной помощи города. Однако большая часть основных проблем престарелых носила психологический характер: одиночество, острый дефицит общения, трудности во взаимоотношениях с соседями по коммунальной квартире и с недобросовестными социальными работниками. Все это, по мнению исследователей, рождает тяжелые переживания пожилых людей, ускоряет их смерть, а иногда провоцирует суицидальные мысли и суицидальное поведение.

Выявлен ряд психологических проблем и у социальных работников. Многие из них плохо представляют себе характер работы,

¹ *Тащева А. И.* Концепция организации психологической помощи одиноким пожилым людям в структуре Министерства труда и социального развития // Психология зрелости и старения. — 1998. — № 4. — С. 75 — 87.

на которую поступают, некоторые имеют негативную установку по отношению к старикам или просто боятся их. Абсолютное большинство социальных работников не владеет навыками общения с пожилыми людьми, не понимает их и не стремится к пониманию. Кроме того, у социальных работников, как и у людей других профессий, существует множество личных и семейных проблем, специфический же характер их труда часто служит фактором, усугубляющим эти проблемы. По мнению автора исследования, в психологическое подразделение городской службы социальной помощи одиноким престарелым должны входить психологи районных отделений социальной помощи и психологи круглосуточного телефона доверия для пожилых людей. Административное и методическое руководство этим подразделением должен осуществлять старший психолог, административно подчиняющийся лишь заведующему городской службой социальной помощи. Для каждого из психологов, социальных работников, заведующего районным отделением социальной помощи были подготовлены должностные инструкции и профессиограммы. Итогом этой работы стало экспериментальное введение областным отделом социального обеспечения в 1990 году одной должности психолога, который был вынужден пытаться реализовать задачи, обоснованно предписанные исследователями группе специалистов.

В настоящее время в 60 центрах Ростовской области по обслуживанию 58 тысяч граждан пожилого возраста и инвалидов психологическую помощь осуществляют 25 профессиональных психологов по четырем основным направлениям:

- 1) профессиональный отбор и целенаправленная работа по повышению психологической компетентности сотрудников службы социальной помощи;
- 2) содействие социальным работникам в улучшении их взаимоотношений с наиболее «трудными» клиентами;
- 3) профилактическая психологическая помощь и индивидуальное консультирование сотрудников по их личным вопросам и семейным проблемам;
- 4) индивидуальное консультирование и психологическая помощь подопечным службы социальной помощи.

Рассмотрим каждое из указанных направлений подробнее.

Проведенное психологическое исследование позволило выделить относительные и абсолютные признаки профессиональной непригодности социальных работников.

К абсолютным признакам профнепригодности, по нашему мнению, относятся негативная установка в восприятии пожилых людей, заведомое восприятие их как людей со скверным характером, навязчивых, ворчливых, недовольных жизнью, боязнь ста-

риков. Кроме того, признаками профнепригодности можно считать такие характерологические особенности личности претендента на должность социального работника, как: низкая эмпатия, высокий уровень тревожности, вспыльчивость, несдержанность, недостаточно сформированные милосердие и нравственность, недобросовестное отношение к выполняемой работе.

К относительным признакам профнепригодности претендентов мы отнесли низкий уровень профессиональных знаний в области психологии позднего возраста и несформированность у них навыков общения, в частности с престарелыми.

Данные признаки выявляются в ходе профессиональной оценки претендента на должность с помощью специальным образом организованной беседы, а также методик Лири, Меграбяна, Кеттела.

Психологическая экспертиза на профпригодность выявила у 20 % претендентов признаки абсолютной профнепригодности — этим людям было отказано в приеме на работу. Признаки относительной профнепригодности имели 80 % претендентов — психолог занимался повышением уровня их психологической подготовки, компетентности в общении с пожилыми людьми.

В качестве основных форм повышения квалификации сотрудников использовались индивидуальные беседы, циклы лекций по основам психологии, социологии старческого возраста и деловые игры.

Такая работа проводилась с претендентами на должность социальных работников и со штатными социальными работниками в каждом отделении социальной помощи.

Несомненно, что часть клиентов службы социальной помощи можно отнести к разряду «трудных»: у них чаще обычного возникают конфликты с социальным работником, с ними бывает трудно найти общий язык, вследствие чего часто меняются обслуживающие их социальные работники. По нашим наблюдениям, в каждом отделении социальной помощи «трудных» подопечных от одного до трех человек. «Трудности» определяются, с одной стороны, возрастными заболеваниями престарелых, с другой, — усугубившимися с возрастом такими чертами характера, как властность, чрезмерная требовательность, мнительность и т. п. Нередко это могут быть и отклонения в психике.

Заявку на работу с «трудными» подопечными психологу подают заведующие отделениями социальной помощи и социальные работники. Психолог встречается с пожилым человеком и его социальным работником. В случае необходимости, кроме бесед и наблюдения, используются психологические тесты, которые позволяют выявить личностные, характерологические особенности опрашиваемых и типичные для каждого из них способы поведения в конфликтных ситуациях: методики Кеттела и Розенцвейга,

а также авторские методики Тащевой «Атрибутивное сопровождение общения» и «Ретроспективная рефлексия конфликта». Итогом работы психолога становятся рекомендации социальному работнику по оптимальному взаимодействию с конкретным подопечным и по выработке способов выхода из создавшейся ситуации. При этом выявляются истинные причины конфликта и минимизируется конфликтная ситуация, оптимизируется психологическая атмосфера в диаде «подопечный — социальный работник».

В исключительных случаях, когда взаимоотношения социального работника и его подопечного уже приняли необратимый характер, приобрели форму открытой конфронтации, единственно возможным способом разрешения конфликта становилась замена социального работника с последующей психологической помощью обоим участникам конфликта.

Профессия социального работника связана с большим нервно-психическим напряжением и поэтому может негативно влиять на личную и семейную жизнь человека. Чтобы снизить это негативное влияние, сотрудникам оказывается психологическая консультативная помощь. Основные причины обращения социальных работников за помощью к психологу следующие: взаимоотношения в семье, психологические трудности в воспитании детей, потребность в познании собственных психологических особенностей.

Как отмечалось выше, специфические особенности психологического консультирования престарелых определяются их возрастными и индивидуальными личностными характеристиками, особенностями социального опыта клиентов, их образовательным и культурным уровнями.

Трудности в работе психолога с подопечными территориального центра можно обобщить следующим образом.

1. Психолог активно навещает пожилого человека по заявке социального работника или соседей (в традиционном психологическом консультировании клиент сам обращается за помощью к психологу), поэтому подопечный, как правило, психолога не ждет и к непосредственной работе с ним психологически не готов. Психологу очень важно суметь расположить к себе человека, чтобы тот поверил ему и был, по возможности, максимально откровенным. Лишь после этого психолог приступает к активной работе с пожилым человеком.

2. Пожилые люди имеют устоявшиеся стереотипы поведения и собственные представления о морали, которые психологу следует принять за константу. Психолог должен пытаться помочь человеку наладить межличностные отношения, ориентируясь на его индивидуальные личностные возможности.

3. Многие престарелые не знакомы с работой психолога, часто боятся встречи с ним, так как в их сознании этот специалист ассоциируется с психиатром, а психически больные люди цент-

рами Министерства труда и социального развития на дому не обслуживаются. Престарелые опасаются, что их могут снять с обслуживания и поместить в психиатрическую клинику. Поэтому, идя к пожилому человеку, психолог должен иметь хотя бы минимальные сведения о нем, должен быть готов к общению и непременно объяснить свои функции психолога.

Типичные проблемы одиноких пожилых людей, которые стали предметом работы психолога:

- 1) трудности во взаимоотношениях с социальным работником и соседями;
- 2) суицидальные мысли и поведение;
- 3) психологические проблемы из-за отрицания обществом идеалов их юности и всей жизни;
- 4) чувство вины перед умершими близкими;
- 5) психологические проблемы, связанные с болезнями данного пожилого человека;
- 6) страх смерти, а также того, что некому будет его похоронить и выполнить традиционный обряд.

Работа психолога в этих случаях начинается при личных встречах и по возможности продолжается также и по телефону доверия для престарелых (по этому телефону подопечные службы социальной помощи могут беседовать с психологом по собственной инициативе). Наиболее нуждающимся в психологической поддержке клиентам психолог звонит сам.

С некоторыми пожилыми людьми телефонные беседы стали регулярными и продолжаются от 15 минут до часа.

Психолог пытается организовать для престарелых людей группы взаимной психологической поддержки: с их предварительного согласия он организует знакомства по телефону, переписку.

Делаются попытки привлечь к помощи одиноким верующим прихожан Ростовского кафедрального собора и др.

Перспективы работы психологов в центрах по обслуживанию граждан пожилого возраста видятся в дальнейшем расширении перечня психологических услуг для социальных работников и подопечных службы: создание в каждом центре комнаты психологической разгрузки, разработка программ психологической адаптации новых социальных работников к сложным условиям работы, организация постоянно действующих курсов повышения квалификации сотрудников службы социальной помощи с использованием традиционных форм обучения и методов активного обучения, в том числе — различных видов социально-психологического тренинга, оказания психологической помощи пожилым людям, оформляющимся в дом-интернат для престарелых. <...> Хочется надеяться, что в ближайшее время должность психолога займет достойное место в системе социального обеспечения и социальной помощи одиноким престарелым людям.

12 Краснова

353

Девятилетний опыт работы психологов с престарелыми гражданами подтверждает правомерность и обоснованность предложений психологов-исследователей Ростовского государственного университета о необходимости развитой сети психологических подразделений для одиноких престарелых людей в структуре Министерства труда и социального развития. Без этого работа психолога, на наш взгляд, становится несколько фрагментарной, не достаточно эффективной, «скоропомощной», а социальные работники и пожилые люди получают психологическую помощь не в полном объеме. Следовательно, недостаточно эффективной оказывается и работа всех специалистов, призванных помочь одной из самых незащищенных категорий населения — людям пожилого возраста.

О.В.Краснова ЭЙДЖИЗМ В РАБОТЕ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ¹

Определение эйджизма

Считается, что эйджизм присущ многим институтам западного общества. Дискриминация по возрасту, или «эйджизм», означает «отрицательное или унижающее отношение к человеку из-за его возраста» [Словарь терминов по социальной геронтологии, 1999, с. 137], пренебрежение и негативное отношение к любой возрастной группе, хотя чаще всего речь идет именно об отношении к пожилым и старым людям. Р. Батлер, автор этого термина, дал первое и наиболее хорошо известное определение эйджизма. Он описал эйджизм как «отражающий глубоко затаенную тревогу некоторых молодых и людей среднего возраста, их личностное отвращение и ощущение неприязни к стареющим людям, болезням, инвалидности и страх беспомощности, бесполезности и смерти» [Butler R., 1969, с. 243]. В «Энциклопедии старения» он определил эйджизм как «процесс систематической стереотипизации и дискриминации людей по причине их старости так же, как расизм и сексизм по причине их цвета кожи и пола» [Butler R., 1987, с. 22]. В Международном энциклопедическом словаре английского языка (1999 г.) эйджизм также толкуется как дискриминация или предубеждение, направленные против пожилых людей [The New International Webster's Comprehensive Dictionary of the English Language, 1999].

¹ Краснова О. В. «Мы» и «Они»: Эйджизм и самосознание пожилых людей // Психология зрелости и старения. — 2000. — № 3. — С. 18 — 36.

Таким образом, эйджизм определяют как отрицательное или унижающее отношение к людям определенной возрастной группы, связанное с возрастом данной категории. Некоторые авторы считают, что «ориентация общества главным образом на молодых» есть проявление эйджизма [Marshall M., Dixon M., 1996, с. 28]. Таким образом, эйджизм в рассмотренных определениях является аттитюдом, или отношением к человеку или группе людей. В этом контексте представляется более точным другое короткое определение эйджизма — «оскорбительная демонстрация своей силы через призму возраста» [Johnson /., Bytheway B., 1999, с. 205]. Оно включает и институциональный эйджизм (юридически закрепленную дискриминацию людей определенной возрастной группы), и внутренний эйджизм (обидные, унижающие межперсональные действия, которые включают и высказывания, например «старый что малый», «старая кошелка» и т. п., и поведение, например игнорирование, физическое или психическое насилие и пр.).

...Дж. Джонсон и Б.Битвей, рассмотрев различные подходы к концептуализации эйджизма, определили две основные тенденции. Первая, представленная Батлером, показывает эйджизм как нечто, что соотносится исключительно со старыми людьми, т.е. существуют «пожилые люди», которые составляют группу меньшинства и которые общественным сознанием наделены негативными характеристиками, например считаются «бременем для государства». Так, О. Стивенсон, рассматривая случаи жестокого отношения к старым людям, прямо связывает эту проблему с распространением эйджизма: «Старые люди становятся уважаемы все меньше, чем остальные, поэтому с ними обходятся, как с людьми, не заслуживающими равных прав» [Stevenson O., 1999, с. 146].

Вторая тенденция характерна тем, что эйджизм распространяется не только на старых людей, но на всех, кого дискриминируют по возрастному признаку. На каждом этапе жизни человек сталкивается с ограничениями, связанными с его возрастом, т.е. эйджизм затрагивает всю нашу жизнь, а не только поздний возраст. При этом дать определение понятия, которое отражало бы дискриминацию каждой возрастной группы, а не только группы пожилых, проблематично. Хотя бы потому, что наше личное отношение к разным возрастным категориям постоянно изменяется по мере нашего взросления/старения. Кроме того, авторы многочисленных теорий и исследований психического старения внушили обществу, что «человеческий организм ухудшается с возрастом». Из этого тезиса следует однозначный вывод, что с возрастом приходит и «более низкое положение». Поэтому, вопреки всемерным усилиям социальных геронтологов и социальных психологов, пытающихся создать более позитивный имидж «успешного» старения, модель «ухудшения положения пожилых с возрастом» все еще широко распространена. <...>

Феномен эйджизма присущ менталитету всего населения, включая самих пожилых людей [Краснова О.В., 1997]. Например, на любые жалобы пожилой человек слышит: «А что вы хотите в вашем возрасте?» Все это — «долговременный тренинг эйджизма» в отношении к другим. <...>

Отношения групп друг к другу

Кто такие «мы» и кто — «они»? С одной стороны, «мы» — «потомки старых людей». С другой, «наше общество имеет очень негативные аттитюды к старому возрасту. Это отражает наше отношение к пожилым людям, наши ожидания от них» [цит. по *Johnson /., Bytheway B., 1999, с. 201*]. Использование этих местоимений создает концептуальное поле для обоснования «включения» других в свою группу или «исключения» из нее. Более того, если существует мнение, что «старые люди подвергаются дискриминации», то, действительно, существует категория людей, которая отделена от «нас», более молодых и сильных.

Мнение о том, что молодость и молодые лучше, а старость и старые хуже, отражается в поляризации видения этими возрастными группами друг друга. Популярный негативный взгляд на поздний возраст тесно связан с тем, как само общество видит и отражает этот период жизни.

Старый человек может рассматриваться как тот, кто имеет умаляющие и унижающие его личность дополнительные качества [Marshall M., Dixon M., 1996]. Действительно, термин «старый» часто используется для того, чтобы унижить другого человека, используя, например, фразы типа «старый дурак» и т.д. Те, кто употребляет такие выражения, естественно, не относят себя к этой возрастной группе; старый возраст — это нечто отдельное от них, ведь еще не ухудшаются здоровье, умственные способности, физические возможности. Они считают, что старые люди обычно идут проверенными путями, неспособны к восприятию новых идей, ригидны, обременены всевозможными трудностями. Но разве не может этими качествами обладать человек зрелого возраста задолго до того, как он начнет стареть?

М.Маршалл и М.Диксон приводят в качестве примера результаты опроса английских 13-летних подростков, которым предложили ответить на вопрос: «Что такое быть старым?» Оказалось, что некоторые из 13-летних ребят считают 45-летних уже старыми. Они знают, что пенсии невелики, кроме того, заявляют, что от старых «дурно пахнет» и они «туги на ухо».

Затем был проведен опрос пожилых людей, но уже в отношении тинэйджеров. Оказалось, они «всегда кричат» и гуляют «шайками и бандами» по тротуарам. Многие пожилые люди высказали опасение, что подростки могут их толкнуть или ударить. <...>

В этом плане интересно сравнить ответы на вопрос: «Что такое быть старым?» российских подростков и молодых людей. Подростки младшего возраста — 11 лет (москвичи) давали ответы, отражающие скорее объективные и «внешние» характеристики пожилых людей, например: «проживают одиноко или с мужем/женой», «имеют внуков», «получают пенсию», не уточняя, что пенсия невелика, не обращая внимания на проблемы здоровья и пр. Не было ответов, которые бы включали негативные характеристики. У респондентов в возрасте 13 лет появляются в ответах характеристики, еще не резко отрицательные или негативные, но отражающие слабость или беспомощность пожилых людей. С 15-летнего возраста уже отчетливо проступает негативное отношение к старикам. При этом опрашивались только те, которые проживают отдельно от своих бабушек/дедушек и редко с ними видятся, т. е. близкого пожилого родственника, с которым можно было бы проводить параллели, не было.

В другом исследовании, где опрашивались девушки 20 — 24 лет (Калуга, 1998), респондентам было предложено закончить предложения: «Быть ребенком/взрослой/старой для меня означает...» [Минигалиева М. Р., 2000]. Автор выделила три типа ответов, два из которых (!) характеризуются негативным отношением к старости.

Вариант «Быть старой...» оказался самым неоднозначным и сложным для респондентов: 40 % дали явно негативные оценки (беспомощность, зависимость, одиночество, неудовлетворенная потребность в общении, косность и т.д.): «Это ужасно. Я такой не буду».

Около 20 % респондентов оценивают старость как период, когда «все прошло»: осталось позади «прекрасное прошлое», «успели вырастить детей и внуков». Старость характеризуется как состояние бездеятельности, пассивности, ненужности, как жизнь лишь воспоминаниями. В старости респонденты опасаются, наряду со страхом смерти, снижения уровня включенности в жизнь и осознания несостоятельности прожитой жизни.

Позитивные оценки встречаются у 30 % респондентов: «быть спокойной, умной, любящей, любимой». Лишь 10% охарактеризовали старость как период активной жизнедеятельности.

