

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Комитет по социальной политике

Санкт-Петербургское государственное автономное  
образовательное учреждение высшего образования  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ  
ПСИХОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ»



**И. Г. Малкина-Пых, И. С. Лысенко**

# **ГЕНДЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК ОСНОВА ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА**

**МОНОГРАФИЯ**

**Монография опубликована на средства внутреннего научного  
гранта СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный  
институт психологии и социальной работы»**

Санкт-Петербург  
2021

УДК 159.9  
ББК 88я73  
М 19

*Рекомендовано к печати Редакционно-издательским советом  
Санкт-Петербургского государственного института  
психологии и социальной работы*

*Утверждено к печати Ученым советом  
Санкт-Петербургского государственного института  
психологии и социальной работы*

**Рецензенты:**

*Л. К. Серова — профессор кафедры психологии НГУ физической культуры, спорта  
и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, доктор психологических наук, профессор*

*А. И. Федорова — профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии  
и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, доктор медицинских наук, доцент.*

Гендерная психология как основа построения системы долговременного ухода. —  
СПб.: СПбГИПСР, 2021. — 192 с.  
ISBN 978-5-6046439-6-9

В монографии рассматриваются проблемы гендерной социализации лиц пожилого возраста и ее роль в политике активного долголетия и системе долговременного ухода, как приоритетного стратегического направления развития страны. Приведен анализ гендерно-ориентированной научной литературы, описаны особенности кризиса пожилого возраста, психология гендерных различий, гендерных конфликтов и гендерной социализации. Предложены инструменты психологической и социальной помощи пожилым мужчинам и женщинам.

Книга адресована специалистам социальных учреждений и психологических служб, преподавателям и студентам образовательных учреждений психолого-социального профиля.

Монография опубликована на средства внутреннего научного гранта СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы»

© СПбГАОУ ВО «Санкт-Петербургский  
государственный институт психологии  
и социальной работы», 2021

© Малкина-Пых И. Г., 2021

© Лысенко И. С., 2021

ISBN 978-5-6046439-6-9

# ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>5</b>
<b>Глава 1. КРИЗИС ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ (ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА)</b> .....	<b>10</b>
1.1. Возрастные задачи развития .....	10
1.2. Особенности эмоциональной сферы .....	16
1.3. Особенности структуры самосознания .....	23
1.4. Особенности общения .....	27
1.5. Психосоциальное развитие .....	29
1.6. Кризис «встречи со старостью».....	31
<b>Глава 2. ГЕНДЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ</b> .....	<b>44</b>
2.1. Психология гендерных различий .....	47
2.2. Гендерная социализация.....	48
2.3. Гендерные характеристики личности.....	54
2.3.1. Гендерная идентичность .....	54
2.3.2. Гендерные стереотипы .....	62
2.3.3. Гендерные роли .....	69
2.3.4. Гендерные установки .....	71
2.4. Психология гендерных отношений .....	74
2.5. Гендерные конфликты .....	77
<b>Глава 3. ГЕНДЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СФЕРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ</b> .....	<b>80</b>
3.1. Гендерные аспекты социальной работы с пожилыми людьми в рамках политики активного долголетия и системы долговременного ухода .....	80
3.1.1. Медицинская плоскость .....	85
3.1.2. Психологическая плоскость .....	101
3.1.3. Социальная плоскость .....	106
3.1.4. Экономическая плоскость.....	108

3.2. Индивидуальное и групповое психологическое консультирование и психотерапия пожилых людей в политике активного долголетия и системы долговременного ухода .....	109
3.2.1. Техники индивидуального и группового консультирования и психотерапии пожилых людей в системе долговременного ухода.....	119
3.2.2. Групповая психотерапия пожилых людей .....	147
3.2.3. Семейное консультирование.....	161
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>178</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.....</b>	<b>184</b>

## ВВЕДЕНИЕ

С конца XX столетия заметно возрос интерес к геронтологическим проблемам, что связано с демографическим старением — увеличением продолжительности человеческой жизни, увеличением среднего возраста людей и, соответственно, с ростом доли представителей преклонного возраста в населении. В то же время старость только начинает осмысливаться человечеством как возраст, таящий в себе большие резервы и возможности. Эта тенденция выдвигает изучение старости в качестве важной научной проблемы, включая решение актуальной социальной задачи — обеспечения условий для пожилых людей вести наполненную, общественно полезную жизнь (Юревич А. В., 2019).

Обращение к проблемам старости, формирование внутренней готовности к построению собственной судьбы на поздних этапах жизни важны для каждого человека. Перспективы развития в данный период связываются с осознанностью выбора активной жизненной позиции и имеют большое значение для адекватного восприятия собственного старения. Психологический анализ процессов старения связан с изучением механизмов функционирования психики в пожилом возрасте, возрастных задач старости как особого периода жизни, нормативных и интеллектуальных особенностей старения, личностных и индивидуальных изменений, представлений пожилого человека о себе, его отношений с окружающими людьми и другие.

Эти исследования должны быть направлены на преодоление представлений о старости как о возрасте упадка и потерь, на определение потенциала развития в любом возрасте, в том числе и в старости, его возможных форм и вариантов.

Монография подготовлена на средства внутреннего научного гранта СПб ГАОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы». В состав авторского коллектива вошли доктор физико-математических наук (биофизика) Малкина-Пых И. Г., профессор кафедры общей и консультативной психологии, главный научный сотрудник Научно-исследовательского центра Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы (НИЦ СПбГИПСР) и кандидат пси-

хологических наук Лысенко И.С., старший преподаватель кафедры клинической психологии, научный сотрудник НИЦ СПбГИПСР.

В отечественной науке проблемам геронтопсихологии посвящены работы М.Д.Александровой, Н.Х.Александровой, Б.Г.Ананьева, Л.И.Анцыферовой, О.В.Красновой, Е.Ф.Рыбалко, Н.Ф.Шахматова и другие, предметом обсуждения которых являются методологические и теоретические проблемы геронтопсихологии, особенности жизни личности в поздние годы. Основная идея данных работ отражается в положениях о развитии личности на протяжении всей жизни.