Таким образом, с возрастом у человека растет число негативных оценок позднего возраста, и уже к 25 годам формируется стойкое неприятие старости и всевозможные проявления эйджизма по отношению к старикам. Возможно, именно взрослые, в том числе и родители, играют определенную роль в «тренинге эйджизма».

Теперь посмотрим, что думают пожилые россияне о молодежи. По данным мониторинга общественного мнения, проведенного ВЦИОМ в 1997 г., из 555 пенсионеров только 13,8 % считают, что молодым свойственны такие положительные качества, как дисциплинированность, чувство ответственности (против высказы-

лось 64,0%); 14,7% — трудолюбие (против — 62,4%); 13,2% — готовность перенимать опыт старших (против — 59,0 %). Зато 64,3 % пенсионеров называют молодых недисциплированными, 63,9 % заявляют, что молодые не желают и не умеют много и напряженно работать, 58,5 % считают, что молодые нечестные и непорядочные, 70,8 % — что они эгоисты и равнодушны к окружающим, 62,6 % — что они пренебрегают мнением и опытом старших [Мониторинг общественного мнения. Информационный бюллетень ВЦИОМ, 1997, с. 76-79].

Возрастные группы получают представления друг о друге из средств массовой информации. Многие не имеют непосредственных контактов с представителями другой возрастной группы, которые могли бы опровергнуть негативные стереотипы своим позитивным опытом. Это приводит к жесткому закреплению и распространению этих стереотипов в обществе.

Социально-политические и другие изменения в России за последние 80 лет привели к тому, что многие молодые люди вырастают без тесного контакта с бабушками/дедушками или другими старыми членами семьи. В западном обществе наблюдаются подобные тенденции, дети и молодежь получают знания о пожилых только из телевидения. В результате любой человек может легко нарисовать характер старика, исходя из общего мнения и обобщений. Некоторые авторы считают, что в нашем сознании твердо зафиксировано мнение о сварливости, придирчивости, плохом характере старых людей.

Проблема стереотипов тесно связана с тем, как в обществе называют пожилых людей, т.е. какими эпитетами их «награждают». В 1993 г. проводилось изучение ощущений пожилых людей в 12 европейских странах. <...> Среди других полученных результатов интересным оказалось то, как они хотели бы называться: «старшие граждане». Все термины, которыми их «награждают», имеют негативную и негуманную окраску. В определении «старшие граждане» выражен более позитивный взгляд на положение пожилого человека в обществе.

Хотя на Востоке традиционно к пожилым и старым людям относятся с большим уважением, в последние годы общество начинает рассматривать их как тех, кто уже не может продолжать работать и становится «бременем» для семьи и общества. М.Тан [Tan M., 1998] считает, что это находит отражение в тех словах, которые используются по отношению к старикам со стороны общества. Например, в Индонезии значению выражений «становиться старым», «стареть», «старение» сопутствуют термины немощный, дряхлый, бесполезный. В результате стареющие люди маргинализуются и изолируются от продуктивного работоспособного населения.

Следовательно, говоря о пожилых, нужно избегать пользоваться такими терминами, которые умаляют или уни-

жают их достоинство. Поэтому самым подходящим будет выражение, которое используется в США и которое хотели бы слышать в свой адрес пожилые люди многих стран: «старшие граждане». Этот термин подразумевает, что человек, по мере своего старения, воспринимается как аккумулирующий знания, опыт, мудрость и как имеющий широкую социальную сеть личных и профессиональных связей.

Эйджизм в социальной и психологической работе с пожилыми людьми

Департаменты и центры социального обслуживания так же восприимчивы к эйджизму, как и все общество. Многим социальным работникам свойственны эйджистские тенденции. Например, отсутствие социально-психологической компетентности социальных работников и, как следствие, увеличение трудностей в общении с пожилыми, приобретение навыков манипулирования пожилыми, увеличение индексов агрессивности и враждебности по мере увеличения стажа работы показывают направленность деятельности социальных работников, которая, во-первых, нарушает право пожилого на достоинство и уважение (основной принцип социальной работы) и, во-вторых, ориентирована на достижение скрытой (от пожилого) цели, не совпадающей с открыто декларируемой целью [Краснова О.В., 1999]. Социальные работники, являясь обычными людьми, не выходят за круг эйджистского поведения и предубеждения. Понимание незрелой и несовершенной природы «новой» профессии социального работника в российском обществе и некоторых эйджистских допущений и приписываний — императив для социальных работников. Кроме социальных работников, непосредственно работающих с пожилыми людьми, есть еще и специалисты по социальной работе, которых готовят высшие учебные заведения и которые работают не в таком тесном контакте с пожилыми клиентами (иногда таких контактов не бывает вовсе). Эти специалисты относительно далеки от индивидуальных пользователей социальных услуг, т. е. пожилых, и с «полным основанием» используют эйджистские стереотипы и представления.

Анализ статистики Национального центра здоровья Великобритании (National Health Service), проведенный за 1991—1993 гг. П.Бриттоном и Р.Вудсом [Britton P. G., Woods R. T., 1999], показывает, что основные клиенты этого центра, обращающиеся за психологической помощью, — люди в возрасте от 16 до 64 лет. Менее 10% клиентов Центра — люди старше 65 лет. Авторы ставят вопрос: почему, если у пожилых людей с возрастом увеличивается потребность в медицинской и социальной помощи, не наблюдается этого в отношении психологической помощи? Может быть,

сами психологи игнорируют потребности пожилых людей? Может быть, клинические психологи — эйджисты? Скорее всего, сама психология не развита еще до такой степени, чтобы оказывать адекватную помощь пожилым, отсутствует методология оказания такой помощи. Поэтому пожилые люди остаются редкими клиентами практических и клинических психологов, чаще всего они хотят получать только медикаментозное лечение, «не ищут психологических подходов» [Britton P. G., Woods R. T., 1999, с. 14].

Работа со старыми и пожилыми людьми рождает огромное число проблем для тех, кто ею занимается. Очень часто приходится сталкиваться с ситуациями тяжелых потерь, горя и смерти. Психологи, оказывая помощь людям в этих ситуациях, должны работать с клиентом, его семьей и теми, кто ухаживает за ним. Но, не справляясь с грузом этих тяжелых проблем, они сами могут попасть под влияние мифа «суперпсихолога», игнорируя собственные эмоциональные реакции и недостаточный опыт, становясь профессионально и личностно уязвимыми. Особенно это касается начинающих психологов, у которых сложились неверные стереотипы в отношении старых и пожилых людей.

Как и многие другие виды предубеждений, эти распространенные мифы обычно полезно обсудить с коллегами, чтобы полностью осознать свои собственные чувства и представления о старом возрасте, которые могут быть сложными и неоднозначными. Для этого нужны тренинги, которые бы проводились не только на стадии подготовки специалистов, но и в процессе их работы.

Одни люди с детства выносят негативный опыт общения со своими прародителями, а другие — позитивный. Повседневный опыт также влияет на представления о старом возрасте. Например, много ли социальных работников или психологов общаются со старыми людьми вне своей работы? Большинство из них чаще всего имеет контакты только со своими бабушками/дедушками, да и те часто неглубоки, поверхностны. Еще меньше среди начинающих психологов и практикующих социальных работников тех, кто имеет пожилых или хотя бы 50—55-летних друзей. Таким образом, опыт общения с «нормальными» пожилыми людьми ограничен.

Как считают М.Маршалл и М.Диксон, «если мы не имеем позитивного опыта общения со старыми людьми в повседневной жизни, увеличивается риск видеть всех старых людей в одинаковом свете, а именно в том, в каком мы видим их на своей работе. А видим мы их как инвалидов, беспомощных, имеющих много проблем» [Marshall M., Dixon M., 1996, с. 28]. Более того, социальные работники и психологи обычно контактируют со старыми людьми и их семьями в то время, когда они находятся в сложной, кризисной жизненной ситуации. Таким образом, если работающие с пожилыми людьми имеют опыт общения с ними только как со своими пациентами и клиентами, то у них обычно появля-

ется уверенность, что пожилой возраст — это время инволюции и трудностей самого разного плана. А ведь пожилые люди способны учиться, развивать умения, приобретать новые интересы. Социальным работникам приходится выслушивать пожилых людей, которые рассказывают им о своей жизни; они могут чувствовать при этом их печаль, уныние, разочарование. Однако пожилые люди имеют не только горький опыт. О многих событиях, которые имели место в их жизни, они не вспоминают. События для пожилых людей становятся значимыми только в том случае, если они находят отражение в их поздней жизни.

Часто это отражение имеет место в начале беседы (контакта) пожилого человека и социального работника, которому больно слышать, что, например, пожилой человек потерял ребенка 40 лет назад или что его женитьба/замужество не удалась. Социальный работник начинает чувствовать отчаяние пожилого человека, его ощущение, что «жизнь прошла зря». Пожилые люди, особенно в нашей стране, имеют еще и «травматическую память» — о войнах, репрессиях.

Конечно, мы должны сочувствовать пожилым, но, следуя этому сочувствию, попадаем в ловушки, рассматривая всех пожилых и старых людей как жертв неудачного прошлого, которое угнетает их; все старые люди кажутся беспомощными жертвами прошлых ситуаций. Такие неосознаваемые стереотипы пожилых людей — разновидность эйджизма, которая ведет к обеднению практики. Социальным работникам кажется, что они уже знают (после предыдущего контакта), чего им ожидать от пожилого человека, чего он хочет. Поэтому они с ним уже не консультируются, т.е. действуют, как они считают, в интересах клиента. Однако такие действия социальных работников вызывают раздражение и тревогу у пожилых людей.

Аналогичную ошибку совершают психологи, которые недостаточно хорошо понимают прошлое пожилого человека, подсознательно воспринимая его как нерелевантного в ситуации старения. Этим они очень тонко, незаметно оказывают давление на своих клиентов, и пожилые начинают принимать свой образ как беспомощных, слабых людей. Причем делается это специалистами в порядке оказания помощи из лучших побуждений. Поэтому полезно применять метод биографического интервьюирования, для того чтобы высветить позитивные события в жизни пожилого человека. Стимуляция воспоминаний может облегчить принятие пожилым своей жизни, понимание, что она «не прошла зря». С.Тобин указывает на то, что такая работа с пожилыми требует специальной профессиональной подготовки. Требуется изрядная доля толерантности, чтобы выслушивать скучные, бесконечно повторяющиеся, а иногда преувеличенно раздутые и выдуманные истории, терпеть эксцентричные выходки пожилых.

Требуется подумать о том, как бы мы сами хотели быть обслужены в подобной ситуации. Например, многие из нас посещали дома-интернаты для престарелых и говорили, что мы не хотели бы там оказаться, даже в самых элитных условиях. Трудно представить свою жизнь в ограничениях свободы и выбора, как это принято в подобных заведениях. Но если это не подходит для нас, может быть, это не годится и для тех, с кем мы работаем? Стоит задуматься: неподходящие условия в домах-интернатах это результат отсутствия финансирования, недомыслие тех, кто обязан заниматься пожилыми по долгу службы, или результат бытующего мнения, что старые люди могут подождать? Если это первое или второе, то нужно просвещать политиков и финансистов, которые считают, что процесс старения их никогда не коснется, или вовсе не думают об этом явлении. Если же это последнее, то это эйд-жизм, его необходимо распознавать и разрешать как проблему. Психологи, работающие с пожилыми и старыми людьми, должны иметь базовое образование по личностным и психологическим характеристикам людей позднего возраста. Начиная работать с пожилыми и старыми людьми, многие специалисты получают шок от своих клиентов «client shock» [Britton P.G., Woods R.T., 1999, с. 20] уже в первую неделю работы. Корни этого шока лежат в недостаточном понимании старых людей, недооценке их потребностей и потенциала. Причина другого стресса, который могут получить специалисты, кроется в недостатке умений и компетентности, необходимых в работе с этой возрастной группой. Можно назвать и иные проблемы — необходимость знания религии той культурной группы населения, которую они обслуживают, сексуальность старых людей (до недавнего времени было наложено табу на эту тему), личностные изменения в результате психических заболеваний. Главная опасность для тех, кто работает с пожилыми людьми, — потеря чувствительности к их индивидуальным потребностям. Л. Брейтспраак выделяет для специалистов три основных руководства в работе с пожилыми людьми:

- не позволять пожилым людям втягиваться в негативный имидж старения, например, нужно помогать им увидеть и понять, что источник их проблем лежит в ситуации, но не в них самих;
- требовать от пожилых брать ответственность за свою жизнь там, где это возможно;
- стимулировать деятельность пожилых людей, которая поддерживает ощущение интеграции и целостности жизни.

Старые люди иногда становятся эйджистами по отношению к своей возрастной группе. Поэтому задача тех, кто с ними работает, — мягко разрешать их собственное отношение к своему возрасту и к своей возрастной группе.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА¹

Надомное социально-бытовое обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов является одной из наиболее перспективных форм социального обслуживания пожилых людей. Оно позволяет решить бытовые и частично психологические проблемы пожилых (в частности, проблему одиночества) без помещения их в стационарные условия, например, в пансионат для ветеранов, геронто-логический центр или другое учреждение. Для большинства пожилых проживание в домашних условиях до тех пор, пока это будет целесообразно с точки зрения возможности организации полноценного и эффективного ухода за ними, является реальным проявлением гуманизма общества. Возможность пребывать в привычных условиях положительно влияет на состояние пожилых людей и, как свидетельствуют результаты исследований, продляет их жизнь. Однако даже в этих наиболее благоприятных для пожилых людей условиях жизнедеятельности специалистами отмечается значительное количество случаев ухудшения их психологического статуса. Так, например, в результате опроса социальных работников, работающих в системе надомного социального обслуживания, было выявлено, что в значительном количестве случаев имеет место заискивание клиента перед специалистами. Такое отношение к себе сами специалисты объясняют страхом пожилых людей лишиться услуг социального работника в условиях нарастающей собственной немощности. Последнее является одним из показателей часто осуществляющегося формирования особого состояния — состояния зависимости. Пожилой человек впадает в состояние зависимости от деятельности социальных служб, характера отношений зависимости между социальным работником и им как клиентом и, наконец, от социальной политики государства. Отмечается специалистами и наличие у некоторых клиентов необоснованной агрессии по отношению к социальному работнику, стремление его унижить, что можно расценить не только как отсутствие навыков общения у клиента и определенного культурного уровня, но и как стремление «уравновесить» отношения, избавиться от чувства зависимости, сделав социального работника зависимым от своего настроения, капризности и т.п. Таким образом, следует сделать вывод, что социальный работник далеко не всегда может в своих исходных посылах в начале

¹ *Медведева Г. П.* Роль психологической компетентности социального работника в организации социального обслуживания пожилых людей // Мир психологии. — 1999.-№2.-С. 164-169.

взаимодействия с клиентом рассчитывать на то, что тот озабочен только лишь своими проблемами и готов включиться в диалог для их скорейшего разрешения; что настрой клиента на сотрудничество позитивен и конструктивен; что сам социальный работник вызовет у клиента исключительно положительные эмоции вследствие той роли, которую специалист играет по отношению к своему клиенту. К сожалению, далеко не всегда бывает так, что клиент приходит в социальную службу только лишь с надеждой на помощь, преисполнен готовности ее принять и заранее благодарен специалисту, начинающему работать с ним.

Если бы всегда при обращении индивида в социальную службу за помощью психологический статус его личности определялся только наличием проблемы, требующей взаимодействия с социальным работником с целью привлечения и использования профессиональных знаний и навыков последнего, то специалисту было бы существенно легче работать: разрешится проблема — психологический статус клиента изменится сам собой в положительную сторону, поскольку, обратившись к специалисту за помощью, клиент тем самым уже подсознательно настроен на положительное изменение своего состояния, в том числе и психологического статуса. Кроме того, в этом случае для социального работника уже не было бы трудностей в общении с клиентом вследствие полной готовности обоих субъектов взаимодействия к конструктивному сотрудничеству. В реальной ситуации социальному работнику необходимо учитывать при анализе психологического статуса своего клиента возможное наличие отрицательной компоненты, привнесенной осознанием клиентом собственной ущербности, неполноценности, а вследствие этого униженности личности в связи с ограниченными физическими, психологическими, материальными или социальными возможностями. Не следует также обольщаться мыслью, что даже при самом благоприятном прогнозируемом результате взаимодействия чувства клиента, его отношение к самому себе и к специалисту социальной службы без особых усилий со стороны последнего будут носить только позитивный характер, определяемый надеждой на успешное сотрудничество.

В целом ситуации взаимодействия социальных работников и пожилых людей складываются самые разные и притом порой чрезвычайно сложные. И здесь решающую роль в обеспечении их как положительных играет социальный работник. Последний должен уметь проникать во внутренний мир клиента, воздействовать на него, понимая, в частности, особенности возраста людей, с которыми он контактирует.

Для пожилого возраста характерны довольно сильные эмоции. Старость, как известно, является «возрастом потерь», поэтому для пожилых людей более, чем для представителей других возра-

стных категорий, характерны утраты, состояние острого горя, фрустрации, одиночества, чувство не востребуемости, которые, в силу возрастных изменений психики, носят особенный характер. Это требует от социального работника как непосредственного участника процесса взаимодействия, обязанного профессионально способствовать улучшению условий жизнедеятельности клиента, но и учета их в непосредственной работе. Следовательно, социальный работник должен обладать особым по сравнению со специалистами других сфер деятельности профессиональными знаниями и навыками, среди которых важное место занимает знание психологии и умение применять, в том числе дифференцированно, знания, полученные в ходе обучения, в своей конкретной деятельности.

В. А. Иванов

РАБОТА ШТАТНОГО ПСИХОЛОГА В ЦСО: ПРОБЛЕМА САМОИДЕНТИФИКАЦИИ¹

Центры социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (ЦСО) были созданы в Москве сравнительно недавно. Всякое новое начинание предполагает период апробации, проверки практикой. Проверяется жизнеспособность учреждения: уточняются круг возможностей и пределы эффективности, устанавливается ритм работы, определяются нагрузка сотрудников, их обязанности — происходит «саморегуляция».

Психологически этот начальный этап работы особенно важен для самоопределения каждого работника, формирования установки к своим занятиям, осознания трудовой деятельности как вынужденной тяготы или поиска продуктивных творческих элементов «служебной нуды» (В. Маяковский).