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 другие) 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» (Марцинковская Т.Д., 1999). Успешное решение свойственных возрасту задач, активное использование резервов развития, благополучное прохождение возрастных кризисов дают человеку возможность достичь состояния, которое в геронтопсихологии принято называть «счастливой старостью».

В последнее время в социальных и гуманитарных науках принято разграничивать понятия «пол» и «гендер», связывая их с конституциональными и социокультурными аспектами в различении мужского и женского (Берн Ш., 2001). Термин «пол» описывает биологические различия между людьми, определяемые генетическими особенностями строения клеток, анатомо-физиологическими характеристиками и детородными функциями. Термин «гендер» указывает на социальный статус и социально-психологические характеристики личности, которые связаны с полом и сексуальностью, но возникают

во взаимодействии с другими людьми в рамках определенных культурных установок.

Традиционно, понятие «пол» использовалось для обозначения тех анатомо-физиологических особенностей людей, на основе которых человеческие существа определяются как мужчины или женщины. Пол (то есть биологические особенности) человека считался фундаментом и первопричиной психологических и социальных различий между женщинами и мужчинами. По мере развития научных исследований стало ясно, что с биологической точки зрения между мужчинами и женщинами гораздо больше сходства, чем различий. Многие исследователи даже считают, что единственное четкое и значимое биологическое различие между женщинами и мужчинами заключается в их роли в воспроизводстве потомства.

Помимо биологических отличий между людьми существуют разделение их социальных ролей, форм деятельности, различия в поведении и эмоциональных характеристиках. Антропологи, этнографы и историки давно установили относительность представлений о «типично мужском» или «типично женском»: то, что в одном обществе считается мужским занятием (поведением, чертой характера), в другом может определяться как женское. Отмечающееся в мире разнообразие социальных характеристик женщин и мужчин и принципиальное тождество биологических характеристик людей позволяют сделать вывод о том, что биологический пол не может быть объяснением различий их социальных ролей, существующих в разных обществах. Таким образом возникло понятие «гендер», означающее совокупность социальных и культурных норм, которые общество предписывает выполнять людям в зависимости от их биологического пола. Не биологический пол, а социокультурные нормы определяют, в конечном счете, психологические качества, модели поведения, виды деятельности, профессии женщин и мужчин. Быть в обществе мужчиной или женщиной означает не просто обладать теми или иными анатомическими особенностями — это означает выполнять те или иные предписанные нам гендерные роли.

Актуальность исследования гендерной социализации в пожилом возрасте обусловлена рядом причин. Первая причина связана с демографической ситуацией, поскольку растущее количество людей старших возрастов в составе населения страны актуализирует необходимость изучения социальных и психологических проблем людей

старшей возрастной группы, а также выделения условий и факторов процесса социализации в пожилом возрасте, способствующих благополучному старению. В большинстве концепций возрастной периодизации присутствует согласованная с данными Всемирной организации здравоохранения точка зрения относительно границ последнего этапа жизни человека. Пожилой возраст включает период от 60 до 74 лет, старость — от 75 до 89 лет, а период после 90 лет — это долгожительство (Клецина И. С., 2020).

Вторая группа причин актуальности связана со слабым вниманием исследователей к изучению гендерных проблем социализации пожилых людей. Гендерные исследования отечественными учеными проводятся уже три десятилетия, а вопросы, касающиеся гендерных проблем социализации пожилых людей, практически не изучены.

В сфере внимания исследователей социогуманитарной направленности, занимающихся изучением проблем людей пожилого возраста, чаще всего оказываются следующие темы: социальные стереотипы старения и дискриминация пожилых; социально-психологическая адаптация представителей старшей возрастной группы; взаимоотношения представителей старшего и младшего поколений.

Все перечисленные темы социально-психологических исследований людей старшего возраста в большей или меньшей степени касаются проблем социализации людей позднего периода жизни, при этом общая точка зрения связана с пониманием социализации не только как процесса освоения системы знаний, норм, ценностей, способствующих развитию и самореализации, но также как процесса воспроизводства человеком социальных связей за счет деятельности и включения в социальную среду (Клецина И. С., 2020).

Пожилые люди особенно нуждаются в уходе, сбалансированном социальном обслуживании, психологической и медицинской помощи с учетом их особенностей, семейной ситуации и врачебных рекомендаций.

При оказании медико-социальной и психологической помощи пожилым людям принято выделять «здоровое старение», под которым понимается предотвращение и отслеживание хронических заболеваний, сосредоточенное на возрастной группе людей старше 50 лет, и наличие специфических потребностей у людей с функциональными ограничениями, типичными для конца жизни, что предполагает долговременный уход.



Долговременный уход, включая комплекс мероприятий по уходу, сопровождению, реабилитации, социализации, психологической поддержке и другие виды помощи, позволяет компенсировать ограничения и сохранить качество жизни пожилого человека как в условиях стационара, полустационара, так и на дому. При этом приоритетной формой обслуживания является предоставление ухода на дому.

Одними из наиболее важных составляющих оказания помощи лицам пожилого и старшего возраста являются выявление реальной потребности в уходе и создание реестра нуждающихся в помощи и маршрутизация нуждающихся, стандартизация ухода, что предполагает соблюдение гендерного равенства.

Одно из перспективных направлений психолого-социальной работы является гендерная психотерапия (консультирование), которая является практическим разделом гендерной психологии. И с этой точки зрения ее основной целью является обучение мужчин и женщин продуктивным стратегиям и тактикам поведения в преодолении традиционных гендерных стереотипов и конструктивном разрешении возникающих на их основе гендерно-ролевых конфликтов и проблем.

Основные задачи гендерной психологии могут быть определены следующим образом: анализ социокультурных факторов и условий, порождающих психологические различия между полами; изучение не столько различий, сколько сходства в психологических характеристиках и особенностях поведения мужчин и женщин; исследование личностных предпосылок успешной самореализации мужчин и женщин в неполоспецифичных сферах деятельности (например, женщин в профессиональной сфере, а мужчин — в семейной); изучение и партнерских и патриархатных моделей отношений мужчин и женщин.