Психолог ЦСО — не исключение. Размышления о своем месте на работе («а что я тут делаю?»), мотивированные стремлением эффективно применить свои возможности и силы, есть самоидентификация. Другим естественным мотивом является поиск наиболее комфортного расположения себя в сплетении иных и порой чуждых интересов, мыслей, намерений и взаимоотношений. Сомнение в значимости собственной деятельности, как и демонстративное преувеличение ее, возникает, когда человек, даже при полной загрузке, не испытывает продолжительного чувства насыщения желанными впечатлениями, что побуждает его искать новые занятия, изобретать для себя объекты активности. Отсутствие

¹ *Иванов В. А.* Работа штатного психолога в ЦСО: проблема самоидентификации // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 1 (5). — С. 81 — 88.

или недостаточное подтверждение ожиданий побуждает считать их неоправданными, следствием чего становится неустойчивое положение человека в коллективе. Неправильная идентификация себя с должностью может привести к тому, что человек начинает напряженно искать себе работу, примеривая к себе несвойственные роли. Руководитель увлекается административной стороной должности, сотрудники ищут взаимопризнания повседневным общением, а психолог может без достаточных оснований перегружать пациентов различными тестами, экспериментами, пробами и занятиями. В таких случаях «экологическая ниша» создается на ложных основаниях.

Подсознательное ожидание возможных фрустраций вносит вклад в нервное напряжение; работа начинает тяготить. Правильная самоидентификация позволит избежать лишних перегрузок, придаст уверенность.

Организация и полномочия

Согласно «Примерному положению о Центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» и «Примерному положению о Центре социального обслуживания г. Москвы» должность психолога предусматривается штатным расписанием Отделения срочного социального обслуживания. Предполагалось, очевидно, что в это Отделение будут обращаться все нуждающиеся в любом виде помощи из входящих в полномочия ЦСО. Однако практика вносит коррективы. Фактически в Отделение срочной социальной помощи приходят за помощью материальной, в основном в виде продовольственных или вещевых наборов. (За год работы был только один случай, когда именно за психологической поддержкой обратилась женщина в состоянии депрессии как следствия одиночества, бытовых трудностей и заболевания.) Работники Отделения к помощи психолога прибегают в случае появления клиента с элементами неадекватного, чаще всего агрессивного поведения. Такие случаи относительно редки. Клиенты Отделения срочной социальной помощи на постоянный учет в ЦСО не ставятся.

Другая картина — в Отделении дневного пребывания. На обслуживание в это Отделение жители близлежащих домов принимаются сроком на один календарный месяц. Большую часть дневного времени (примерно с 10 до 17 часов) клиенты проводят в помещении ЦСО. В программу дневного пребывания входят культурно-массовые и оздоровительные мероприятия, обед, послеобеденный отдых, встречи с лекторами, врачами, экскурсии, занятия трудотерапией и т.п. Быстро формируется относительно устойчивый коллектив, что создает хорошие условия для работы психолога. На посетителей данного Отделения заводится регистрационная (учетная) карточка, биографические сведения из ко-

торой можно использовать для составления социального портрета клиента (см. ниже). По окончании срока «официального» пребывания в Отделении многие клиенты продолжают ежедневно посещать ЦСО, участвуя во всех мероприятиях (кроме обедов), что также создает дополнительные возможности для расширения поля работы психолога.

Клиенты

Для нахождения эффективных приемов работы полезно, на наш взгляд, составить социальный портрет «типичного» клиента или нескольких наиболее часто встречающихся. Средствами для решения этой задачи служат наблюдение, предварительные беседы и информация из учетной карточки, заводимой на каждого клиента Отделения дневного пребывания.

Вот вопросы, ответы на которые используются для составления такого портрета:

- возраст;
- образование;
- квалификация;
- должность, в которой проработал/а дольше всего;
- семейное положение раньше и в данное время;
- формы и условия личной жизни;
- имеющиеся хронические заболевания;
- самооценка жизненного опыта (+, -);
- самоощущение при первом обращении в ЦСО;
- социальная активность в настоящем;
- руководящий мотив при первичном обращении.

В совокупности вопросы позволяют выяснить социальное положение, экзистенциальный статус, уровень интеллекта и навыки самоанализа.

В Отделение срочной социальной помощи, равно как и в Отделение дневного пребывания, обращаются малоимущие пенсионеры, одинокие и инвалиды. По классификации названного выше «Положения» все эти группы клиентов относятся к так называемым «неблагополучным семьям». В нашем случае клиенты с высшим образованием — редкость. Большинство из клиентов ЦСО «Лианозово» — москвичи «в первом поколении», родившиеся в сельской местности, в крестьянских семьях, и большую часть жизни занимавшиеся физическим трудом. В названной среде широко распространено так называемое «недовольство жизнью», внешне основными источниками которого, на наш взгляд, оказывается сравнение нынешнего жизненного положения с условиями жизни в среднем возрасте. Это сравнение — не в пользу настоящего, и возникает представление о неадекватной («несправедливой») оценке трудовых и гражданских заслуг.

Последняя заключается в

невысокой пенсии, плохом медицинском обслуживании, недостаточной социальной защите. Истинной основой названного «недовольства жизнью» может быть, на наш взгляд, не вполне осознаваемое преобладание негативного жизненного опыта над положительным. Соотношение этих двух видов опыта определяется количеством и качеством отягощений, полученных в ходе социальной жизни. Причем, речь не идет об общем «жизненном фоне», но, скорее, о количестве разрозненных травмирующих ситуаций, попадание в которые отрицательно влияло на самооценку.

Формы работы с клиентами

Социальный портрет клиента позволяет найти наиболее эффективные способы работы с ним и не прилагать напрасных усилий для решения надуманных и порой неразрешимых задач.

Работа в ЦСО показала, что существует несколько факторов, вызывающих сильное желание подменить или, в лучшем случае, дополнить работу психолога работой психотерапевта и вести с клиентами психотерапевтические занятия. Во-первых, сама типовая должностная инструкция стимулирует это искушение: штатный психолог «консультирует детей, подростков, взрослых по различным вопросам психологической реабилитации (взаимопонимание в семье, межличностные отношения, возрастные особенности развития личности и др.)» [Сборник нормативных и инструктивных документов по вопросам деятельности центров социального обслуживания Москвы, 1998, с. 133]. Во-вторых, некоторые клиенты, по тем или иным причинам посещающие сеансы психотерапии (в том числе и в психоневрологических диспансерах), укрепляются во мнении, что психолог и психотерапевт суть одно. Как правило, такие клиенты охотно делятся полученным опытом терапевтического общения и пробуждают интерес к нему других клиентов. Приходится также учитывать собственные личные амбиции. Наконец, предложения заняться с клиентами тренингами, гипнозом, тестированием или подобным иногда делают и сотрудники администрации ЦСО.

Противовесом «крамольным» мотивациям может служить четкое представление, что психотерапия — это все-таки терапия, т.е. лечение. С одной стороны, не все клиенты ЦСО в нем нуждаются, а с другой стороны, деятельность эта в большинстве случаев врачебная и требует медицинского образования.

Во многих курсах психологии приводятся три понятия и соответствующие их определения, которые позволяют каждому желающему найти для себя компромиссный вариант:

- «*психотерапевт*» — специалист по лечению нарушенного поведения с помощью психологических приемов (за исключением медицинского лечения, которое проводит психиатр);

- «*клинический психолог*» — специалист по диагностике и лечению нарушений поведения, так же как и психиатр. Но в сферу психолога не входят многие вопросы из области психиатрии. Он работает в больницах и Центрах психического здоровья, имеет дело с людьми, жалующимися на состояния тревоги или трудности в преодолении неурядиц повседневной жизни; его методом являются беседы с пациентом или психологическое обследование, выбор наиболее подходящей терапии;

- «*психолог-консультант*» помогает людям, не нуждающимся в психотерапии; решает проблемы взаимоотношений между людьми, чаще всего супружеские и семейные. Он должен помогать в налаживании конструктивного диалога между супругами или между родителями и детьми, чтобы они могли разрешить свои проблемы. Психолог-консультант может работать в центрах по предупреждению самоубийств и в организациях по проблемам наркомании, помощи жертвам насилия и пр. [Годфруа Ж., 1988].

Кроме того, для сколько-нибудь серьезной и эффективной психотерапии необходимы подробное психологическое обследование пациента, продолжительная работа с ним индивидуально или в специально набранной группе, выделение соответствующего времени для общения. Проведение сеансов групповой психотерапии и создание психотерапевтической группы не представляется эффективной формой по причине чрезвычайной разнородности участников бесед и краткости встреч.

Годовой опыт общения показал, что работа со столь разнородной по составу группой, как собранные по месту жительства и материальному положению клиенты ЦСО, станет эффективной лишь в том случае, если будет построена на возможно широком психологическом базисе, хотя бы частично учитывающем интересы и психологические потребности всех участников группы. С этих позиций наиболее продуктивными представляются групповые занятия (беседы) и индивидуальные консультации. Они были избраны в качестве основных форм. Темы первых бесед возникали «стихийно», во время общих неформальных встреч. Но при этом специально психологическая тематика и приемы ведения не подменялись общими рассуждениями на злобу дня, благими советами популярных изданий. Иначе говоря, ориентация на «предельно широкий базис» не предполагает упрощения работы и снижения профессионализма.

Многие исследователи, утверждая, что эффективной групповая психотерапия может быть лишь в оформившемся коллективе, подчеркивают, что «развитие психотерапевтической группы до уровня коллектива — задача чрезвычайно сложная» [Слуцкий А. С, Цапкин В.Н., 1985].

Не ставя перед собой такие задачи, мы построили свою работу в виде цикла непринужденных целенаправленных бесед под об-

щим названием «Встречи с психологом». Темы бесед обычно предварительно намечаются во время первой встречи, но впоследствии могут изменяться согласно пожеланиям участников. Стиль занятий — демократический: каждый может свободно высказываться по избранной теме. При выборе тем и проведении бесед учитывается частичная текучесть группы: предыдущая беседа связана с последующей в основном тематически. Давать задания или темы, требующие продолжения в следующей беседе, нецелесообразно из-за большого временного интервала между ними (одна беседа в неделю). Необходимо также учитывать особенности внимания и запоминания у пожилых людей.

Каждая беседа реализуется в форме обстоятельного поиска выхода из обобщенных трудных жизненных ситуаций. Иногда в качестве начального стимула к заинтересованной беседе используются конкретная и понятная всем проблема, например, «Как избавиться от бессонницы?». В качестве примеров можно привести названия других тем: «Почему мы недовольны?», «Как преодолеть депрессию?», «Как избежать одиночества?», «Психическая саморегуляция», «Отношения в семье», «О старости и старении», «Как сохранить интерес к жизни?», «Ценность общения», «Как сохранить память и внимание». Эти беседы нельзя назвать лекциями, поскольку в ходе или в конце каждой из них даются практические рекомендации по соответствующей теме. Продолжительность каждой беседы — 1,5 — 2 часа.

Большое значение имеет ведение беседы в русле избранной темы, избегая сползания на уровень обыденных рассуждений и погружения в повседневный опыт. Дальнейшие занятия станут непродуктивными, если не удастся в ходе первой встречи удержать интерес клиентов. Если экзистенциально понимать под старением накопление жизненного опыта, то основную психологическую проблему пожилого человека можно представить как проблему негативного личного опыта и соответственно поиска путей и средств освобождения от его удушающих объятий. Поэтому главная проективная психологическая цель занятий — осознание давления негативного личного опыта, необходимости преодоления и устранения его влияния на общее психическое и, в частности, эмоциональное состояние человека в настоящее время. Как правило, в ходе занятий этого удастся добиться.

Другая проективная цель еще более жестко определяется возрастом слушателей. Будь перед нами люди молодого или среднего возраста, речь могла бы идти о выработке навыков позитивного поведения, уверенности в себе и оптимизации общения. Перед людьми пожилого возраста проблемы межличностного и группового общения (решение которых — важнейшая задача психотерапии) либо вообще не стоят в силу естественных причин, либо

сводятся к узкой группе внутрисемейных отношений. Скорее, для пожилого человека куда важнее достижение устойчивого внутреннего равновесия, «душевного покоя», растущая потребность в котором, по результатам бесед, представляется общезначимой и очевидной. Этим и определяется следующая задача занятий: уяснить, насколько клиент способен (готов) самостоятельно или с помощью психолога и окружающих видеть свои проблемы сквозь призму негативного опыта. Ускорить решение данной задачи помогает предварительно составленный социальный портрет (см. выше).

Философская сверхзадача бесед состоит в попытке (показывая, как в проблемных ситуациях можно продуктивно использовать положительный прошлый опыт) развить в пожилых людях для многих забытый, для многих неизвестный навык воспринимать жизненные трудности и неурядицы. Дело, как нам кажется, здесь не в принципиальной возможности достижения такой цели. Открытие для себя нового (противоречащего собственным устоявшимся взглядам) подхода к привычным явлениям пробуждает интерес к поиску аргументов, вызывает смену душевного настроения. Полученный в беседах материал, основанный на богатом жизненном опыте (мнения, привычные реакции, стереотипы, ценности, оценки) представляет большую ценность и может, на наш взгляд, служить продуктивной темой дальнейшего исследования.

И. В. Садикова

ОПЫТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ЦЕНТРЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ¹

Почти двухлетний опыт работы психологом в одном из центров социального обслуживания (ЦСО) Москвы убеждает в том, что психологическая помощь населению при ограниченных возможностях государства становится не менее значимой, чем социальная, а иногда и ведущей. Общая удовлетворенность жизнью зависит не только от материального благополучия. В любом возрасте особенно важны такие ценности, как здоровье, чувство собственной безопасности, признание окружающих. Социум решающим образом влияет на самооценку и мироощущение каждого человека. При отсутствии признания окружающих или чувства полезности может наступить дезинтегрированность, обесмысливание жизни. В подобных случаях квалифицированная психологи-

¹ *Садикова И. В.* Опыт психологической работы в центре социального обслуживания населения Москвы // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 2(6). — С. 76-84.

ческая помощь способна вернуть человеку чувство собственной значимости, интерес к жизни. Не умаляя значения центров социального обслуживания населения в оказании социальной помощи, считаю, что их работа была бы более эффективной, имея персонал хотя бы минимальную психологическую подготовку. Здесь-то и выступает на первый план работа психолога ЦСО — прежде всего с персоналом, от которого во многом зависит мироощущение подопечных. Упор в психологической работе с населением следует делать на адаптацию к меняющимся условиям жизни, помощь в поиске новых форм передачи опыта, новых целей, смысла жизни. Сверхзадачей, вероятно, можно считать повышение статуса пожилого или беспомощного человека, выработку стратегии выживания, поиск нового рода деятельности для самореализации. Повторяю, во многом успех этой работы зависит от ближайшего социального окружения подопечного.

Рассмотрим основные направления работы психолога ЦСО. Оговорюсь, что я описываю работу своего ЦСО, помогающего преимущественно пожилым людям, многодетным семьям и инвалидам. *Отделение срочного социального обслуживания (ОССО)* изначально задумывалось как структура, в которой человек, попавший в экстремальную ситуацию, мог бы срочно получить помощь в виде продуктов или каких-то вещей, а также психологическую поддержку. Но реально сложившаяся ситуация и ранее планировавшиеся услуги ОССО сильно различаются, так как сама жизнь малообеспеченных категорий населения представляет собой экстремальную ситуацию. Теперь почти все подопечные нуждаются в материальной помощи, и работа в ОССО ориентирована на нескончаемый поток людей, регистрацию обращений, оказание помощи и громоздкую отчетность. Люди приходят получать вещи или продукты, а не выяснять смысл жизни. Они, как правило, не проявляют интереса к информации и желания побеседовать с психологом.

Следовательно, постоянное присутствие психолога в ОССО не требуется, тем более что и помещение для него не предусмотрено. Однако руководство ЦСО считает, что психолог им необходим, поскольку самая большая эмоциональная нагрузка в ЦСО ложится на персонал ОССО из-за очень большого числа посетителей, неблагоприятного эмоционального фона, состояния внутреннего конфликта у работников из-за желания оказать помощь и невозможности это сделать. Думаю, эффективнее было бы обучить персонал приемам психологической самопомощи и способам работы с «трудными» клиентами, а не держать психолога в тесном помещении на тот случай, если понадобится экстренное вмешательство для приведения к порядку «шумного» посетителя. Тем более

что такие действия расходятся с основным принципом оказания психологической помощи — принципом добровольности. Примеров этому достаточно: с 74-летним конфликтным господином из очереди на оказание срочной помощи я вынуждена была беседовать, «прогуливаясь» вокруг Центра 40 минут в прохладную погоду; спасибо, что он согласился и на это. Где уж тут думать о престиже профессии. Одна «шумная» старушка из очереди в ОССО заявила: «На что мне ваши увещевания, дайте мне 200 рублей на лекарства!»

В сущности, такие ситуации возникают из-за того, что большинство людей преувеличивает возможности психологии и имеет искаженное представление об условиях работы психологов. Именно поэтому психологу иногда приходится играть несвойственную ему роль, уступая нажиму служащих ЦСО: «Вы психолог, вы и разберитесь!» Об этой проблеме скажу ниже. В работе психолога также следовало бы учесть и серьезный запрос персонала ЦСО на обучение способам работы с людьми, состоящими на учете в психоневрологических диспансерах. Вероятно, этому следует учиться у психиатров.

Отделение дневного пребывания (ОДП) имеет большое значение в социальной адаптации подопечных. У приходящих сюда завязываются новые знакомства, иногда даже романы, им предоставляется возможность развлечься (не все могут, например, попасть в театр, посетить музей в центре Москвы или самостоятельно добраться до Поклонной горы). Здесь люди легко попадут на прием к врачам-специалистам.

Основное место приложения сил большинства психологов ЦСО, не имеющих специализированных реабилитационных отделений, — в ОДП. Здесь, как правило, есть помещение для индивидуального консультирования и групповой работы, и психолог может выполнить немаловажную задачу «популяризации» достижений психологии, способствуя адаптации к старости. Передача информации о кризисных периодах жизни, биологическом и психологическом аспектах старения, особенностях его протекания, природных возможностях компенсировать некоторые нежелательные возрастные перемены, индивидуальных способах борьбы, например, с ухудшением памяти может помочь человеку легче перенести возрастные изменения. Не всегда работа протекает успешно: наши подопечные, бывает, плохо слышат, не все адекватно понимают сказанное. Задача психолога при групповой работе — учитывать различия в культурном и образовательном уровнях людей, разницу интересов и, конечно, общие тенденции старения и индивидуальные особенности каждого подопечного.

Способы работы психолога можно описать таким образом: на первой общей встрече новой группы, как правило, проводится

популярная 15-минутная беседа о психологии и преимуществах, которые дают нам психологические знания в повседневной жизни, о проблемах, с которыми обращаются к психологу. Работа строится таким образом, чтобы затем, используя реплики и вопросы участников группы, можно было перейти к общей беседе на интересующую всех, или почти всех, тему. Эти беседы — некий аналог тренинга общения, они требуют от психолога достаточного опыта групповой работы. В последующие встречи, в зависимости от планов отделения дневного пребывания и запроса посетителей, проводятся индивидуальное психологическое консультирование и групповые беседы на актуальные темы. К последним относятся: взаимопонимание и взаимоотношения в семье, смена семейных ролей, проблемы воспитания внуков, психосоматические заболевания, психологические способы снятия стрессовых состояний, проблемы досуга, возможности вести здоровый образ жизни в нынешней ситуации. Иногда в группе завязываются дискуссии по особенно волнующим всех вопросам, например о состоянии российской культуры, причинах увеличения продолжительности жизни в развитых странах и т.п. В групповой работе психолога есть особые трудности: по моему мнению, не всем посетителям ОДП нужно участвовать в обсуждении таких «скользких» вопросов, не имеющих однозначного решения, как эвтаназия или так называемая «теория одного миллиарда». Иногда я провожу демонстрационный сеанс аутотренинга (если нет медицинских противопоказаний) в качестве иллюстрации психологического способа снятия напряжения или «гимнастики для внимания»: это известная групповая игра, в которой участники, сидя в круге, в определенном ритме хлопая ладонями по коленям, по очереди считают, пропуская определенные числа. Из-за большого числа сбоев и ошибок получается довольно весело, что позволяет снять напряжение от дискуссии и развлечься с пользой. В качестве популярной иллюстрации личностных различий можно также использовать и тест самооценки, в котором участники в пятнадцати выражениях или словах описывают на бумаге свои личностные черты. Затем, по желанию участников, проводится экспресс-диагностика.

В индивидуальной работе я использую приемы активного слушания и иногда некоторые методы техники NLP в ее «гуманизированном» варианте: выявление позитивных намерений, работа с целями, изменение привычного поведения, освоение «ресурсного» состояния.

Приходилось мне также оказывать помощь при решении проблем выбора, например: делать ли глазную операцию, связанную с небольшим риском; поступить в интернат для престарелых или остаться дома, где из-за пьющего сына жить небезопасно.

Основные проблемы пожилых людей, которые выявились при индивидуальном консультировании и в групповой работе, можно свести к следующим: сужение круга общения; социальная, трудовая невостребованность; отсутствие или неясность целей и смысла жизни; проблема досуга; передача опыта; семейные и супружеские проблемы; ухудшение здоровья (психосоматические заболевания, неверное представление о здоровом образе жизни, бессонница, неврозы, ослабление памяти, внимания, сексуальные, эмоциональные проблемы). Известно, что с возрастом люди все труднее поддаются психологическому воздействию из-за усиления ригидности. К тому же, как правило, психолог ЦСО может вести индивидуальную работу с одним клиентом не больше четырёх-пяти раз, во время его пребывания в ОДП. Но, в нашем ЦСО не ставят такого предела для посещений, что позволяет клиентам чаще встречаться с психологом и увеличивает эффективность работы. Мне кажется, что в моей работе есть уже некоторые достижения: мемуары, которые сейчас пишут две моих клиентки (одна — бывшая актриса, другая — женщина с 4-классным образованием), дают им возможность передать опыт, отчасти решают проблемы цели жизни, взаимопонимания с детьми и взрослыми внуками, досуга.

Удивительна деликатность посетителей, которые при общении с психологом не затрагивают экономических проблем, возможно, потому, что они приходят в ОДП с установкой на отдых. В то же время другие работники ЦСО в полной мере испытывают гнет жалоб на эту тему.

Работа с персоналом ЦСО представляется мне наиболее важным и наименее разработанным аспектом труда психолога. Это подтверждается руководителями и служащими центров.

Самое важное в работе ЦСО — учитывать зависимость «благополучного» хода адаптации инвалида или пожилого человека от окружения, понимать, что социальный работник, так же как и близкие подопечного, может влиять на его самооценку, мироощущение.

В психологической работе с персоналом можно выделить три аспекта:

1. Главная потребность самих служащих ЦСО — овладение методами психопрофилактики и борьбы со стрессовыми ситуациями, очень часто возникающими в работе со старыми, больными людьми или во взаимоотношениях работников в результате эмоциональных перегрузок. По всей видимости, проблема саморегуляции, самосохранения, избежания профессиональной деформации стоит на первом месте среди профессиональных проблем.

2. Вторым по значению я бы поставила запрос персонала ЦСО на информирование о психологических особенностях процесса ста-

рения людей с различными тяжелыми заболеваниями и, как следствие, о негативных личностных и эмоциональных изменениях: раздражительности, неуживчивости, неуверенности, а также о дополнительных возможностях, которые может дать социальному работнику общее представление о психологии. В достаточном объеме эта работа, насколько мне известно, нигде не ведется. Две моих попытки провести такие беседы с заведующими отделениями и руководством ЦСО не были особенно успешными по ряду причин.

3. Индивидуальное консультирование — необходимая составляющая психологической практики в любом учреждении. Здесь выделяются, как и везде, два направления консультационной работы. Первое — производственные проблемы. Примером может служить конфликтная ситуация заведующего отделением с социальным работником из-за нарушений им трудовой дисциплины. Работа психолога в этом случае заключается в приведении в соответствие представлений заведующего о его правах с административными возможностями (в своей работе заведующий опирается на нравственные аспекты взаимоотношений с подчиненными, не привлекая формальных способов воздействия). Данная ситуация вызвана и нечеткими представлениями социального работника о должностных обязанностях и трудовой дисциплине, и личностными особенностями заведующего.

Второе направление индивидуального консультирования — личностные, семейные проблемы. Семейное консультирование ведется, как правило, в «усеченном» его варианте (в русле информирования, например, о кризисах супружеских отношений, конфликтах), поэтому на серьезный эффект рассчитывать не приходится. Однажды рассматривался случай детского невроза; естественно, была дана рекомендация обратиться к специалисту.

В одном из центров, где нет ОДП, основная психологическая работа ведется с персоналом, там психолог имеет опыт в консультационной и не врачебной психотерапевтической работе, ему предоставляется для этого место и время после окончания рабочего дня.

Психологическая работа «на территории» подопечного ЦСО не очень привлекательна для психолога. Любой психолог предпочтет, чтобы человек, даже при ограниченных возможностях передвижения, пришел на консультацию сам, поскольку это подтвердит его потребность в психологической помощи.

Дважды мне приходилось консультировать людей, не имеющих отношения к ЦСО. В одном случае — по поводу проблем женщины со взрослым сыном (у него произошла своего рода утрата профессиональных способностей, адаптивных возможностей в общении с коллегами и родителями, вероятно, из-за ситуации в стране).

...Общее слабое представление о психологии, возможностях этой профессии иногда ведет к недопониманию персоналом ЦСО особенностей задач психологической работы, не позволяет полноценно сотрудничать с психологом. Проблема эта решается путем психологической подготовки служащих. Статус психолога в центрах не определен, хорошо еще, что психологи достигли взаимопонимания с большинством руководителей. В нашем ЦСО кадровая политика основана на доверии, хотя естественно, что психолог, как и любой работник, ограничен должностной инструкцией, общими требованиями трудовой дисциплины и соображениями этического характера.

О престижности профессии психолога в социальной сфере и говорить не приходится. Предполагалось, что в ЦСО будут работать студенты-психологи. <...> Однако для социальной работы одной теоретической подготовки, желания приносить пользу и доброты мало: для достижения результата в работе с инвалидами, бомжами, трудными подростками, стариками и самим персоналом особенно необходим жизненный опыт.

Еще одна проблема: профессиональный опыт приобретается только на собственной практике, поскольку бесплатных тренингов для психологов нет и очень мало специальной литературы (та, что выпускалась для социальных работников, — очень низкого качества). Теории, концепции, методы, подходы в области психологии социальной работы отсутствуют, не налажен профессиональный обмен информацией. Думаю, так как психологов с качественным образованием в ЦСО практически нет, у людей, занимающих должность психолога, нет и потребности в профессиональном росте. Сейчас проводится работа по созданию профессионального объединения психологов, работающих в ЦСО Москвы. Вероятно, это может помочь делу.

В сущности, хорошо подготовленная небольшая группа психологов в каждом центре могла бы консультировать руководство по способам формирования и поддержания благоприятного психологического климата среди персонала, основным психологическим проблемам управления; посредничать в конфликтных ситуациях, вести индивидуальное консультирование, профориентирование; помогать в профотборе, аттестации служащих; проводить тренинги социальных работников, направленные на обучение взаимодействию с подопечными, повышение престижности труда; обучать приемам саморегуляции. Проблему могла бы решить и централизованная психологическая служба при Управлении, ведь, в конечном счете, хорошая профессиональная подготовка психолога и социального работника служит одним из средств достижения основной цели ЦСО — сохранения достоинства человека в сложных условиях смены общественных идеалов и тяжелейшего экономического кризиса.

РАБОТА С КЛИЕНТАМИ — ПОЖИЛЫМИ И СТАРЫМИ ЛЮДЬМИ

И. В. Зоткин

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С НОРМАЛЬНЫМ СТАРЕНИЕМ, И РАБОТА С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ¹

Одним из наиболее ярких изменений, происходящих во время старения, является *замедление реакций*. Оно связано с повышением порога возбуждения в нервных клетках и волокнах, замедлением проводимости возбуждения, снижением активирующих и тонизирующих влияний отдельных нейрофизиологических систем в организме и другими причинами. В процессах замедления реакций играют роль и психологические факторы — настроение, установка человека на выполнение задания, неожиданность или ожидаемость решаемой задачи, ее диапазон и сложность. Так, при предъявлении большого ряда заданий на двигательные действия или запоминание старые люди справляются с ними хуже, чем при решении простых задач. При ограничении времени на выполнение заданий молодые начинают выигрывать. Но если не было ограничения во времени, то при выполнении психологических тестов пожилые люди не уступали молодым по характеру действий и по уровню интеллекта.

Проводили эксперименты с обучением пожилых людей электронным играм, в которых для выигрыша требовались быстрота реакций и сообразительность. В конце обучения устраивали их соревнование с детьми. В большинстве случаев пожилые люди выигрывали: хотя рефлекторные реакции у детей были быстрее, пожилые игроки имели преимущества в стратегии. Здесь злейшим врагом для них было нервное напряжение, но если им удавалось расслабиться, они чаще выигрывали. Этот эксперимент показал, что скорость реакций для умственных действий незначительна.

Резко ухудшают качество выполнения задания и усиливают замедленность поведения пониженное настроение, отрицательная установка или незаинтересованность. И напротив, наличие положительного опыта в предлагаемом задании облегчает его выполнение. Поддержание тренированности в какой-либо разновидности труда и профессиональных навыков способствует сохранению

¹ Зоткин Я. В. Психология пожилого возраста в аспекте психологической и социальной работы. — Самара: Издательство «Самарский университет», 1996. — С. 7-12, 33-34.

на достаточно высоком уровне памяти, способности к счетным операциям, различным манипуляциям, требующим тонкого ручного труда и др., хотя скорость их выполнения в целом снижается.

Таким образом, замедленность реакций как одно из основополагающих свойств старения психики зависит от целого ряда взаимосвязанных факторов — нервных, психологических, социальных. Его эволюционный смысл, по-видимому, заключается в адаптации к происходящим изменениям в организме.

Пожилые люди часто пытаются бороться с замедленностью реакций. Необходимо рекомендовать им при планировании дня отводить больше времени для выполнения той или иной работы и избегать ситуаций, где приходится спешить.

В старости ухудшается работа *органов чувств* — слуха, зрения, вкуса, обоняния, осязания, что влечет за собой изменения психологические. Так, например, с понижением слуха у человека закономерно возрастает чувство настороженности, но главное, чтобы оно не переросло в подозрительность и недоверчивость, когда каждое слово окружающих становится поводом для тревоги и беспокойства.

Пожилым людям рекомендуют обычно выяснить, нет ли у них хотя бы незначительных возрастных изменений в органах чувств. Если есть, то необходимо принять соответствующие меры для их корректировки, например, прибегать к помощи очков, лупы, слухового аппарата. Рекомендуется садиться поближе к собеседнику и экрану телевизора, без стеснения просить повторить сказанное, наклонять ухо ко рту собеседника.

Также происходит сужение поля внимания и усиливается чувствительность к посторонним помехам. Это делает людей более рассеянными, они больше отвлекаются на несущественное при выполнении какой-либо деятельности. Здесь тоже не надо торопиться в работе, по возможности нужно устраивать больше перерывов. Как следствие этих особенностей, возникают трудности при совмещении нескольких дел. Пожилым людям рекомендуется концентрировать внимание только на одном деле, тогда они лучше справляются с ним. При наличии нескольких срочных дел необходимо установить их последовательность и выполнять по порядку. Если заняты важным делом, необходимо устроиться так, чтобы никто не мешал, и не торопиться.

Интересно, что в начале старости интеллектуальные способности у человека не только не ослабевают, но может даже и наблюдаться их совершенствование, и только в дальнейшем наступает их постепенный регресс.

Характерным для пожилого возраста является преобладание суждений, окрашенных чисто субъективным опытом, их излишняя категоричность, стремление всегда подвести их под рубрику верного или неверного со своей субъективной точки зрения. Хотя

новые установки вырабатываются, как правило, с обычной скоростью, они малоподвижны и плохо перестраиваются, что проявляется в инерционности смены гипотез. Все эти изменения связаны не только и не столько с физиологическим старением, сколько с изменением образа жизни.

Сохранению интеллекта пожилых людей способствует сохранение их активности в социальной и практической сфере.

Наиболее существенным для пожилых людей является ухудшение *памяти*. В преклонном возрасте происходит ослабление памяти в среднем на 20 — 40 %, но оно наблюдается не у всех старых людей. Процесс старения памяти носит прерывистый характер с двумя периодами спада (60 — 70 лет и после 80) и периодом относительной стабильности (70 — 80 лет).

Наиболее сильно страдает произвольное запоминание логически малосвязанного материала (механическая память), в то время как логическая и смысловая память хорошо сохраняются и до 70 — 90 лет. Ослабление запоминания носит приспособительный характер, приводит к преобладанию логического и систематизированного усвоения над механическим запоминанием. Соответственно, пожилые люди хорошо помнят, что необходимо сделать, но если им диктуют формулировки (заявления, например) или подробно рассказывают, каким образом что-то сделать, то в силу отсутствия механической памяти они быстро забывают информацию и просят по нескольку раз ее повторить. В таких случаях им надо дать возможность записать все необходимое или записать для них самим.

Особую трудность для старых людей представляет использование имеющейся информации в незнакомой ситуации. При достаточно хорошем удержании в памяти давнего материала у них значительно слабеет фиксирование текущего опыта. Возможной причиной этого является снижение значимости для них текущей информации по сравнению с прошлой. Иногда взрослые дети удивляются: «Мама, ты так хорошо, во всех подробностях помнишь далекое событие, а что было позавчера, уже не помнишь!». Причиной этого является повышенная значимость для пожилых людей давно прошедших событий.

У активно работающих пожилых людей все формы памяти сохраняются дольше. Обнаружено, что, хотя механическое запечатление с возрастом ухудшается, продуктивность памяти по отношению к специальным видам деятельности у пожилых даже выше, чем у молодых. Предпосылкой хорошей памяти в этом случае является отчетливое осознание человеком целей и личной значимости своей деятельности.

Отрицательные эмоции, тревога, депрессия, стресс оказывают негативное влияние на функционирование памяти. Астения (нервно-психическая слабость), вызванная соматическими и други-

ми истощающими хроническими заболеваниями, присущими старому возрасту, снижая общую психическую активность, ухудшает деятельность мышления и памяти. Подобное воздействие оказывают и социально-стрессовые ситуации, столь многочисленные в позднем возрасте, — потеря близких, переживания, связанные с выходом на пенсию, семейные конфликты, перемена привычного жизненного уклада, отсутствие деятельности, повышающей социальную самооценку старого человека, и т.д.

Кроме перечисленных особенностей изменения памяти, в экспериментах было обнаружено, что в определенных условиях ухудшение памяти частично обратимо у людей в возрасте до 80 лет; что кратковременная память страдает в той же мере, как и долговременная; что ухудшение памяти в возрасте 60 — 80 лет происходит, в основном, по причине нарушения способности к воспроизведению информации, а после 80 лет — по причине трудностей ее воспроизведения и кодирования.

Поэтому основной совет, который дается пожилым людям, — не торопиться ни в чем. «Если вы начинаете ощущать влияние возраста, избегайте спешки, и тогда вы по-прежнему будете хорошо справляться с большинством обычных для вас задач. При планировании своего дня отводите больше времени для выполнения той или иной работы. Избегайте ситуаций, в которых вам придется спешить. Если не удастся что-то вспомнить сразу, оставайтесь спокойными и терпеливыми — ведь с возрастом замедляется именно извлечение информации из памяти. Дайте время своему мозгу, чтобы он мог работать в новом ритме, и обучитесь умственным стратегиям, которые смогут компенсировать возрастное замедление реакций и связанную с ним дополнительную трату энергии», — советует Д.Лапп [1993]. Улучшает работу памяти освобождение от подспудных тревог, гнетущих и навязчивых мыслей.