С этой точки зрения, в самом общем виде задачи гендерной психотерапии заключаются в следующем: реконструкция, переосмысление Я-образов и жизненных сценариев, навязанных системой поло-ролевых представлений; предоставление возможности мужчинам и женщинам по-новому оценить свои возможности и притязания, определить перспективы жизнестроительства, активизировать личностные ресурсы для выбора субъективных стратегий самореализации и оптимизации отношений.

# КРИЗИС ПОЗДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ (ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА)

Период поздней взрослости часто называют геронтогенезом, или периодом старения. Большинство исследователей считает, что это время в жизни человека начинается в 60 лет. Некоторые авторы полагают, что у женщин период поздней взрослости начинается в 55, а у мужчин — в 60 лет. Люди, достигшие данного возраста, подразделяются на три подгруппы: люди пожилого возраста, старческого возраста и долгожители (Реан А. А., 2003).

Существуют и другие возрастные классификации. Например, Бернсайд с соавторами (1979) разбили этот возраст на четыре подпериода: 60–69 лет — предстарческий; 70–79 — старческий; 80–89 — позднестарческий; 90 лет и старше — дряхлость. В настоящем справочнике за время начала поздней взрослости (пожилого возраста) принимается 60 лет (Малкина-Пых И. Г., 2022).

Главной особенностью поздней взрослости является старение — генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными физиологическими и психологическими изменениями.

## 1.1. ВОЗРАСТНЫЕ ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ

В обществе существует стереотипное восприятие старости, с одной стороны, как периода отдыха, с другой — угасания и, может быть, даже полусуществования. Поэтому само словосочетание «развитие в старости» может показаться странным. Однако поздняя взрослость играет специфическую роль в системе жизненного цикла человека, поскольку только в этот период можно понять и объяснить жизнь данного человека как целое, ее смысл и ценность для предшествующих и последующих поколений (Ермолаева М. В., 2002).

С точки зрения теории Э. Эриксона, конечной стадией жизненного цикла является психосоциальный конфликт «целостность против отчаяния» (Эриксон Э., 1996). Основная потребность в этом периоде — убедиться в ценности прожитой жизни. Человек должен оглянуться

назад и пересмотреть свои достижения и неудачи. Соответственно фокус внимания должен сдвинуться от будущего к прошлому. Это становится возможным только тогда, когда успешно завершались предыдущие стадии. Поздняя зрелость характеризуется достижением новой, завершенной формы эго-идентичности и цельности. Достижение человеком цельности основывается на подведении им итогов своей прошлой жизни и осознании ее как единого целого, в котором уже ничего нельзя изменить. Если человек не может свести свои прошлые поступки в единое целое, он завершает свою жизнь в страхе перед смертью и в отчаянии от невозможности начать жизнь заново.

Теория Эриксона позднее была расширена Р.Пеком (Peck P.C., 1968). По его мнению, для достижения «успешной старости» человек должен решить три основные задачи, охватывающие три измерения его личности.

Во-первых, это дифференциация, то есть трансценденция против поглощенности ролями. В ходе профессиональной деятельности человек поглощен ролью, диктуемой профессией. С выходом на пенсию он должен определить для себя целый набор значимых видов деятельности так, чтобы его время было целиком заполнено. Если человек определяет себя только в рамках своей работы или семьи, то отсутствие работы и уход из дома взрослых детей вызовут такой прилив отрицательных эмоций, с которыми индивидуум может не справиться.

Во-вторых, это трансценденция тела против поглощенности телом — измерение, имеющее отношение к способности индивидуума избегать чрезмерного сосредоточения на все усиливающихся недомоганиях, болях и физических недугах, которыми сопровождается старение. По мнению Пека, пожилые люди должны учиться справляться с ухудшением самочувствия, отвлекаться от болезненных ощущений и наслаждаться жизнью, прежде всего через человеческие отношения. Это позволит им «шагнуть» за пределы поглощенности своим телом.

В-третьих, это трансценденция Эго против поглощенности. Эго — измерение, имеющее особое значение в старости. Пожилые люди должны понимать, что, хотя смерть неизбежна и, возможно, не так уж далека, им будет легче, если они будут сознавать, что они внесли вклад в будущее через воспитание детей, через свои дела и идеи. Люди не должны предаваться мыслям о смерти (или, как это формулирует

Пек, не должны погружаться в «ночь Эго»). Согласно теории Эриксона, люди, которые встречают старость без страха и отчаяния, переступают через близкую перспективу собственной смерти благодаря участию в молодом поколении — наследии, которое их переживет.

Подобно стадиям Эриксона, ни одно из измерений Пека не ограничивается средним возрастом или старостью. Решения, принятые в начале жизни, выступают в качестве строительных блоков, из которых складываются все решения взрослого человека, а люди среднего возраста уже начинают разрешать проблемы грядущей старости (Крайг Г., 2000).

Вопрос о ведущей деятельности в период поздней зрелости остается открытым для обсуждения и изучения. А.Г.Лидерс (1998) считает, что ведущей деятельностью человека в период поздней зрелости является особая «внутренняя работа», направленная на принятие своего жизненного пути. Пожилой человек осмысливает не только текущую, но и всю прожитую жизнь. Плодотворная, здоровая старость связана с принятием своего жизненного пути. Для пожилого человека практически исчерпаны возможности серьезных изменений в его жизненном пути, но он может бесконечно много работать со своим жизненным путем внутренне, в идеальном плане.

Н.С.Пряжников (1999) рассмотрел проблему социальной ситуации развития и ведущей деятельности в поздней зрелости, сделав акцент не столько на хронологическом развитии, сколько на социально-психологической специфике каждого из выделенных периодов.

**Пожилой, предпенсионный возраст** (примерно с 55 лет до выхода на пенсию) — это прежде всего ожидание или, в лучшем случае, подготовка к пенсии.

Социальная ситуация развития: ожидание пенсии (для кого-то пенсия означает возможность поскорее начать отдыхать, для другого — прекращение активной жизни и неясность, что делать со своим опытом и еще немалой оставшейся энергией.); стремление воспитать, подготовить себе достойную замену на работе; производственный характер основных контактов, при этом в одних случаях коллеги могут ожидать, чтобы данный человек поскорее ушел с работы, а сам человек это чувствует; в других — человека не хотят отпускать, и он сам втайне надеется, что пенсия для него наступит позже, чем для многих его сверстников; отношения с родственниками, с одной стороны, человек еще может в немалой степени обеспечивать

свою семью, включая и внуков (и в этом смысле он «полезен» и «интересен»); с другой стороны, он предчувствует свою скорую «ненужность», когда он перестанет много зарабатывать и будет получать свою «жалкую пенсию».

**Ведущая деятельность:** стремление успеть сделать то, что еще не успел (особенно в профессиональном плане), оставить о себе добрую память на работе; стремление передать свой опыт ученикам и последователям; при появлении внуков люди предпенсионного возраста как бы «разрываются» между работой, где они хотят максимально реализовать себя, и воспитанием своих внуков, которые для них не менее важны как продолжение их рода; к концу предпенсионного периода (особенно если высока вероятность ухода с работы) наблюдается стремление выбрать себе занятие на пенсии, как-то спланировать свою дальнейшую жизнь.

**Период выхода на пенсию** (первые годы после выхода на пенсию) — это прежде всего освоение новой социальной роли, нового статуса.

**Социальная ситуация развития:** старые контакты с коллегами в первое время еще сохраняются, но в дальнейшем становятся все менее выраженными; в основном поддерживаются контакты с близкими людьми и родственниками, соответственно, с их стороны требуется особая тактичность и внимание к еще «неопытным» пенсионерам, постепенно появляются друзья-пенсионеры или даже другие, более молодые люди — в зависимости от того, чем будет заниматься пенсионер и с кем ему придется общаться, например, пенсионеры-общественники сразу же находят для себя новые сферы деятельности и быстро обзаводятся новыми «деловыми» контактами; обычно родные и близкие стремятся к тому, чтобы пенсионер, «у которого и так много времени», больше занимался воспитанием внуков, поэтому общение с детьми и внуками также является важнейшей характеристикой социальной ситуации пенсионеров.

**Ведущая деятельность:** прежде всего это поиск себя в новом качестве, проба своих сил в самых разных видах деятельности (в воспитании внуков, в домашнем хозяйстве, в хобби, в новых отношениях, в общественной деятельности и т.п.), у пенсионера много времени, и он может позволить себе потратить его на поиск самоопределения методом проб и ошибок (правда, это происходит на фоне ощущения, что «жизнь с каждым днем все уменьшается и уменьшается»); для мно-

гих пенсионеров первое время на пенсии — это продолжение работы по своей основной профессии (особенно когда такой работник получает пенсию и основную зарплату вместе); в этом случае у работающего пенсионера значительно повышается чувство собственной значимости; усиливающееся стремление поучать или даже стыдить молодых людей; для части пенсионеров это может быть стремление спокойно осмыслить всю прожитую жизнь, поделиться своим опытом и переживаниями. Некоторые люди в этот период начинают писать мемуары.

**Период собственно старости** (через несколько лет после выхода на пенсию и до момента серьезного ухудшения здоровья), когда человек уже освоил новый для себя социальный статус.

Социальная ситуация: общение в основном с такими же стариками; общение с членами своей семьи, которые либо эксплуатируют свободное время старика, либо просто «опекают» его; некоторые пенсионеры находят для себя новые контакты в общественной деятельности (или даже в продолжающейся профессиональной деятельности); для части пенсионеров меняется значение отношений с другими людьми, некоторые авторы отмечают, что многие ранее близкие для старика связи постепенно теряют свою прежнюю интимность и становятся более обобщенными.

Ведущая деятельность: досуговое увлечение (нередко пенсионеры меняют одно увлечение за другим, что несколько опровергает представление об их «ригидности»: они по-прежнему продолжают искать себя, искать смыслы в разных видах деятельности, главная проблема такого поиска — «несоразмерность» всех этих увлечений по сравнению с предыдущей («настоящей») работой); стремление всяческими путями подтвердить свое чувство собственного достоинства согласно принципу: «Пока я делаю хоть что-то полезное для окружающих, я существую и требую к себе уважения»; для части пожилых людей в этот период (даже когда здоровье еще достаточно хорошее и нет никаких причин «прощаться с жизнью») ведущей деятельностью может стать подготовка к смерти, что выражается в общении к религии, в частом хождении на кладбище, в разговорах с близкими о завещании.

**Долгожительство в условиях резкого ухудшения состояния здоровья** существенно отличается от старости без особых проблем со здоровьем. Поэтому есть смысл выделить особенности именно такого варианта старости.

Социальная ситуация: в основном — общение с родными и близкими, а также с врачами и соседями по палате (на стационарном лечении или в доме престарелых).

Ведущая деятельность: лечение, стремление хоть как-то бороться с болезнями; стремление осмыслить, часто — приукрасить свою жизнь. Человек как бы цепляется за все лучшее, что было (и чего не было) в его жизни. В этом состоянии человек хочет оставить после себя что-то хорошее, значимое, достойное и этим доказать себе и окружающим: «Я жил не зря» или покаяться в чем-то недостойном.

**Долгожительство при относительно хорошем здоровье** (в 75–80 лет и старше). Социальная ситуация: общение с близкими и родными людьми, которые начинают даже гордиться, что в их семье живет настоящий долгожитель (в какой-то мере эта гордость эгоистична: родные считают, что в их роду хорошая наследственность и что они также долго проживут, в этом смысле долгожитель — символ будущей долгой жизни для других членов семьи); у здорового долгожителя могут появиться новые друзья и знакомые (поскольку долгожитель — явление редкое, то пообщаться с таким старцем стремятся самые разные люди, включая представителей средств массовой информации, поэтому круг знакомых у долгожителя может даже несколько расшириться).

Ведущая деятельность: достаточно активная жизнь (иногда даже с излишествами, характерными для здорового зрелого человека). Формы проявления активности зависят от индивидуальных особенностей данного человека. Вероятно, для сохранения здоровья важны не только предписания врача, но и само чувство здоровья (или «чувство жизни»).