Страх перед забыванием — одна из главных причин сбоев в работе памяти. Ум оказывается во власти этого неотвязного чувства, особенно если и раньше случались неудачи. Чтобы легче было преодолеть беспокойство, нужно стремиться свести неудачи до минимума. «Избегая в такого рода ситуациях нежелательных последствий, мы тем самым получаем дополнительную помощь. Можно найти элегантные объяснения своей забывчивости. Достаточно лишь сослаться на возраст», — советовал Б.Ф.Скиннер. Следует рассматривать подчас неизбежные ошибки в работе памяти как нормальное явление. Если спокойно мириться с их неизбежностью, они будут случаться реже. Старость — это и быстрая, но не замечаемая самим человеком *утомляемость*. Она отрицательно сказывается на качестве работы, приводит к ошибкам, которые человек с изумлением обнаруживает позднее. Если же ему известны признаки утомляемости и он

специально обращает на них внимание, то это позволяет вовремя прервать свою деятельность, расслабиться, отдохнуть, чтобы затем снова работать продуктивно.

Вопрос о *творческой продуктивности* старых людей не представляется однозначным. С одной стороны, как известно, снижаются способность к усвоению нового и способность к адаптации при достаточно высоком уровне сохранности и пользования накопленными знаниями; последний факт делает понятной долгую сохранность привычной профессиональной деятельности у многих пожилых людей. Лишь с предъявлением новых и повышенных задач, с нарушением привычного стереотипа умственной деятельности может наступить ее упадок. С другой стороны,... отсутствует строгая зависимость между увеличением возраста и снижением творческих способностей человека. Последнее нейрофизиологическое изменение в старости, на котором мы остановимся, — это болезнь под общим названием «*старческое слабоумие*». Она наблюдается у примерно 12 % лиц старше 65 лет. Ее характерными признаками являются глубокое нарушение памяти и дезориентация поведения. Часто присутствует параноидальный (застревающий) тип поведения: повышенная подозрительность и болезненная обидчивость, стойкость отрицательных эмоций, неприятие мнения других, стремление к доминированию и, как следствие, высокая конфликтность.

Два других психических расстройства, касающихся памяти — болезнь Альцгеймера (сенильное слабоумие типа Альцгеймера) и синдром Корсакова. Болезнь Альцгеймера представляет собой форму преждевременного старческого слабоумия. Эта болезнь сопровождается уменьшением в головном мозге вещества, необходимого для функционирования памяти. Недостаток этого вещества (ацетилхолина) при заболевании очень значителен и ничем не может быть компенсирован. Имеет место необратимое повреждение мозга, несколько сходное с повреждением, наблюдаемым при синдроме Корсакова, который вызывается алкоголизмом.

В чем отличие работы памяти у здоровых стариков и у больных старческим слабоумием? «Сегодня два раза потерял очки и долго не мог найти», «Я уже выживаю из ума», — так говорят здоровые люди. Старики, «впавшие в детство» или «выжившие из ума», не осознают, что многое забывают. И когда им на это указывают, они часто этому не верят и вступают в споры. Если собеседники настаивают, то это повод для обид и оскорблений, потому что они считают, что их убеждают в том, чего в действительности не было.

Таким образом, если человека беспокоит состояние памяти (и он перечисляет, что и сколько он на прошлой неделе забыл), то он здоров. Если он не осознает провалов в памяти, то, возможно, болен.

<...>

Работа с пожилыми людьми

В целом работа [с пожилыми людьми] в психологическом плане заключается в следующем:

- поддержание и повышение социальной активности и самооценки человека, побуждение к расширению социальных контактов;
- создание оптимальных условий для тренировки навыков по самообслуживанию и социальному функционированию с учетом возрастных изменений;
- стимуляция потенциальных психических возможностей и творческих способностей;
- проведение специальных упражнений и обучение навыкам, компенсирующим возрастные изменения.

Формы работы могут быть самые разные. Очень эффективным является совместное обучение пожилых людей и детей, в ходе которого они действуют совместно и помогают друг другу, например, обучение компьютерным играм и играм типа «Денди». Главные цели такого обучения — отвлечение пожилых людей от мыслей о прошлом, научение их жить в настоящем путем установления дружеских связей с молодым поколением, поиск общих интересов, связывающих поколения, и получение удовольствия от этих связей и интересов. Эффективным является создание клубов и кружков по интересам, куда бы входили не только пожилые, но и люди всех возрастов. Они способствуют общению, появлению чувства эстетического удовлетворения, эмоциональной поддержки, повышают содержательность времяпрепровождения, улучшают самочувствие и приносят успокоение.

Так как центры социального обслуживания не могут охватить своей работой всех пенсионеров, то можно порекомендовать создание совета пенсионеров или инициативных групп в микрорайонах или близко расположенных домах. Их члены могли бы установить связь со всеми пенсионерами данного района, привлечь желающих к активной социальной деятельности. Они могли бы устраивать (при помощи центров социального обслуживания) вечера встреч, посещения кинотеатров, музеев, экскурсии по городу, литературные и музыкальные вечера. Они способствовали бы установлению дружеских связей или, в крайнем случае, пенсионеры знали бы своих соседей, к которым можно было бы обратиться за помощью. <...>

Уход за другими способствует улучшению самочувствия и повышает удовлетворенность жизнью. Инициативные группы могут принять участие в уходе за немощными, больными и инвалидами в своем микрорайоне. Их помощь, дружеская поддержка и участие (просто дружеский разговор), развлечение этих людей очень важны для тех и для других. (Необходимо только предостеречь от

той «заботы», когда приходящий сознательно или подсознательно получает удовольствие от того, что он здоров и еще полон сил в отличие от опекаемого.) Самый ценный опыт, который могут получить участники этих групп или советов и помогающие им пенсионеры, будет не только получение удовлетворения от своей активности и полезности, но и понимание того факта, что *как они организуют свою жизнь, так она и происходит, и что их будущее — в их руках.*

Т. Н. Розова

«ЗНАЧИМЫЕ СОБЫТИЯ» КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ¹

В пожилом возрасте снижается аффективная насыщенность жизни, новые впечатления лишаются прежней яркости. Большинство жизненных планов уже реализовано или уже не может быть реализовано, наиболее продуктивные периоды жизни остались в прошлом. Пожилой человек живет преимущественно в прошлом, находится во власти воспоминаний, его психологическое время «перекачивается» в прошлое. <...>

Испытуемыми были пациенты, перенесшие инфаркт миокарда или острый приступ стенокардии, находящиеся на подостром этапе заболевания. Было исследовано 18 пациентов в возрасте 60 лет и старше (разброс по возрасту 60 — 74 года), из них 16 мужчин и 2 женщины.

...В качестве основного метода психологического обследования [пожилых] выступила клиническая беседа, которая занимала по меньшей мере два часа. Клиническая беседа проводилась с каждым испытуемым индивидуально. Первоначально метод «Значимые события» рассматривался как дополнительный, однако исследование показало, что он структурирует, направляет беседу, облегчает общение прежде всего для испытуемого, ставя его в позицию эксперта по отношению к собственной жизни.

Процедура метода «Значимые события» состояла в следующем: психолог просит пациента представить всю свою жизнь прошлую, настоящую и будущую, всю целиком, а затем назвать пять самых значимых событий жизни для личности. Подчеркивалось, что события могут касаться любых сфер жизни человека и общества, быть как объективно положительными, так и отрицательными.

¹ *Розова Т. Н.* «Значимые события» как метод психологического консультирования пожилых людей // Пожилой человек: проблемы возраста и аспекты социальной защиты. — Ульяновск, 1995. — С. 57 — 62.

После называния пяти событий испытуемым психолог просил выделить еще пять, затем еще пять событий.

Использование этого метода давало возможность разрядить накопившиеся эмоции, «выговориться» и говорить при этом именно о собственной жизни. Таким образом, первая функция метода «Значимые события» — психотерапевтическая.

Кроме того, анализируя результаты, полученные с помощью этого метода, исследователь получает бесценную информацию об отношении испытуемого к своей жизни, степени удовлетворенности ею, наличии или отсутствии идей самообвинения или обвинения других в случившихся неудачах, и — шире — о внутреннем мире человека. При интерпретации результатов выполнения этого задания представляется полезным фиксировать и подвергать качественному и количественному анализу следующие параметры: общее количество событий, которые человек считает значимыми для себя; локализация событий во временном пространстве (в прошлом, настоящем и будущем; форма упоминания событий (формальное название или развернутый рассказ; характер упоминаемых событий: конкретный факт или процесс, событие-переживание, цель); преобладание отрицательно или положительно субъективно оцененных моментов в жизни; называние личных событий, присущих только собственной судьбе, или стремление ограничиться формальными этапами, характерными для жизни любого человека. Вторая функция метода «Значимые события» — исследовательская, психолог получает развернутую, максимально личностную (так как она получена в ходе диалога, а не заполнения опросника или анкеты) информацию об уникальной человеческой судьбе.

Необходимо отметить, что события, названные всеми пожилыми испытуемыми, принимавшими участие в данном исследовании, были локализованы в прошлом, испытуемые как бы подводили некоторые итоги, прослеживали причинно-следственные связи разрозненных и разнесенных по времени событий, устанавливали закономерности именно такого хода своей жизни (некоторые делали это впервые!). Возможно, что обращенность в прошлое в данном случае объясняется также наличием достаточно тяжелого заболевания.

...Третьей функцией метода «Значимые события» является прогностическая. Владея информацией об уникальном жизненном пути • пожилого человека, о средствах преодоления кризисных жизненных ситуаций на протяжении жизни, об общей оценке человеком своей жизни как удавшейся или несчастливой, о критериях этой оценки, психолог может дать прогноз «выхода» пациента из ситуации актуального жизненного кризиса — ситуации тяжелой болезни.

В целом можно сделать вывод, что пожилые пациенты, в сравнении с молодыми и зрелыми, относительно психологически спо-

койно переживают факт своего заболевания, что как раз может быть объяснено минимальным удельным весом будущего в их судьбе и до болезни. Из 18 обследованных пациентов только у трех человек были обнаружены негативные эмоциональные реакции на психологическое обследование, на разговор о болезни. <...> Эти пациенты либо отказывались выполнять задания, либо болезнь заняла доминирующее место среди значимых событий всей жизни (так, из 5 названных событий инфаркт миокарда упоминался в 4-х).

В то же время, у большей части (15 человек) пожилых пациентов тема болезни была доступна обсуждению, испытуемые открыто говорили о смерти как закономерном этапе человеческой жизни. Эти пациенты (15 человек) являются наиболее благополучными с точки зрения психологического прогноза. Они сумеют «встроить» болезнь в канву собственной жизни, ввести ее в контекст причинно-следственных связей, придать ей приемлемый личностный смысл, объяснить ее возникновение и последствия с позиций присущей им, выработанной за долгие годы философии судьбы, закономерности, вероятности, сравнения с тем, что вообще могло бы быть. Психологическая помощь этой группе пациентов может быть ограничена эмоциональной поддержкой, разумным информированием о ходе течения заболевания.

Группой психологического (а, следовательно, и кардиологического) риска психологам-консультантам следует заниматься особо, учитывая невозможность для этих испытуемых собственной внутренней работы по переоценке ценностей, отрицательный фон всех жизненных событий или вытеснение болезнью остальных событий в жизни, травмирующее осознание своей неполноценности в связи с заболеванием, наличие неотрагированных событий жизни из далекого прошлого. Психологическая помощь этой группе испытуемых может состоять в выведении их в рефлексивную позицию по отношению к собственной жизни, коррекция чувства вины или обвинения окружающих, стабилизации эмоционального состояния.

Таким образом, метод «Значимые события» является продуктивным психотерапевтическим средством консультирования пожилых людей, а также инструментом анализа внутреннего мира человека и прогноза путей выхода из жизненного кризиса для личности. Особенно полезным использование этой процедуры является при консультировании пожилого контингента, учитывая «обращенность» этого возраста в прошлое и специфику самого метода, стимулирующего внутреннюю работу личности по осмыслению собственного жизненного пути, заостряющего внимание человека пожилого возраста на реализованных событиях прошлого, усиливающего аффективные переживания, тем самым компенсирующего болезненные проявления процесса старения.

О. Ю. Федотова

ТЕЛЕФОН ДОВЕРИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ¹

В настоящее время в 146 городах России работают около 250 служб «Телефон доверия». Все эти службы являются членами Российской ассоциации телефонной экстренной психологической помощи (РАТЭПП).

Главные цели РАТЭПП:

- содействие развитию и становлению служб «Телефоны экстренной психологической помощи» (ТЭПП) на территории России;
- гуманизация жизни общества, координация усилий специалистов в области оказания экстренной психологической помощи по телефону для преодоления страдания, отчаяния, кризисных ситуаций;
- предупреждение асоциального поведения, суицидов, неврозов и психосоматических расстройств;
- содействие раскрытию личностного потенциала человека, его саморазвитию, самореализации и самопознанию. <...>

Телефон экстренной психологической помощи («телефон доверия») — одна из самых доступных, эффективных и дешевых психологических служб. Эти службы призваны оказывать психологическую помощь и поддержку всем категориям населения в любое время дня и ночи. По телефону доверия люди рассказывают о проблемах, волнующих их, с наибольшей откровенностью. Телефон доверия позволяет получать данные, малодоступные для других способов сбора информации, так как люди обращаются в службу добровольно, без какого бы то ни было явного или скрытого принуждения. По нашему мнению, эти данные являются срезом и индикатором социально-психологического состояния, характерного для всего населения района, региона, страны в целом.

Тенденция создания служб ТЭПП и рост числа обращений в них связана с тем, что большинство людей находятся в стрессовой ситуации, испытывают неуверенность в завтрашнем дне, страх перед будущим, неверие в себя, свои силы, они замучены неурядицами в семье, на работе и пр. Увеличиваются их психологическое напряжение и душевный дискомфорт. Поэтому растет потребность людей в доверительном разговоре о себе, о той ситуации, в которой они находятся, о том, что можно сделать, чтобы найти выход из создавшейся ситуации; в консультации психолога по различным проблемам, возникающим на работе и в семье.

¹ *Федотова О. Ю.* Телефон доверия в системе психологической помощи пожилым людям // Психология зрелости и старения. — 2000. — № 2(10). — С. 45 — 53.

Принципы работы телефона доверия:

- гуманность — уважение права другого человека быть таким, каков он есть;
- анонимность — факт обращения, содержание беседы не разглашаются, человек может назваться другим именем;
- доступность — телефон работает 24 часа в сутки без выходных;
- бесплатность — услуги консультанта не оплачиваются позвонившим человеком.

Поэтому по телефону доверия звонят родители и дети, пожилые люди и подростки, безработные, рабочие и служащие, студенты, военнослужащие и т.д. Каждый человек, обратившийся в службу:

- в любое время дня и ночи находит понимающего слушателя, готового выслушать и помочь в кризисной ситуации;
- получает поддержку в своем решении изменить что-то в своей жизни или в себе;
- имеет возможность поговорить с консультантом и быть уверенным, что это останется в тайне;
- понимает, что его не осуждают и стараются понять;
- обретает возможность выйти из замкнутого круга одиночества, наладить контакт с окружающими;
- получает рекомендации специалистов о методах и способах справляться с тревожными мыслями и обретать веру в себя.

Если проблемы требуют более подробного рассмотрения, то звонившего направляют в психологическую консультацию.

Основные проблемы, с которыми обращаются в службу: одиночество, недостаток общения, взаимоотношения с людьми, супружеские конфликты, вопросы воспитания детей.

Однако важно не только то, скольким людям оказана экстренная психологическая помощь, но и качество этой помощи, т.е. необходимым условием оказания такой помощи является постоянное повышение квалификации и профессиональной подготовки сотрудников службы.

Пожилые люди составляют определенную часть клиентов службы «Телефон доверия». Рассмотрим беседу по телефону консультанта с клиентом, пожилой женщиной [Емельянова Е.В., 1999]. Эта пожилая женщина периодически звонила консультанту, как она говорила, для того, чтобы «подзарядиться энергией и успокоиться». Несмотря на свой солидный возраст и многочисленные болезни, она все еще чего-то хотела, к чему-то стремилась, и это делало общение с ней для консультанта довольно интересным. На телефон доверия она звонила, чтобы разрешить часто повторяющуюся конфликтную ситуацию с мужем... Работала над проблемой она конструктивно, серьезно: в конце концов разобралась в истинных мотивах своих реакций и переоценила ситуацию. Уже тогда консультант обнаружила в ней склонность создавать длиннейшие негативные ассоциативные цепочки, а проще говоря,

разозлившись за что-то на мужа, она начинала перебирать обиды со «времен царя Гороха». При этом было трудно сказать, что больше задевает ее в настоящем — новые огорчения или старые «счеты».

Разрешив ту проблему, с которой она обратилась, клиентка периодически звонила по телефону доверия, когда жизнь начинала казаться ей слишком мрачной. Каждый раз консультант вместе с ней тщательно анализировала ситуацию, они выясняли, что на самом деле ничего ужасного не происходит, и этого клиентке хватало на несколько недель. Для семидесятипятилетней женщины, прикованной к дому, это было большим достижением, что вызывало к ней искреннее уважение и симпатию.

Однако в последнее время эта клиентка стала звонить чаще. Раз в четыре дня она по тридцать-сорок минут жаловалась на свою судьбу, на «эгоистичного солдафона» — мужа, говорила о том, что «видно, помирать пора». Консультант пришла к выводу, что дальше так продолжаться не может...
«... Е.В.: Людмила Карловна, давайте разберемся, что происходит. Вот уже который раз вы рассказываете, какие обиды нанесла вам ваша мать, потом муж, потом дочь. Сколько времени тому назад все это происходило? Насколько я поняла, — от пяти до шестидесяти лет прошло с тех пор. Верно?»

Л.К.: Да, это было давно, Елена Владимировна... Но эти обиды тревожат мою душу и по сей день. Когда нас ранят близкие люди, это очень больно. Такие раны не заживают.

Е.В.: Не могу с вами согласиться, Людмила Карловна... Эти раны не заживают только тогда, когда мы не хотим, чтобы они зажили, когда мы не хотим забыть и простить. А тогда возникает вопрос: для чего нам это нужно? Могли бы вы ответить, для чего вам нужны ваши обиды?»

Л.К.: О, Елена Владимировна, вы снова задаете мне сложные вопросы... Мне кажется, что мне они не нужны. И я бы с удовольствием жила без них.

Е.В.: Это только на первый взгляд. А на самом деле вы сами позволяете им присутствовать в вашей жизни.

Л.К.: Но они уже есть в моей жизни.