С одной стороны, в поздней взрослости очень важно осознать необходимость работы по завершению того, что может быть завершено, а с другой — ощутить границы возможного и принять несовершенство как самого себя, так и окружающего мира. Из этого положения вытекает важнейшая задача старости — выполнение тех жизненных заданий (семейных или социальных функций), которые не выполнялись или недостаточно хорошо выполнялись в течение предыдущей жизни (Слободчиков В. И., Исаев Е. И., 2000).

Самой трудной задачей этого периода можно назвать осуществление внутренней работы в системе жизнь-смерть. Старение выступает связующим механизмом жизни и смерти (Малкина-Пых И. Г., 2004).

Пожилой человек ощущает присутствие близкой смерти, и переживание этого присутствия носит глубоко личный характер, вносит свой вклад в ощущение одиночества стариков. Действительно, часто одиночество в старости вызвано не объективным отсутствием близких людей, а невозможностью разделить с ними присутствие в своем сознании скорого ухода из жизни. У многих обостряется страх смерти, что проявляется либо в категорическом избегании пожилыми людьми темы смерти, либо в постоянном обращении к ней в форме «скорей бы умереть, уже надоело жить» и т.п. Можно предположить, что именно старость должна нарушить имеющийся у человека стереотип отрицания смерти, то есть стремление жить так, как будто будешь жить вечно. Как отмечала Дж. Рейнуотер (1992), когда человек принимает неизбежность собственной смерти, то и страх смерти отпадает сам собой. Она, правда, добавляла, что осознать этот факт необходимо человеку любого возраста, поскольку наше отношение к смерти определяет наше отношение к жизни (Малкина-Пых И. Г., 2004).

Таким образом, период поздней взрослости является итогом всего жизненного пути человека. В этот период усиливается действие онтогенетических законов гетерохронности, неравномерности, стадийности, что приводит к нарастанию противоречий в развитии различных подструктур в психике человека. Наряду с инволюционными процессами на всех уровнях организации человека происходят изменения и новообразования прогрессивного характера, которые позволяют предупреждать или преодолевать деструктивные проявления пожилого и старческого возраста. Активному долголетию способствует много факторов. Из психологических ведущими можно считать развитие пожилого человека как социально активной личности, как субъекта творческой деятельности и яркой индивидуальности (Гамезо М. В. и другие, 1999).

## **1.2. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ**

Для периода поздней взрослости характерны специфические изменения в эмоциональной сфере человека: неконтролируемое усиление аффективных реакций, склонность к беспричинной грусти, слезливости. У большинства пожилых людей появляется тенденция к эксцентричности, уменьшению чуткости, погружению в себя и сни-



жению способности справляться со сложными ситуациями. Пожилые мужчины становятся более пассивными и позволяют себе проявлять черты характера, более свойственные женщинам, в то время как пожилые женщины становятся более агрессивными, практичными и властными.

Ослабление эмоциональной сферы лишает новые впечатления красочности и яркости, отсюда — привязанность пожилых людей к прошлому, власть воспоминаний. Следует отметить, что пожилые люди испытывают меньшую тревогу при мысли о смерти, чем относительно молодые: они думают о смерти часто, но с поразительным спокойствием, боясь только, что процесс умирания будет длительным и болезненным.

Одним из наиболее распространенных переживаний является старческая озабоченность. Хроническая озабоченность играет роль своеобразной готовности к фрустрации, поэтому помогает избежать сильных эмоциональных всплесков в действительно критических ситуациях (Ермолаева М. В., 2002).

Кроме того, переживание озабоченности придает остроту субъективной картине настоящего, помогает избежать скуки, является одним из способов структурирования времени. В связи с этим легко объяснить такое явление, как слишком сильные, казалось бы, неадекватные переживания пожилых людей: довольно слабые раздражители вызывают у них острые эмоциональные реакции. Это необходимо для преодоления социального или эмоционального голода в ситуации сенсорной изоляции.

В качестве защитного механизма можно рассматривать также эмоциональное отстранение, внешне проявляемое как безразличие. О таком человеке родные говорят: он слышит и видит только то, что хочет. Но эмоциональное отстранение помогает избежать глубоких страданий, которыми особенно насыщена старость, в том числе таких, как смерть близких людей.

Помимо активного использования тех или иных защитных механизмов, типичным для поздней взрослости является возрастано-ситуационная депрессия — равномерное и стойкое понижение настроения. Субъективно оно переживается как чувство пустоты, ненужности, неинтересности всего происходящего, остро негативного восприятия собственного будущего. Человек все чаще пребывает в подавленном, грустном настроении без наличия для этого

объективных оснований. Возрастают обидчивость и тревожная мнительность, а отрицательные эмоциональные реакции на те или иные неприятности становятся довольно затяжными (Хухлаева О. В., 2002).

При этом самому пожилому человеку это состояние кажется нормальным, поэтому всякая помощь отвергается. Содержанием возраст-но-ситуационной депрессии является непринятие собственного старения, а основным травмирующим фактором — собственный возраст.

Н. Ф. Шахматов (1996) выделяет три основных варианта проявления возрастной депрессии:

**Ипохондрическая фиксация** на болезненных ощущениях. Человек постоянно прислушивается к болезненным симптомам, живо обсуждает их с окружающими. Возможно сверхценное отношение к медицинским препаратам и способам лечения. При этом выбранному способу оздоровления может отводиться основное содержание психической жизни. В какой-то степени это тоже является защитным механизмом, поскольку позволяет человеку, рассматривая болезнь, не видеть собственную старость. Действительно, описывая свое состояние, люди стремятся всячески подчеркнуть несхожесть своих симптомов со старческими проявлениями: ведь болезнь может иметь обратное течение, то есть подразумевает выздоровление. Соответственно воспринимая признаки старости как симптомы болезни, человек отрицает собственное старение.

**Идеи о притеснении.** Отношение окружающих представляется несправедливым. Человеку кажется, что все вокруг его притесняют — морально и физически. Основное чувство — это обида, а мысль — «от меня все хотят избавиться». Как правило, доказать рациональным путем отсутствие притеснений невозможно из-за сниженной критичности.

**Тенденция к вымыслам,** свидетельствующим о своей особой значимости. Здесь пожилой человек стремится рассказывать действительные эпизоды из своей жизни с преувеличением своего в них участия или целиком выдумывает их.

Если старческое беспокойство, эмоциональное отстранение и в какой-то степени депрессия выполняют своеобразные защитные функции, то чувство ненужности способствует как психологическому, так и биологическому увяданию. Ему часто сопутствует чувство незащищенности. К сожалению, эти чувства типичны для пожилых людей, но часто они не соответствуют реальной жизненной ситуации

человека. Он может иметь вполне заботливых родственников, жить вместе с ними, приносить им ту или иную реальную пользу, но все равно остро испытывать чувство ненужности.

Возможны два источника этого чувства. Первый — когда человек перестает быть нужным самому себе и проецирует это ощущение на окружающих. Второй — это слабость человека. Ему необходимо постоянное подтверждение своей нужности, чтобы ощущать свое существование: «Я нужен — значит, я существую». С выходом на пенсию уменьшается количество способов быть нужным из-за снижения материального достатка, физических сил, и это может восприниматься как угроза целостности «Я» человека. Как можно заметить, оба источника взаимосвязаны.

По некоторым данным (Петровская Л.И., 1996), уровень страхов в поздней взрослости повышается потому, что, с одной стороны, они накапливаются в течение жизни, с другой — угрозу представляет приближение конца. Понятно, что основным является страх смерти, который может принимать различные формы: страха одиночества, болезни, будущего и даже ирреальных страхов (например, перед преследователями).

Страх смерти может проецироваться на окружение, которое в этом случае видится в негативном контексте. При этом вербальные указания на желание смерти типа «зажилась уже» свидетельствуют не об отсутствии страха, а как раз об обратном.

Проблема страха смерти достаточно трудна для обсуждения. Индивидуальные различия в отношении к смерти у пожилых людей обусловлены их жизненными ценностями, адаптированностью к жизни, состоянием здоровья. Смерти боятся люди, не принявшие старость как неизбежный этап жизни, не адаптированные к ней. Люди, мучимые тяжкими недугами, боятся умирания как периода усиления страданий и беспомощности. Некоторых пожилых людей, физически здоровых, имеющих планы на будущее и чувствующих себя хозяевами собственной жизни, смерть все же беспокоит. Однако большинство данных свидетельствует о том, что люди, психологически хорошо адаптированные и достигшие целостности личности (в понимании Э.Эриксона), сообщают о низком уровне страха перед смертью (Крайг Г., 2003).

В поздней взрослости, как и в других возрастах, люди отличаются по степени выраженности страхов, их истокам и способам преодоления.

Некоторые исследователи полагают, что многие формы поведения, традиционно приписываемые пожилым людям — резкие реакции, склонность к размышлениям, замкнутость, критика окружения — можно трактовать как способы борьбы со страхами и беспокойством.

Следующая важная проблема, которая тесно взаимосвязана с эмоциональным состоянием человека, — проблема психосоматических заболеваний. Современная психосоматика основывается на экспериментальных доказательствах того, что эмоции могут решающим образом влиять на функции органов. Напряжения, возникающие между человеком и окружающим миром, являются патогенными факторами и вызывают те или иные заболевания (Хухлаева О.В., 2002).

Помимо психосоматических проявлений, реакцией на принятие собственной старости может стать суицид. Несмотря на то, что люди старше 65-и лет составляют только 11 % всего населения, на эту возрастную группу приходится 25 % всех самоубийств. По его мнению, истинная частота суицидов в этом возрасте значительно выше. «Пожилые люди маскируют свои суицидальные намерения тем, что могут буквально заморить себя голодом, передозировать, перепутать или не принять вовремя лекарство» (Бадхен А.А., Каган В.Е., 1997). Ситуация осложняется и тем, что многие из черт, свидетельствующих о суицидальности, сходны с признаками депрессии, и тем, что для поздней зрелости свойственно понижение общего фона настроения и преобладание негативных эмоциональных состояний: тревоги, печали, страха, гнева, обиды. Теряется возможность получения удовольствия от того, что раньше приносило счастье. Человеком овладевают безнадежность, вина, самоосуждение и раздражительность. Люди ощущают свою нежеланность, бесполезность и приходят к заключению, что жизнь не имеет смысла. Поэтому особенно важной является проблема распознавания состояния депрессии у пожилых людей и оказания им своевременной поддержки.

Старость — это возраст потерь. По сравнению с молодыми людьми в поздней зрелости чаще приходится переживать тяжелые утраты и потери и становится меньше возможностей компенсировать их. Первой потерей может стать смерть одного из супругов, близких членов семьи или друзей. Для пожилых людей становится очевидным, что жизнь не беспредельна, ограничена, времени остается мало. Пожилые люди вынуждены мириться с тем, что в их годы постоянно приходится иметь дело со смертью близких для них людей.

Глубокое, всестороннее исследование переживания горя пожилыми людьми позволило сделать вывод о том, что, несмотря на увеличение числа потерь и источников горя, в поздней взрослости люди переживают горе не так тяжело, как молодые или люди среднего возраста (Калиш Р., 1997).

В связи с этим возникает проблема, осуществляется ли в этом случае в полной мере очищающая «работа горя». Для описания процесса скорби часто используется модель Кюблер-Росс (Кочюнас Р., 1999) — чередование стадий отрицания, озлобленности, компромисса, депрессии, адаптации. Считается, что нормальная реакция скорби продолжается до года. Сразу после смерти близкого человека возникает острая душевная боль. В процессе скорби наступает озлобленность. После первой реакции на смерть близкого человека — шока, отрицания, злости — происходит осознание утраты и смирение с ней. Типичное проявление скорби — тоска по умершему.

Разумеется, паттерны переживания горя существенно различаются в зависимости от личности человека, его возраста, пола, культурных традиций и отношений с покойным. Переживания горя от потери супруга (супруги) старым человеком не всегда проявляются в острой внешней реакции, но погружаются в более глубокие слои души, где «работа скорби» обогащается обретением новых смыслов жизни — сохранения в памяти близкого человека для себя, сохранения памяти о нем для других и бессознательного обеспечения бессмертия покойного через его продолжение в других людях (Ермолева М. В., 2002).