Е.В.: Они есть в вашей прошлой жизни, в вашем далеком прошлом. А вы многократно переживаете их так, как будто эти обиды вам нанесли только что. Для чего вы это делаете?»

Л.К.: Вероятно, сейчас мне уже не о чем переживать...

Е.В.: Вы совершенно правы. Сейчас в вашей жизни происходит мало событий. Но душе необходимы впечатления, переживания. Ваши чувства, эмоции должны быть задействованы. Только тогда вы можете ощущать полноту жизни.

Л.К.: Ах, дорогая моя, как вы хорошо это сказали! Да-да! Душа тоскует без переживаний.

Е.В.: Именно поэтому такое значение начинают иметь разные мелочи, на которые вы раньше не обратили бы внимания: ведь они дают пищу для эмоций.

Л.К.: Верно, верно! Боже мой, как всегда приятно вас слушать!

Е.В.: Но этого недостаточно.

Л.К.: Недостаточно.

Е.В.: И вот, вы открываете свой «сундук» и извлекаете на свет божий дела давно минувших дней.

Л.К.: Да, Елена Владимировна, это так. Должна же я чем-то жить. Старики всегда живут прошлым.

Е.В.: Но вы живете только плохим прошлым. Разве в вашей жизни не было ничего хорошего ?

Л.К.: Было, конечно, было. Но обиды всегда всплывают первыми.

Е.В.: Но что дает толчок вашим негативным воспоминаниям?

Л.К.: Да вот, как поссорюсь со своим солдафоном, так и начинают всплывать прошлые обиды.

Е.В.: И что происходит с вами, когда они всплывают?

Л.К.: Я сижу и плачу.

Е.В.: А как реагирует на это ваш муж:?

Л.К.: А ему это все равно. Он уходит в другую комнату...

Е.В.: А не кажется ли вам, что если бы ему было все равно, то он не уходил бы ?

Л.К.: А ведь вы правы... Ну конечно же! Это он нарочно делает вид, что ему безразлично. А сам переживает.

Е.В.: Вам это приятно? Вам хочется, чтобы он переживал о вас?

Л.К.: Ах, Елена Владимировна, хоть и совестно в этом признаться, но именно так и есть. Раньше у нас была романтическая любовь. Я же вам рассказывала, он увел меня от первого мужа. А теперь я для него все равно, что мебель.

Е.В.: Итак, кроме того, что «погружение» в прошлое дает вам эмоциональную жизнь, ваши негативные воспоминания нужны вам для... Закончите, пожалуйста, это предложение.

Л.К.: Для того, чтобы муж: пожалел меня, обратил на меня внимание.

Е.В.: Но имеете ли вы этот результат на самом деле?

Л.К.: К сожалению, нет...

Е.В.: А что вы имеете? Давайте перечислим.

Л.К.: Плохое настроение, головную боль.

Е.В.: А еще?

Л.К.: Повышается давление.

Е.В.: Бывает плохо с сердцем, помните, вы говорили?

Л.К.: Да. И, по-моему, у меня из-за этого начинает болеть поясница. Да, и еще голова кружится.

Е.В.: Такое впечатление, будто вас кто-то отравил.

Л.К.: Боже мой!

Е.В.: На самом деле, это почти правда... Практически вы занимаетесь медленным самоубийством.

Л.К.: Елена Владимировна, вы меня пугаете...

Е.В.: Давайте разберемся. То прошлое, из которого вы извлекаете и переносите в настоящее время свои прежние обиды, может быть изменено? Можете ли вы как-то повлиять на него: исправить, добавить, совсем переделать?

Л.К.: Конечно, нет...

Е.В.: Конечно. Ведь прошлое — это застывший мир: застывшие люди, застывшие события. По существу, это — мертвый мир.

Л.К.: Мертвый мир...

Е.В.: И вот, когда вы «ныряете» в него, и среди застывших событий выискиваете плохие, вы все равно ничего не меняете. Но ваш мозг воспринимает это как вновь и вновь повторяющуюся в реальности травмирующую ситуацию, и вы снова переживаете те же негативные эмоции. Получается, что вы заражаетесь ими в мертвом мире. Эти негативные эмоции влияют на ваше теперешнее состояние, на весь ваш организм и приносят гораздо больший вред, чем это было в то время, когда действительно происходили события. Таким образом, получается, что вы извлекаете из прошлого яд, которым отравляете себя. По существу, это — трупный яд, потому что он извлечен из мертвого прошлого.

Л.К.: Боже мой, какой ужас!

Е.В.: И это то, что вы делаете сами с собой практически постоянно.

Л.К.: Елена Владимировна, как же так? Мне трудно в это поверить!

Е.В.: Но разве вы не чувствуете это по своему состоянию здоровья?

Л.К.: Да-да! Это же очевидно... Но что мне теперь делать? Могу я исправить все это?

Е.В.: Конечно, можете. Перестаньте извлекать на свет божий ваши прошлые обиды.

Л.К.: Но как же мои эмоции, чувства, как вы говорите, «жизнь души». Ведь сейчас-то все слишком однообразно. И потом, Елена Владимировна, старики все-таки не могут без прошлого. Ведь именно в нем осталось все, что было важного в жизни, да и сама жизнь.

Е.В.: Да, я понимаю вас. Но у меня есть идея. Что, если вы, раз уж вам так необходимо возвращаться в прошлое, будете «посещать» в нем события, принесшие вам радость, удачу, счастье. И крепко-накрепко запрете «сундук обид»

Л.К.: В которых полно трупного яда. Да, это хорошая идея. Но не знаю, как у меня получится. Я теперь поняла, что, к сожалению, у меня привычка выискивать в прошлом только плохое.

Е.В.: Людмила Карловна, вот именно — привычка. А привычку можно изменить.

Л.К.: В старости трудно что-то менять. Хотя — «трупный яд»! Боже мой, этого достаточно, чтобы избавиться от любой привычки. Хорошо, Елена Владимировна, я постараюсь.

Е.В.: А я помогу вам в этом. Давайте договоримся, что вы будете звонить мне раз в неделю с двумя подготовленными рассказами о радостных событиях вашей жизни. Каждый минут на десять. Как вам эта идея ?

Л.К.: О, да это просто замечательно!

Е.В.: Конечно! Постепенно получится целое собрание рассказов, такие «счастливые мемуары».

Л.К.: Да! Это великолепно! Это же настоящее занятие для меня!

Е.В.: Отлично! Но это еще не все. С этого дня вы начинаете составлять «положительное досье» на вашего мужа. Вы будете составлять список его добрых дел, положительных качеств, просто чего-то приятного, что он для вас делал в течение всей жизни. Каждый день понемножку, но обязательно каждый день вспоминайте что-нибудь еще.

Л.К.: Елена Владимировна, конечно, он много делал хорошего, но сейчас он не заслуживает этого.

Е.В.: Людмила Карловна, на мой взгляд, он заслуживает этого уже потому, что все еще жив и вы не чувствуете себя одинокой. К тому же, кому это он на прошлой неделе приготовил замечательный обед?

Л. К.: Ах, Елена Владимировна, вы меня совершенно растрогали. Ну, конечно, конечно же, я буду составлять на него это «положительное досье».

Е.В.: Ну, вот и замечательно. Ну что ж, тогда до встречи?

Л.К.: До свидания. Мне теперь будет гораздо интереснее жить...»

Консультант приходит к выводу, что такой прием с метафорой и с радостными воспоминаниями можно успешно применять и к другим пожилым людям. Во-первых, это структурирует их время: они заняты составлением рассказов, им не скучно. Во-вторых, это направляет их мысли в положительную сторону. Кроме того, они чувствуют, что могут поделиться чем-то дорогим для них, что их жизнь, их опыт кому-то интересны.

К. А. Страшникова, М. М. Тульчинский

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА [ПОЖИЛЫХ] В КУЛЬТУРНОЙ СРЕДЕ¹

Одно из противоречий недавнего прошлого — отношение к культуре как к виду узко профессиональной деятельности. Сейчас наблюдается другая крайность. Исторический опыт подсказывает, что ни то, ни другое не является плодотворным с точки зрения

¹ *Страшникова К.А., Тульчинский М.М. Социально-психологическая помощь и поддержка в культурной среде // Психологическая помощь и поддержка в клубе пожилых людей (с пограничными нервно-психическими расстройствами). — М.: Фолиум, 1996. — С. 14— 17.*

социального воздействия на людей [Страшникова К.А., 1992]. В результате из круга интересов специалистов в области культуры практически исключаются многие направления, необходимые как для отдельного человека, так и для общества в целом [Страшникова К.А., Тульчинский М.М., 1992]. Одним из нетрадиционных направлений сегодня следует считать социокультурную работу с людьми пожилого возраста [Страшникова К. А., Тульчинский М. М., 1990]. Существует особое отношение к этой работе, несмотря на представления о ее малой перспективности, не несущей прямых выгод. Однако это далеко не так. <...> Положительный опыт в осуществлении культурно-просветительной работы с людьми пожилого и старческого возраста позволяет сблизить социально значимые гуманистически направленные действия культуролога с соответствующими реабилитационными программами психолога, социального работника и врача, что таит в себе реальные перспективы духовного обновления, совершенствования столь необходимой современному обществу сферы культуры.

С точки зрения культурологии значительное место среди прочих вопросов должно быть отведено изучению особенностей внутреннего мира пожилого человека и возрастных закономерностей его социально-психологического развития. По существу, это комплексные, сложные с профессиональной точки зрения вопросы, которые связаны с организацией самодеятельности в социальном клубе пожилых людей. Именно возрастные характеристики человека определяют специфику методов, способствующих культурному развитию личности. Отметим, что обращение культуролога к знаниям о возрастном социально-психологическом развитии человека должно обогащаться также описанием поведения, активности, деятельности человека в освоенном им жизненном пространстве и тех изменений, которые идут под воздействием конкретного времени. Методом лонгитюдных исследований [Ананьев Б. Т., 1968, 1971, 1972] установлено, что человек в течение жизни сохраняет свойственную ему индивидуальность, которая определяется уникальностью его бытия, присущим ему сочетанием свойств личности в их временном взаимодействии. В этом смысле нет двух людей, похожих друг на друга. Однако есть и другая точка зрения, также подтверждаемая как исследованиями, так и практическим опытом [Анастаси А., 1982]: несмотря на индивидуально-личностный характер развития, биологические и культуральные различия, люди могут проявлять себя относительно схоже в соответствии со своей принадлежностью к той или иной возрастной группе, к тем или иным социальным условиям существования.

Для культуролога одинаково важны обе в действительности сосуществующие тенденции сохранения и изменения «Я». В разные

периоды жизни человека его личностные новообразования несут в себе все признаки индивидуальности, свойств характера, своеобразия способностей, темперамента и пр. Изменения личности (за исключением случаев патологических изменений) есть лишь перестройка иерархии собственных тенденций развития личности. Приближение к другому типу личности, изменения «Я» человека рано или поздно приобретают противоположную тенденцию возврата к себе. Особенно рельефно эта закономерность проявляется в процессах старения человека. Для культуролога важно это использовать. При, казалось бы, постепенно-необратимом процессе изменения личности, человек преклонного возраста, находящийся в культурной среде, оказавшись в условиях клубности, способен проявить творческие наклонности как бы суммирующие его неизрасходованные возможности. Механизм реституциализации личности [Ананьев Б. Г., 1968, 1971, 1972] позволяет культурологам эффективно решать свои профессиональные проблемы, опираясь на немедленную и самую положительную реакцию пожилых людей, поддерживая увядающие и некогда привлекательные личностные черты на оптимальном для данного индивида уровне. По традиции немало проблем старения и старости решается в области медицины. Это понятно, так как процесс старения является разрушительным и, во многих случаях, сопровождается болезнями. Но и здесь, как показывает опыт, далеко не все требует лишь сугубо врачебного вмешательства, так как даже болезненные проявления имеют социальное звучание. Кроме того, происходящие внешние и внутренние изменения в жизни людей на завершающем ее отрезке стимулируют развитие потребностей, которые до этого находились на более низком уровне в иерархической структуре личности. Заняв господствующее положение, они по-разному проявляются в поведении. При этом благоприятными являются те случаи, когда содержание потребностей, свойственных более активному взрослому периоду плавно переходит в пожилой возраст, несмотря на общее изменение их структуры (то, что было ведущим, оказывается второстепенным, и наоборот). Только медицинскими мерами воздействия в данном случае помочь невозможно. Стремление избежать страдания, беспокойства по поводу утраты социальных связей, снижения уровня стабильности жизни проявляется независимо от типа старения.

Общей характеристикой самосознания старого человека является застревание на состоянии личного неблагополучия. Другая сторона этой же проблемы — необходимость в постороннем участии, моральной поддержке, потребность в общении со сверстниками своего круга, которые могли бы в какой-то мере заменить старые, прерванные социальные связи. Именно механизмы личностной защиты определяют стиль поведения в период старения человека. Придание ему соответствующей направленности для ре-

ализации эстетической деятельности положительного звучания требует создания клубной среды. И вот здесь-то без особых усилий, при всех существующих трудностях в материально-экономическом обеспечении клубной работы, возможны необычайно быстрые и эффективные изменения в состоянии пожилых людей, включенных в соответствующую культурно обустроенную программу. Вовлеченность пожилых людей в клубную деятельность в большинстве случаев оказывает (даже вне медицинского влияния) оздоровительное, личностно-восстановительное влияние, помогает им в жизни и защищает от невзгод.

Итак, как показывает опыт, клубные специалисты, исключая пожилых людей из круга своих профессиональных интересов, значительно обедняют результативность своей работы. Составляя значительную часть населения, по традиции сбрасываемую со счетов в практике клубного культурного обслуживания, люди пожилого возраста лишаются возможности отдать обществу накопленный ими в течение жизни духовный опыт, часто считают себя лишними в обществе. Именно это дает повод для критики геронтофобических концепций [Карсаевская Т.В., 1991]. Вопрос заключен в том, что предоставленные самим себе вне активной жизни пожилые люди становятся во многих случаях действительным источником бытовых, социальных неурядиц, трудностей и даже бед. <...> Перегружая в этих условиях социальную службу, медицину, сферу быта задачами подчас трудно решаемыми и мало перспективными, отвлекающими общество от иных, более продуктивных направлений деятельности, пожилые люди подвергаются еще большему натиску неблагоприятных физических и социальных факторов, дающих сегодня удручающую картину патологического старения. Вместе с тем, различные формы клубной работы, в том числе с вовлечением пожилых людей в клубную среду, не только снижают определенное социальное напряжение, но во многих случаях уменьшают остроту заболеваний, сопутствующих старости, сужая тем самым обширный круг задач, стоящих сегодня перед медицинской службой. <...> Отсюда возникает практическая задача — создание социальных клубов особого профиля, способных нейтрализовать, сглаживать мало привлекательные стороны жизни пожилого человека, предотвращая остроту многих, по сути, социально обусловленных болезней.

Таким образом, выделенная проблема не может решаться без корректировки традиционных «моделей», определяющих деятельность специалистов культурного, социального, медицинского профиля. Включение социальных клубов в действующую сеть культурно-просветительных, медицинских и других учреждений требует освоения в системе подготовки специалистов дополнительных знаний, овладения специальной методикой работы с людьми пожилого возраста, а тем более с людьми, страдающими различ-

ными физическими недугами. Одновременно следует добавить, что такого рода клубы, где центром внимания оказались бы пожилые люди, составляющие по статистике почти пятую часть населения сельской и четвертую городской местности, не требуют существенных экономических вложений. Вполне возможно для работы с населением пожилого возраста использовать уже сложившуюся сеть клубных, медицинских и др. учреждений. Пока что разрозненный отечественный опыт позволяет сказать, что подобные изменения в клубной, медицинской, социальной работе дают положительные, быстрые и устойчивые результаты. Прежде всего важна корректировка, а порой и замена стереотипа «культурного обслуживания» людей; необходимо обратить внимание на не востребуемый талант пожилых людей. Работа социальных клубов в значительной степени будет обеспечиваться, как можно предположить, самими членами таких клубов, их усилиями, их инициативой и самодеятельностью. Нужна лишь верная ориентация клубной работы «на старте», а в последующем ее приспособление к особенностям жизни, свойственным периоду старости. Итак, с помощью клубной среды можно нивелировать негативные стороны социально-психологической дезадаптации пожилых людей. Необходимо при этом отметить, что существует еще более сложная проблема: мощный дезадаптирующий фактор социальных изменений может возникать при определенных нарушениях психики у человека, которые усугубляются процессами старения. Происходящие в это время изменения могут затронуть как непосредственно физическую сторону существования человека, так и серьезно изменить его личностную сферу. Глубокие перемены в последней так или иначе влияют и на ближайшую пожилому человеку социальную среду. Это обстоятельство также вынуждает обращаться к таким эффективным реабилитационным формам воздействия как социальные клубы, которые позволяют выводить человека из обостренного болезненного состояния более гуманным способом, нежели пребывание в психиатрической клинике. <...> Для культурологии эти проблемы в последнее время становятся все более ощутимыми. Социальный клуб эстетической направленности может оказаться эффективным средством оздоровления пожилого населения. <...> Значимость такого типа клубов в ближайшем будущем может усилиться в силу целого ряда причин. <...> Отметим некоторые из них:

1. Увеличение продолжительности жизни и накопление пожилых людей в составе населения. Этот процесс усугубляется тем, что рост числа пожилых больных идет параллельно с нарастанием удельного веса пожилых людей в целом. <...> Отмеченная тенденция подтверждается и данными, собранными на базе психоневрологической консультации (ПНК) № 10 Южного административного округа Москвы. <...>

2. Психически больные составляют группу с большим риском ухода из жизни по сравнению со здоровыми людьми пожилого возраста. <...> Важно отметить, что признаки психической болезни, подпитываемой социально-психологическими проблемами одиночества, утратой родственных связей и конфликтными отношениями с социальной средой, слабой социальной защищенностью и др., являются основанием для госпитализации в случае социально-психологической дезадаптации в позднем возрасте. Специальные отборочные комиссии, оценивая степень социальной опасности, направляют пожилого человека в болезненном состоянии в кризисный стационар, в котором проводятся специальные реабилитационные мероприятия, учитывающие индивидуальные особенности пациента, истории его жизни и личностного пути.