Нельзя обойти вниманием переживание горя пожилым человеком, потерявшим своего ребенка. Здесь эмоциональный удар обычно очень велик. Потеря мечты, надежд, каких-то ожиданий для пожилого человека несравнимы с потерей детей. Это как бы означает для него лишение права жить дальше. Хотя логическому объяснению такое мнение не поддается, оно всегда присутствует в сознании. Старики, потерявшие детей, под тяжестью безысходности и утраты чувствуют себя обманутыми временем.

В ряде случаев пожилые люди, проживающие отдельно от своих детей, ощущают эту потерю не так остро, особенно если им удастся переключить внимание на других детей или внуков.

Одиночество в любом возрасте может стать причиной многообразных эмоциональных, поведенческих и социальных проблем.

Широко распространено мнение, что одиночество более выражено в старости. Однако многие исследования отвергают это общее мнение и обнаруживают, что в юности переживания одиночества острее. Изучив большое количество исследований по проблеме одиночества, Д.Перлман и Л.Пепло (Пепло Л. и другие, 1989) отметили, что во всех них присутствовали три идеи.

*Первая:* по определению одиночество является результатом дефицитарности человеческих отношений. *Вторая:* одиночество является внутренним и субъективным психологическим переживанием и не может быть идентифицировано с фактической изоляцией. *Третья:* большинство теорий (за исключением экзистенциальной) определяют одиночество как неприятное переживание, состояние дистресса, от которого (по крайней мере поначалу) стремятся избавиться. Психодинамический и феноменологический подходы считают, что переживания одиночества патологичны. Напротив, интерактивный и когнитивный подходы считают это состояние нормальным.

Таким образом, одиночество — это неоднозначное понятие для поздней зрелости. Оно не связано с жизнью в затворничестве. По результатам американских исследователей (Santrock J.W., 1995), пожилые люди, способные обходиться без посторонней помощи в обиходе, лучше, чем молодые, приспособлены жизни в одиночестве. Переживание одиночества связано с когнитивной оценкой качества и удовлетворенностью людьми своими социальными связями.

Пожилые люди, нашедшие для себя адекватный, интересующий их вид деятельности, оцененный ими как социально значимый, реже испытывают одиночество, поскольку через свое дело они общаются с семьей, группой людей и даже со всем человечеством (если речь идет о продолжении трудовой деятельности или написании мемуаров).

Неоднородность и сложность чувства одиночества в поздней зрелости находят выражение в его двойственном характере. С одной стороны, это тягостное ощущение увеличивающегося разрыва с окружающими, боязнь последствий одинокого образа жизни, с другой — это четкая тенденция отгородиться от окружающих, защитить свой мир и стабильность от вторжения посторонних. В этой тенденции можно видеть единственно возможный способ обеспечить себе независимость и душевный комфорт. Зачастую эти противоположные тенденции — тягостное переживание одиночества и стремление

к изоляции — сочетаются, определяя сложные и противоречивые чувства пожилого человека. В геронтологической литературе многие авторы обращаются к одному известному примеру, когда старая женщина, огородив свое жилище высоким забором и заведя злую собаку, горько жаловалась на свое одиночество (Шахматов Н. Ф., 1996).

### **1.3. ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ САМОСОЗНАНИЯ**

В поздней взрослости может происходить нарушение идентификации человека со своим именем из-за частичной замены его на «бабушку» или «дедушку». Поскольку еще в зрелости имя становится носителем статуса и социальной роли, через употребление обобщенного наименования «бабушка» («дедушка») человек принимает социальный статус старого человека в его стереотипном выражении. С одной стороны, это означает снижение социального статуса, с другой — является своеобразным маркером возраста (Хухлаева О. В., 2002). Поэтому особую значимость для пожилого человека приобретают социальные группы, в которых его называют по имени или имени и отчеству. Тогда и сам он получает опыт восприятия самого себя как самоценной личности.

Притязание на признание сохраняет свою значимость и в поздней взрослости. Однако в это время уменьшается число внешних источников получения признания. Часто делается невозможным получение профессионального успеха, изменяются внешний вид и сексуальная привлекательность. Сужается социальная группа, в которой может реализоваться притязание на признание. В качестве защиты от стойкой депривации притязания на признание может появиться его ретроспективный характер, основанный только на профессиональных или сексуальных успехах молодости, былой красоты и т.п. Иногда это проявляется в так называемой идентификации со своим поколением, то есть приписывании ему преувеличенно высоких характеристик. Как правило, присутствие только ретроспективного притязания на признание свидетельствует о непринятии пожилым человеком своего настоящего. Как мы уже говорили, такое непринятие выполняет некоторые защитные функции.

Вопрос потребности в самопризнании пожилых людей связан с проблемой выбора стратегии старения. У пожилых людей

с конструктивной стратегией старения потребность в самопризнании приобретает особое значение и имеет позитивный характер, поскольку служит стимулом к развитию. Внешняя оценка при этом может становиться менее значимой, чем собственная оценка себя, прекращается борьба за общественное признание, что нередко дает возможность значительного творческого роста.

Отношение к прошлому и будущему в старости во многом зависит от отношения к настоящему. Жизненный баланс человека — оценка прожитой им жизни — больше зависит не от реальных успехов и неудач в прошлом, а от восприятия актуальной жизненной ситуации (Петровская Л.И., 1996). Если актуальная жизненная ситуация воспринимается позитивно, то позитивной будет и оценка прожитой жизни. Соответственно и будущее видится ярким и радостным только у тех пожилых людей, которые испытывают удовлетворение от настоящей жизни.

Некоторые исследователи полагают, что к использованию активных способов приспособления более склонны люди, у которых в течение их прошлой жизни сформировались хорошие адаптивные способности. Существует взаимосвязь между личностными характеристиками и успешностью адаптации к возрастным переменам. Если критерием успеха считать хорошее здоровье, большую продолжительность жизни и удовлетворенность этой жизнью, то «психологический портрет» успешно адаптированного пожилого человека будет таким (Хухлаева О.В., 2002): врожденный высокий интеллект, хорошая память; любовь к окружающим и стремление помогать, заботиться, приносить пользу; любовь к жизни во всех ее проявлениях, умение видеть красоту и чувствовать радость жизни; оптимизм и хорошее чувство юмора; продолжающаяся способность творить; способность вносить новое в свое окружение; свобода от тревоги, озабоченности.