3. Расходы по содержанию душевно больных людей представляют сегодня существенную дополнительную нагрузку для общества и требуют организации социальной системы их защиты.

Л. В. Сатина

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РАБОТА С ПОЖИЛЫМИ В СОСТОЯНИИ ГОРЯ: ГРУППЫ «ТЯЖЕЛОЙ УТРАТЫ»: РАСШИРЕННЫЙ РЕФЕРАТ¹

Все мы когда-то, в той или иной степени, испытывали чувство горя или переживали тяжелую утрату. В отношении пожилых людей ситуации потерь и горя драматичны: одному из членов каждой пожилой супружеской пары придется смириться с потерей супруга или супруги.

Основываясь на своей терапевтической работе с пожилыми людьми, страдающими после смерти близкого человека, Марк Коэн выделяет факторы, помогающие человеку справиться с горем при работе в группах «Тяжелой утраты». Такими факторами являются:

- внушение надежды;
- принятие;
- уменьшение социальной изоляции;
- помощь в поиске новой идентичности и нового смысла жизни;
- поддержка;
- катарсис;

¹ *Сатина Л. В.* Психотерапевтическая работа с пожилыми в состоянии горя: группы «Тяжелой утраты»: расширенный реферат // Психология зрелости и старения. —

2000. - № 4 (12). — С. 95-103. (*Cohen M.A.* Bereavement Group with the Elderly // Journal of Psychotherapy in Independent Practice. — 2000. — Vol. 1. — № 2. — P. 33—41.)

- избавление от страхов;
- приобретение новых навыков и обмен опытом;
- участие в групповом процессе;
- работа с сильными переживаниями;
- возможность помочь другим.

В работе обсуждаются также преимущества групповой работы по сравнению с индивидуальной терапией применительно к данной проблеме.

Пожилые люди, потерявшие супруга или супругу, сталкиваются с многочисленными проблемами. Они испытывают чувства печали, вины, гнева, отчаяния и беспомощности. Они задаются вопросами «почему?» и «что я буду делать дальше?». Так что же могут дать группы «Тяжелой утраты» пожилому человеку?

Наиболее очевидной помощью, которая может быть оказана пожилым людям в группах «Тяжелой утраты», является социальная поддержка. Овдовевшие люди получают достаточную социальную поддержку от семьи и друзей в течение трех или четырех недель после печального события, но потом она ослабевает [*Silverman P., MacKenzie D., Pellipas M., Wilson E, 1974*]. Некоторые пожилые люди говорят о том, что спустя значительное время родные и друзья помогают и звонят гораздо меньше, и поэтому возникает сильнейшее чувство одиночества. По мнению других участников групп, друзья и знакомые начинают умышленно меньше общаться с ними, как бы из страха, что, если они проводят время с человеком, пережившим такую трагедию, то это может произойти и с ними. Или, по крайней мере, это напоминает им об их собственной уязвимости по отношению к такой потере и так их пугает, что они избегают встречаться со своими собственными страхами. Одна недавно овдовевшая женщина сказала, что пожилой брат ее мужа явно боялся находиться рядом с ней из-за страха, что она «приносит смерть» и может послужить причиной и его смерти. Некоторые пожилые люди имеют очень мало родственников, и супруг или супруга являются их единственной опорой. Социальная поддержка, оказываемая в группах «Тяжелой утраты», может помочь пожилым людям уменьшить часто испытываемые ими чувства одиночества и изолированности.

В дополнение к социальной поддержке группа «Тяжелой утраты» дает ощущение принятия. Спустя некоторое время пожилые люди начинают чувствовать, что их тяжелые переживания не принимают родные и друзья. Некоторым из них даже говорят о том, что пора бы прекратить плакать и преодолеть горе. Общество таким образом посылает сообщение, что уже необходимо перестать горевать или, по крайней мере, держать свое горе при себе. Такие сигналы, может быть, происходят от того, что люди, окружающие переживающего утрату человека, не хотят задумываться о собственной уязвимости и смерти. Терапевтическая группа предо-

ставляет «безопасное убежище», где можно быть самим собой среди понимающих и сопереживающих людей. Как известно, когда страдающий человек держит свои чувства в себе, это может привести к последующим осложнениям в процессе горевания [*переживания горя* — О.К., А.Л.]. Таким образом, предоставление человеку места, где он может выразить свое горе и печаль без осуждения со стороны других, может сыграть терапевтическую роль и освободить его от тяжелых переживаний.

Пребывание среди людей, которые пережили то же самое и могут понять переживания другого, трудно переоценить. Когда поддерживают и принимают чувства страдающего пожилого человека, это способствует нормальному процессу переживания им тяжелой утраты.

Тот момент, когда в группе пожилой человек может свободно проявить себя, не боясь осуждения и оценки со стороны других людей, можно считать началом исцеления. М. Коэн часто приносил сам или просил других членов группы приносить найденные ими стихотворения о переживании утраты, о жизни, о любви и об исцелении. Чтение стихов вызывало бурные слезы и переживание катарсиса. Затем следовала дискуссия о том, как члены группы могут относиться к поэзии. Представляется интересным, что многие находили и приносили в группу жизнеутверждающие стихи, наполненные чувствами сильной печали и потери, но также и превозносившие способность человека перебороть эти переживания и жить дальше. Члены группы получали большой заряд нравственной силы от чтения таких стихов, так как они оказывали очень глубокое эмоциональное влияние. Некоторые пожилые люди начинали писать собственные стихи, чтобы выразить свои чувства.

Одним из самых мощных исцеляющих факторов для пожилых людей является происходящее исподволь внушение надежды; надежды на то, что станет лучше, что со временем страдание и боль покинут сердце, надежды, что когда-нибудь они снова будут улыбаться и радоваться жизни. Польза групповой работы состоит в том, что новички и люди, не так давно пришедшие в группу, могут видеть тех ее членов, кто уже далеко продвинулся в процессе переживания утраты. Они могут видеть, что со временем переносить горе становится намного легче. П.Рой и Х.Самптер [*Roy P., Sumpter #., 1983*] наблюдали это в руководимых ими группах «Тяжелой утраты» и убедились, что этот фактор обладает мощным целительным действием.

Другое преимущество групповой работы состоит в том, что группа может оказывать людям поддержку и поощрение в трудных начинаниях. Иногда члены группы не способны заметить свои успехи до тех пор, пока другие не обратят на это их-внимание. Например, одна женщина плакала на каждой встрече в течение не-

скольких месяцев и даже не поняла, что перестала постоянно плакать, пока кто-то не сказал ей об этом. Работа в группе также позволяет людям увидеть, как далеко они продвинулись, так как новые члены, вступающие в группу, находятся на уже пройденной стадии переживания утраты. Согласно К.Сандерс [Sanders C, 1989], подобная группа может предоставить своим членам три вида поддержки: инструментальную, эмоциональную и оправдывающую. Первая из них, *инструментальная поддержка*, состоит в том, чтобы дать представление о практических способах действия, основываясь на чьем-то опыте. Горе действует на людей так сильно, что они часто приходят в замешательство и не знают, как справиться с проблемами, начиная от похорон и установки памятника на могиле, и заканчивая заменой электрической лампочки. Те члены группы, кому уже пришлось справиться со многими трудностями, рассказывают о том, какие способы решения проблем существуют, и помогают другим сделать свой выбор. В одной из групп, руководимых Марком Коэном, был один примечательный случай, когда выяснилось, что женщина, считавшая, что не умеет выполнять многие работы по дому, осознала, что знает, как это делать, так как наблюдала мужа за этими занятиями в течение многих лет. Помимо вернувшегося чувства компетентности это событие также облегчило ее переживания, дав ей ощущение, что она вобрала в себя частицу личности мужа.

Другие виды инструментальной поддержки варьируют от обсуждения способов совладания с одиночеством до обсуждения того, что делать с оставшимися после умершего одеждой и имуществом. В группах «Тяжелой утраты» часто беседуют на тему такого взаимодействия с другими супружескими парами, при котором не чувствуешь себя «третьим лишним». Им всем пришлось столкнуться с трудностями адаптации одинокого человека к сообществу пожилых людей, большинство которого составляют супружеские пары. Полезными являются советы, которые одни члены группы могут дать другим, основываясь на собственном опыте, а также способность членов группы обсуждать эти вопросы и обнаружить, что подобные проблемы испытывают не они одни. На второй тип поддержки, *эмоциональную поддержку*, приходится основная нагрузка при работе с горем. Группа может дать эмоциональную поддержку, выслушивая тяжело страдающего человека и позволяя неоднократно обсуждать смерть без осуждения со стороны группы, дает возможность человеку плакать и свободно выражать свои чувства, что облегчает его процесс горевания. Члены группы испытывают эмпатию по отношению к говорящему, так как они переживают или пережили то же самое. Таким образом группа оказывает эмоциональную поддержку, облегчая труднейшие эмоциональные переживания.

Одна из самых сильных эмоций, которые проявляются в различных формах у пожилых людей, работающих в группе, — это чувство вины. Вина также может быть защитой от чувства гнева на то, что, несмотря на все возможное, сделанное для любимого человека, он все-таки ушел из жизни. Группа может оказать очень большую помощь при избавлении от чувства вины. М. Коэн обнаружил, что члены группы придавали гораздо больше значения словам друг друга, чем терапевта, так как их товарищи сами прошли через тяжелую потерю, переживание горя. Они могут рассказать о чувстве вины в подобных ситуациях и помочь другим членам группы преодолеть его. Другая сильная эмоция, проявляющаяся в группе, это гнев. Гнев может варьировать от конкретных претензий, например, к супругу-алкоголику, умершему от цирроза печени, или курильщику, умершему от рака легких, несмотря на настоятельные советы врача бросить курить, до более экзистенциальных претензий к жизни, к судьбе или Богу. Гнев может быть направлен на любимого человека, на доктора, семью, друзей или кого-то еще. На групповой встрече гнев может быть перенесен на какого-нибудь члена группы, напоминающего супруга или супругу. Например, одна пожилая женщина, чей муж умер, отказавшись от медицинского лечения своего больного сердца, была очень сердита на одного из членов группы, который пренебрежительно относился к своему здоровью.

Третий вид поддержки — *оправдывающая поддержка*. Она состоит в том, что группа нормализует процесс переживания горя у своих членов и дает им знать, чего ожидать в дальнейшем. Этот вид поддержки помогает уменьшить страхи членов группы. Часто страдающий человек боится «сойти с ума», так как он как бы видит или слышит своего супруга/супругу, не может вспомнить, что ему говорилось, смущается и с трудом концентрируется. Группа может убедить этого человека, что все это — нормальные реакции в процессе переживания тяжелой утраты и со временем они пройдут. Одна женщина из группы, которая училась вождению автомобиля после смерти своего мужа, привыкла поднимать глаза и беседовать с ним, и, например, после парковки машины, спрашивать его, правильно ли она это сделала. Она, разумеется, не ждала ответа, но опасалась, что эти разговоры означают, что она «не в себе». Другая женщина боялась, что у нее помутился разум, так как по утрам она надевала банный халат своего мужа и почти чувствовала, как муж обнимает ее, пока она одета в его халат.

Занятия в группах «Тяжелой утраты» дают возможность страдающим людям узнать про то, что может ожидать их дальше — о стадиях переживания утраты, симптомах. Это дает членам группы чувство контроля над ситуацией, в которой они находятся.

Часто люди находят облегчение, узнав, что другие встретились с теми же самыми трудностями и что они не одиноки в таких переживаниях. Участники группы извлекают большую практическую пользу от обмена опытом и обсуждения различных проблем, которые могут варьировать от способов борьбы с бессонницей до «за» и «против» применения антидепрессантов и лекарств для борьбы с тревогой.

Большое преимущество групповой терапии для пожилых людей, переживающих тяжелую утрату, в противоположность индивидуальной терапии, — это вовлечение членов группы в процесс эмоциональной поддержки и сопереживания другим. Когда члены группы способны отрешиться от своих проблем и протянуть руку помощи другим, эмоционально их поддерживая, говоря «я чувствую то же самое» или давая практические советы, они могут не только концентрироваться на себе и своих проблемах: у них появляется уверенность, что они могут еще кому-то помочь. Большинство пожилых людей, посещающих группы «Тяжело? утраты», — женщины. Большая часть женщин в группах, руководимых М. Коэном, занимались домашним хозяйством в своих семьях и идентифицировали себя только с ними. Идентификация усиливалась, если женщины принимали участие в медицинском уходе за своими мужьями в конце их жизни. Когда эта необходимость отпала (после смерти мужа), они почувствовали потерю идентичности. Поэтому присутствие в группе дает терапевтически эффект, так как пожилые женщины могут заботиться о других членах группы и сохранить свою идентичность, помогая другим или выполняя работу волонтера.

И. Ялом и С. Виноградов [*Yalom I., Vinogradov S., 1988*] обсуждают, как утрата семейных ролей и попытки найти новую идентичность влияют на переживающего тяжелую утрату человека; существование этого факта также подтверждалось в группах, руководимых М. Коэном. Потеря старых ролей приводит к чувству беспомощности и неадекватности, так как некоторые черты, определяющие идентичность личности, исчезли или изменились. Поиск новой идентичности и нового смысла становится актуальной важной темой. У многих членов группы были семьи с традиционным распределением ролей. Женской ролью была роль домохозяйки. Женщины готовили, стирали и были заняты социальным планированием. Мужчины распоряжались денежными средствами, водили машину и занимались всей техникой, вплоть до ремонта. Когда супруг/супруга умирали, оставшийся в живых искал возможность научиться тому, за что отвечал другой. Члены группы поддерживают каждого в его попытках освоить новые роли и показывают, что он знает достаточно много о том, как выполнять работу вместо супруга/супруги, так как он многократно наблюдал за этим процессом.

Потерю роли сопровождает также поиск нового смысла жизни и путей к тому, чтобы снова обрести радость жизни. Члены группы часто говорят о том, как дальнейшая жизнь и наслаждение ею не имеют смысла, если забываешь своего супруга/супругу. Часто они сталкиваются с чувством вины. На ранних стадиях пожилые люди рассказывают о чувстве вины за все, от желания смеяться до употребления любимой пищи умершего или даже за то, что они еще живы. Некоторые члены группы позволяли себе начать приобретать новый опыт, которого у них не было, когда их супруг/супруга были рядом. Они начинали посещать занятия, вступали в различные сообщества и социальные группы, приобретали новые увлечения или начинали выполнять работу волонтера. Это всегда дает возможность проводить время среди людей и снова быть вовлеченным в жизнь.

Группа предоставляет новые возможности для социализации, приобретения друзей и развития взаимной поддержки. М. Коэн советовал членам группы обмениваться телефонами друг с другом, чтобы побудить их к общению вне группы. И они знали, что есть кто-то, кому они могут позвонить и получить поддержку, если у них не складываются дела или просто нужно с кем-нибудь поговорить. Многие так страдали от одиночества, что возможность встретиться раз в неделю за ланчем и выйти из дома была большим достижением. Другим достижением можно считать тот факт, что наиболее продвинувшиеся в работе члены группы звонили другим, оказывали им помощь или находили причину вывести их из дома. Это приносило пользу не только тем, кому помогали, но и тем, кто помогал.

Проблема переживания тяжелой утраты в пожилом возрасте очень продуктивно решается с помощью групповой терапии. В то время как индивидуальная терапия может быть достаточно успешной, существуют определенные терапевтические воздействия, которые могут происходить только в группе. Это сильная социальная поддержка ровесников и благоприятные возможности для социализации, которые могут уменьшить чувство изоляции, дать возможность выйти за привычные «рамки» и помочь другим принять процесс переживания горя, обменяться опытом и получить возможность увидеть, что со временем страдание уменьшается, и наслаждение жизнью может быть возвращено. Групповая терапия обеспечивает людям возможность самовыражения, возможность приобрести новые роли и навыки.

Популяция пожилых людей постоянно увеличивается, поэтому для терапевта важно знать, что групповая терапия не только продуктивный с точки зрения стоимости и времени метод лечения, но и что этот вид терапии является действительно эффективным методом для помощи пожилым людям, переживающим тяжелую потерю близкого человека.

Ю. И. Фролов, Э. Н. Тищенко

РЕШЕНИЕ КОНКРЕТНЫХ ПРОБЛЕМ С ПОМОЩЬЮ «СОЦИАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ»¹

Использование «социального протеза»² значительно улучшает общее психологическое состояние [пожилых]. Снижение показателя реализованное™ говорит о том, что у [них] появилась жизненная перспектива, новые жизненные ценности — такие, как независимость, уверенность в себе, стремление к активной, деятельной жизни. Большинство испытуемых стали считать себя более счастливыми.

«Социальное протезирование» не просто помогло подопечным компенсировать снижение физических возможностей, но и избавило многих из них от одиночества. Кроме того, большинство испытуемых стали чувствовать себя значительно моложе.

Следовательно, «социальное протезирование» является действенным средством улучшения общего психологического состояния испытуемых, а также может применяться для коррекции психологических особенностей личности пожилых людей. <...>

Попытаемся ближе познакомиться с жизнью отдельных испытуемых и решить их проблемы с помощью «социального протезирования». Участие подопечных в исследовании было сугубо добровольным. Общий портрет вырисовывался на основе личных наблюдений и выводов, а также тех сведений, которые человек сообщал о себе сам.

Конечно, тяжело на основании нескольких биографий делать глобальные выводы. Трудно детально проследить жизненный путь каждого из подопечных, чтобы выявить то новообразование, которое влияет на заключительный этап жизненного пути. Это — цель более серьезного и детального исследования. Однако, если исходить из эпигенетической концепции развития личности Э.

Эриксона, изменение социокультурных условий существования личности ведет к утрате прежней и формированию новой идентичности [Анцыферова Л. И., 1980]. Следовательно, неврозы «потери себя» обусловлены изменениями в жизни общества. В нашем случае приходилось иметь дело с яркими проявлениями «потери себя». Причины такого состояния различны. Смысл терапевтичес-

¹ Фролов Ю.И., Тищенко Э.Н. Применение психологического принципа компенсации дефекта к анализу старения // Психология зрелости и старения. — 2000. — №1(9).-С. 40-65.

² Речь идет о социальной компенсации дефекта, заменяющей работу реальных физиологических систем. Созданная недавно система социальной помощи пожилым и инвалидам служит примером такого «социального протезирования» (примечание составителей хрестоматии).

кой работы усматривался в возвращении подопечному утраченного чувства идентичности. Фактически терапевтическое воздействие заключалось в изменении внешней ситуации, в которой находился подопечный: прикреплении другого социального работника, расширении круга общения и т. п. Это полностью согласовалось с принципом компенсации дефекта Адлера, которая порождается (по Выготскому) социальной средой. Ниже приводятся некоторые результаты проделанной работы.

Пример 1. Д-ва М.А. (отделение социальной помощи № 5).

1912 года рождения, по специальности — художник-модельер. Вдова военачальника, погибшего в 30-е годы. Была репрессирована, сослана в Казахстан, откуда возвратилась лишь в конце 50-х годов. По словам М. А., выжить в тех тяжелых условиях ей помогло ремесло — пошив и моделирование одежды. «Это сейчас, — говорит она, — мое умение никому не нужно, а тогда очень ценилось». М.А. живет в большой коммунальной квартире, старается поддерживать с соседями ровные отношения, хотя одной из своих соседок явно не симпатизирует. С другой соседкой, ее ровесницей, у М.А. дружеские отношения. «У нас почти одинаковые судьбы, — говорит она о соседке, — нам легче понять друг друга». М.А. считает, что судьба у нее не сложилась, так как нет детей и внуков. «Я тихо доживаю свой век, увы, не так, как хотелось бы», — признается она.

Работа с подопечной началась с замены социального работника: вместо средних лет мужчины-инженера, работающего по совместительству, к М.А. была прикреплена молодая женщина, мать пятилетнего сына, увлекающаяся шитьем и моделированием одежды. С М.А. она общалась не только по службе, но и брала у нее уроки моделирования. Часто социальная работница приходила к подопечной с сыном. Пока мама выполняла очередное задание, М.А. читала ребенку книгу, разговаривала с ним или играла. Таким образом, достигался двойной эффект: М.А. еще раз ощутила себя профессионалом, чье искусство нужно кому-то и, общаясь с ребенком, хотя бы частично реализовывала себя в новом качестве — «заботливой бабушки». Именно бабушкой стал звать М.А. пятилетний мальчик. С этой поры в жизни М.А. начался новый этап. «Я знаю, что в пятницу, как обычно, придет К. с малышом, и не так пусто будет вокруг», — говорит она. Сейчас у М.А. работает другой социальный работник, но связи с К. она не теряет. Они часто встречаются, обсуждают -новые модели одежды, вместе готовят сына К. к школе — учат читать, писать, рисовать.

Пример 2. Г-г И. Л., отделение социальной помощи № 3.

1927 года рождения. Раньше жил с матерью, тоже подопечной службы социальной помощи, которая умерла два года назад. По образованию — инженер, но позже получил второе высшее образование. Не без гордости рассказывает о том, что учился также в

Народном Университете, был лектором общества «Знание». Ни жены, ни детей у И.Л. не было, однако, по его словам, он об этом не жалеет, так как «не стал бы тем, кем стал», будь у него семья. Живет И. Л. в отдельной двухкомнатной квартире, из которой практически не выходит. Окна в комнатах закрыты тяжелыми шторами, везде — на шкафах, столах, стульях — стопки книг. И. Л. сетует на общее «бескультурье и невоспитанность», так как его «редко поздравляют с праздниками», а он «никогда не забывает это сделать». Знакомые к нему практически не заходят и не звонят. В последние два года, с тех пор, как умерла мать, И. Л. столкнулся с новыми проблемами: он не умеет готовить даже самые простые блюда, практически не имеет навыков самообслуживания и т. п.

Работу с подопечным, как и в первом случае, начали с замены социального работника: вместо девушки-студентки была назначена пенсионерка Н. Не имея среднего образования, Н. искренне восхищалась «ученостью» своего нового подопечного. Кроме того, она частично взялась выполнять за И. Л. работу по дому, т. е. приняла на себя часть функций его покойной матери. Живя на одной улице с И. Л., Н. часто навещала своего подопечного, познакомила с ним своих домашних. И. Л. даже один раз «выбрался в гости к Н.», о чем еще долго с восхищением вспоминал. Таким образом, он как бы вновь «обрел себя» — роль матери взяла на себя его новая попечительница. Однако не всегда удавалось помочь подопечным разрешить сложную ситуацию, в которой они оказывались.

Пример 3. Ч-ва Л. И., отделение социальной помощи № 2.

1924 года рождения, по образованию химик, окончила Московский государственный университет. После войны защитила кандидатскую диссертацию, работала на производстве. Инвалид I группы. Близких родственников нет. К племяннику, живущему в Коломне, относится резко отрицательно. За три года Л. И. обслуживалась шестью социальными работниками, и каждый из них вступал с ней в конфликт. По ее же словам, часто конфликтует с работниками аптеки, магазина, соседями из других квартир (Л. И. живет в отдельной однокомнатной квартире). Очень гордится тем, что борется, как ей кажется, за справедливость: соседку «посадила за незаконное проживание в Москве», на социального работника жаловалась не только непосредственному его начальнику, но даже в Главное управление социального обеспечения. Однако Л. И. жалуется в различные инстанции преимущественно по телефону, написать или просто поставить свою подпись под написанным она категорически отказывается. Л. И. часто возмущается внешним видом социальных работников: «Почему у молодого человека борода, как у попа?» и требует прислать другого человека. Найти контакт с этой подопечной не удалось. Любое общение с Л. И. сводится к рассказам о том, как, кого и когда с ее помо-

щью наказали. Таким образом, подопечная нашла для себя псевдодеятельность и посвятила ей свою жизнь. Хотя Л. И. и понимает, что подобное поведение отталкивает от нее людей, на изменения в себе или в окружающей обстановке она категорически не согласна. Как-то в разговоре Л. И. обмолвилась: «Я за свою жизнь настрадалась, пусть им (соседям) тоже будет плохо». Нежелание Л. И. считаться с окружающими, раздраженность и озлобленность — вот характерные признаки невроза «потери себя», ступень к безысходному отчаянию.

Несмотря на то что в большинстве случаев удавалось помочь подопечным разрешать свои проблемы, ярко выраженный эффект положительного воздействия на них, как в двух первых примерах, проявлялся нечасто.

Пример 4. Ф-ль Е.Я., отделение социальной помощи № 2.

1913 года рождения, живет в комнате в коммунальной квартире, отношения с соседями очень доброжелательные. Последнее время Е.Я. стало тяжело выходить на улицу за продуктами, поэтому она обратилась в отделение социальной помощи, так как «соседи и так слишком много заботятся» о ней. Е. Я. — вдова «ответственного работника», сама всю жизнь была активной общественницей. До последнего времени она вела кружок рукоделия при ДЭЗе. Каждый день в определенное время Е. Я. кормит кошек и голубей, которые собираются под ее окном. Очень часто в ее комнате можно застать соседских детей. Раньше Е.Я. очень любила ходить в театры, на концерты, а теперь, по ее словам, «все этот ящик (телевизор) заменил». Родственников у Е.Я. нет, «зато есть друзья, не так много, как раньше, но все-таки есть».

Прикрепленная к Е.Я. социальная работница частично восполнила ей нехватку близких людей, у них сложились очень добрые, доверительные отношения. «Знакомые в основном звонят мне по телефону, — говорит Е.Я., — а А. приходит сама. Это большая разница!» Однако эффект улучшения общего состояния подопечной был не слишком явным, так как изменения в ее жизни были скорее не качественными, а количественными.

Пример 5. Х-ва Е.С., отделение социальной помощи № 3.

1924 года рождения, вдова известного ученого. Живет вместе с дочерью — инвалидом II группы. По квартире передвигается с трудом, на улицу не выходит совсем. Очень привязана к своим животным — маленькой декоративной собачке и экзотическому попугаю. У Е. С. много друзей и знакомых — ученики и сослуживцы мужа и дочери, однокурсники, соседи.

В данном случае прикрепление социального работника также не очень значительно повлияло на общее состояние подопечной, поскольку у нее и до этого был широкий круг общения. Кроме того, подопечная живет в семье и, следовательно, в меньшей степени ощущает себя одинокой. Однако и Е. С. отметила, что служба

социальной помощи помогла ей ощутить свою независимость: «Я как будто делаю все сама, как десять лет назад».

Из приведенных примеров видно, что изменение окружающей обстановки приводит к изменению психологических особенностей личности подопечных.

[Итак], снижение физических возможностей в пожилом возрасте вызывает такие личностные изменения, как недовольство своим здоровьем, ощущение себя не очень счастливым, склонность предаваться грустным размышлениям. Еще более значительно сказывается на состоянии пожилых людей фактор одиночества: в целом, одинокие люди чувствуют себя старше своего возраста.

Эти, в основном негативные, черты личности пожилых людей были частично компенсированы с помощью «социального протезирования». Сравнивая личностные особенности подопечных (одиноких пожилых людей со сниженными физическими возможностями) до и после принятия их на надомное обслуживание центрами социальной помощи населению, удалось выделить ряд положительных изменений в их состоянии. Например, подопечные стали чувствовать себя несколько моложе, чем прежде, у них появилась некоторая жизненная перспектива — интерес к жизни, ожидание событий, новые ценности и т.д. Большинство подопечных стали считать себя менее одинокими и более счастливыми.

Следовательно, «социальное протезирование» служит действенным средством компенсации негативных особенностей личности пожилых людей, вызванных физической немощью и одиночеством.

Методология изучения старости и старения	6
<i>А.А.Козлов.</i> Теории и традиции западной социальной геронтологии.....	6
<i>Е.В.Якимова.</i> Геронтология в динамическом обществе: Реферативный обзор.....	24
<i>К. А. Феофанов.</i> Старость в современном обществе: руководство по социальной геронтологии: Реферативный обзор.....	29
<i>О. В. Краснова.</i> Виды и методы исследований в психологии старения.....	36
История изучения старости и науки о старении	43
<i>А. И. Ташева.</i> Проблема старости: социокультурный феномен	43
<i>Е.В.Якимова.</i> Последний этап: исторические аспекты зрелости и старости: Реферативный обзор.....	46
<i>С. Ольман.</i> Призрение старости в дореволюционной России.....	51
<i>М.Д.Александрова.</i> Отечественные исследования социальных аспектов старения.....	55
<i>И.И.Лихницкая, Р.Ш.Бахтияров.</i> Академик З.Г.Френкель и становление геронтологии в России.....	57
Философия старости и старения	65
<i>Т.В.Карсаевская.</i> [Старость: Социально-философский аспект]	65
<i>Н. Ф.Шахматов.</i> Старение — время личного познания вечных вопросов и истинных ценностей.....	67
<i>В. П. Козырьков.</i> Пожилой человек как социокультурный тип.....	73
<i>В.Л.Калькова.</i> Старость: Реферативный обзор.....	77
Социология старости и старения	87
<i>В.Анурин.</i> Некоторые проблемы социологии старости.....	87
<i>З. М. Саралиева, С. С. Балобанов.</i> Пожилой человек в Центральной России.....	91
<i>Л. С. Шилова.</i> Факторы социальной адаптации пожилых в условиях реформ.....	101
Психология старости и старения	112
Общие вопросы психологии позднего возраста	112
<i>Б.Г.Ананьев.</i> К проблеме возраста в современной психологии.....	112
<i>Л. И. Анциферова.</i> Новые стадии поздней жизни: время теплой осени или суровой зимы?.....	119

<i>Т.Д. Марцинковская. Особенности психического развития в позднем возрасте.....</i>	127
<i>А. Г. Лидере. Кризис пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании.....</i>	131
<i>Возрастные особенности психического развития при старении.....</i>	135
<i>Л. В. Бороздина, О.Н.Молчанова. Особенности самооценки в позднем возрасте.....</i>	135
<i>Н. К. Корсакова. Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты.....</i>	149
<i>Н.К.Корсакова, Е.Ю.Балашова. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте.....</i>	155
<i>О. Н. Молчанова. Психологический витаукт как механизм стабилизации Я-концепции в позднем возрасте.....</i>	162
<i>М. В. Ермолаева. Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости.....</i>	164
<i>М.А.Холодная, Н. Б. Маньковский и др. Своеобразие уровневых, структурных и стилевых характеристик интеллекта в пожилом возрасте.....</i>	172
<i>Социально-психологические особенности психического развития при старении.....</i>	177
<i>М.Д.Александрова. [Старение: социально-психологический аспект]</i>	177
<i>О.В.Краснова., Т.Д.Марцинковская. Особенности социально-психологической адаптации в позднем возрасте.....</i>	183
<i>О. В. Краснова. Исследование идентификации пожилых людей с помощью методики М.Куна «Кто Я?».....</i>	198
<i>Семья в старости.....</i>	206
<i>А. Б. Синельников, Д. Ф.Децнер. Отношения между поколениями в американских и российских семьях.....</i>	206
<i>Д. Филд. Социальные связи в старости: Результаты Боннского и Берклинского лонгитюдных исследований.....</i>	218
<i>И. И. Елисеева, Л. М. Прокофьева, П. Фести. Влияние развода на межпоколенные контакты.....</i>	230
<i>О.В.Краснова. Роль бабушки: Сравнительный анализ.....</i>	238
<i>Ю. М.Данилов. Семейные отношения психически больных позднего возраста и проблема психической компенсации ...</i>	250
<i>Старение и работа.....</i>	256
<i>М. Греллер. Старение и работа: человеческий и экономический потенциал.....</i>	256
<i>И. Б. Назарова. Пенсионеры и работающие: труд, здоровье и лечение.....</i>	265
<i>Пожилые и старики в стационарах.....</i>	273
<i>Л. А. Котова. О психической адаптации пожилых больных</i>	

при поступлении в психиатрический стационар.....273
О. В. Гусева. Особенности реакции на госпитализацию
психически больных пожилого возраста.....275
410

<i>Н. Ф. Дементьева.</i> Методологические аспекты социально-психологической адаптации лиц пожилого возраста в стационарных учреждениях социального обслуживания	279
<i>О. А. Воронина.</i> Внутриличностный конфликт и социально-психологическая работа с ним в условиях дома-интерната для престарелых.....	284
Старость и болезнь.....	289
<i>И. Н. Веселкова, Е. В. Землянова.</i> Проблемы здоровья и медико-социального обслуживания пожилых людей.....	289
<i>Н. Ф. Дементьева.</i> Изучение потребностей пожилых в медико-социальной помощи.....	295
<i>В. Ф. Друзь, В. Г. Будза и др.</i> Клинические и социальные аспекты одиночества психически больных позднего возраста.....	303
<i>Т. В. Зозуля.</i> К проблеме профилактики психических расстройств пожилого возраста	308
<i>Р. Ш. Бахтияров, А. В. Гнездилов, О. Т. Дятченко и др.</i> Психологические и социальные аспекты реабилитации онкологических больных пожилого возраста.....	314
Танатология и горе в старости: психологическое сопровождение.....	322
<i>Р. Калиш.</i> Пожилые люди и горе: Реферативный обзор.....	322
<i>Л. В. Сатина.</i> Депрессия позднего периода жизни: горе и осложнения, связанные с ним в пожилом возрасте: Расширенный реферат.....	327
<i>Б. Геневай.</i> Потеря матери: личные впечатления: Реферативный обзор.....	332
<i>И. Кемпер.</i> Страх психотерапевта перед темой смерти: Случай из практики.....	335
<i>О. В. Краснова.</i> Пожилые люди, умирание и механизмы переноса: Реферативный обзор.....	339
<i>А. Керкхоф, Р. Диекстра, П. Хирихорн, А. Виссер.</i> Возможности предотвращения суицида среди людей пожилого возраста.....	344
Психологическая помощь в старости.....	349
<i>Работа с персоналом.....</i>	349
<i>А. И. Тащева.</i> Концепция организации психологической помощи одиноким людям пожилого возраста.....	349
<i>О. В. Краснова.</i> Эйджизм в работе с пожилыми людьми.....	354
<i>Г. П. Медведева.</i> Роль психологической компетентности социального работника.....	363
<i>В. А. Иванов.</i> Работа штатного психолога в ЦСО: проблема самоидентификации.....	365
<i>И. В. Садикова.</i> Опыт психологической работы в центре социального обслуживания.....	371
<i>Работа с клиентами — пожилыми и старыми людьми.....</i>	378
<i>Н. В. Зоткин.</i> Физиологические изменения, связанные с нормальным старением, и работа с пожилыми людьми ...	378

<i>Т. Н. Розова.</i> «Значимые события» как метод психологического консультирования пожилых людей	384
<i>О. Ю. Федотова.</i> Телефон доверия в системе психологической помощи пожилым людям.....	387
<i>К. А. Страшникова, М.М. Тульчинский.</i> Социально-психологическая помощь и поддержка [пожилых] в культурной среде.....	392
<i>Л. В. Сатина.</i> Психотерапевтическая работа, с пожилыми в состоянии горя: группы «Тяжелой утраты»: Расширенный реферат.....	397
<i>Ю. И. Фролов, Э. Н. Тищенко.</i> Решение конкретных проблем с помощью «социального протезирования».....	404

Учебные издания

Психология старости и старения

Хрестоматия

Составители Краснова Ольга Викторовна, Лидере Александр Георгиевич

Редактор *М. И. Черкасская*

Ответственный редактор *И. Б. Чистякова*

Технический редактор *Е. Ф. Коржуева*

Компьютерная верстка: *В. П. Якимочкин*

Корректоры: *О. В. Куликова, О. Н. Тетерина*

Диaposитивы предоставлены издательством.

Изд. № А-18. Подписано в печать 29.11.2002. Формат 60x90/16. Гарнитура «Тайме». Печать офсетная. Бумага тип. № 2. Усл. печ. л. 26,0. Тираж 20000 экз. (1-й завод 1 -5 100 экз.). Заказ № **2391**.

Лицензия ИД № 02025 от 13.06.2000. Издательский центр «Академия». Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.02.953.Д.002682.05.01 от 18.05.2001 117342, Москва, ул. Бутлерова, 17-Б, к. 223. Тел./факс: (095)330-1092, 334-8337.

Отпечатано на Саратовском полиграфическом комбинате. 410004, г. Саратов, ул. Чернышевского, 59.

Текст взят с психологического сайта <http://www.myword.ru>