Объединив все явления, к которым необходимо адаптироваться в поздней взрослости, их можно назвать одним словом — утрата (Кискер К.П. и другие, 1999). У женщин она начинается с климактерических переживаний как некой потери сексуальной идентичности. За этим следует потеря сексуальной привлекательности. У мужчин особо острые переживания проявляются в связи с потерей работы. Наряду с этим наступают потери, связанные с ухудшением физического состояния, со смертью близких людей и т.д. Таким образом,



сущность адаптации к поздней взрослости должна заключаться в принятии потерь, в согласии на потери, если их невозможно избежать.

В настоящее время распространено мнение о десексуализации пожилых людей, о том, что во многом они перестают следовать половым ролям. Однако собственно сексуальность в поздней взрослости сохраняет свое значение. Половая жизнь в поздней взрослости не является чем-то исключительным. Более того, наблюдается корреляция между удовлетворенностью половой жизнью и удовлетворенностью жизнью как таковой, что присуще и для периода молодости. Удовлетворенность половой жизнью влечет за собой не только положительное мироощущение, она напрямую связана и с физическим здоровьем. А неизжитая сексуальность, наоборот, проявляется в большей частоте заболеваний.

Я-концепция периода поздней взрослости и старости представляет собой сложное образование, в котором «записана» информация о множестве Я-образов, возникающих у человека в самых различных вариантах его самовосприятия и самопредставления. Это избирательная память личности, отражающая события таким образом, чтобы не нарушить основные личностные позиции (Реан А. А., 2003).

Социальные стереотипы воздействуют на субъективные отношения человека не только к социуму, но и к себе. Особенно они влияют на самовосприятие пожилых людей, так как оценочный критерий в их Я-концепции сформировался в других социальных условиях. Однако большинство пожилых людей в силу возрастных особенностей их психики сложно принимают новую форму во многом неприемлемого для них нового социального положения, что отражается на системе их взаимоотношений с окружающими и приводит к существенному изменению Я-концепции.

Многие характерные черты поздней взрослости обусловлены распространенными в обществе негативными стереотипами восприятия стариков как людей бесполезных, интеллектуально деградирующих, беспомощных. Интериоризация этих стереотипов снижает самооценку, т.к. пожилые люди боятся своим поведением опровергнуть существующие шаблоны (Реан А. А., 2003).

Разумеется, среди пожилых много людей, сохранивших активность (в том числе и социальную) благодаря жизнестойкости и силе духа. По-видимому, это связано с общим позитивным зна-

ком их Я-концепции, с ее направленностью на созидательное самоутверждение.

Физиологические процессы, происходящие в поздней взрослости, могут лишь отчасти влиять на Я-концепцию личности, особенно тогда, когда по каким-либо личностным причинам происходит фиксация внимания человека на такого рода проявлениях его тела. В какой-то мере это может быть связано с тем личностным образованием, которое в современной медико-психологической лексике обозначается как «внутренняя картина болезни», а по сути является психосоматическим аспектом Я-концепции.

Я-концепцией в поздней взрослости движет стремление человека интегрировать свое прошлое, настоящее и будущее, понять связи между событиями собственной жизни. К условиям, способствующим личности эффективно интегрировать свою жизнь, относятся: успешное разрешение индивидом нормативных кризисов и конфликтов, выработка им адаптивных личностных свойств, умение извлекать полезные уроки из прошлых неудач, способность аккумулировать энергетический потенциал всех пройденных стадий.

В поздней взрослости человек заостряет внимание не только на присущих ему установках и субъективных отношениях к миру, но и на проявлении ранее скрываемых личностных свойств и позиций. Безусловное принятие себя и конгруэнтность себе позволяют исключить из личностного набора множество уже исчерпавших себя и утилизированных индивидуальных защит (что является основным принципом обеспечения духовного благополучия в любом возрасте).

Важное условие плодотворной жизни в поздней взрослости — это позитивная антиципация будущего (позитивный Я-образ старости может быть смоделирован в молодости). Предпосылкой этого является успешное решение нормативных кризисов, жизненных задач и конфликтов на предыдущих жизненных этапах.

Продолжению поступательного развития в поздней взрослости способствует также спонтанно проявляющаяся у пожилых людей продуктивная установка оценивать свою жизнь (как и все происходящее в мире) по критерию успехов, достижений, счастливых моментов. С этих оптимистических позиций поражения и ошибки интерпретируются как тягостные, но необходимые уроки жизни, которые в конце концов ведут к победам. При этом самооценка остается позитивной.

## 1.4. ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ

Общение в поздней взрослости по сравнению с другими возрастными периодами приобретает особую значимость. Многие исследователи считают, что наличие у человека выраженного социального интереса и включенность его в широкие социальные связи коррелируют не только с замедленными темпами старения, но и с физическим здоровьем (Хухлаева О.В., 2002).

Существует точка зрения, что к старости человек частично теряет способность к глубоким контактам и круг его общения обязательно сужается. Общение пожилых людей, с одной стороны, является продолжением основных тенденций общения молодости, с другой — определяется успешностью адаптации к старости, то есть удовлетворенностью настоящим. Если в течение жизни человек выработал зрелые контакты с окружающими, то и в старости он будет сохранять возможность удовлетворения потребности в эмоциональных контактах. Те, кто не умел достигать близости в общении в молодости или входил с окружающими в частые конфликты, вероятнее всего, будут страдать от недостатка общения и в поздней взрослости.

В общении проявляет себя выраженная потребность сознавать свою значимость. Она может быть удовлетворена ощущениями того, что ты нужен семье, детям, внукам, возможностью служения другим людям своим профессиональным и жизненным опытом, а также сохранившимися способностями. Эта потребность в своем самом благородном варианте приобретает характер творческой потребности, потребности в самореализации (Ермолаева М.В., 2002).

Супружеские отношения в поздней взрослости сложны и неоднозначны. В этот период брак начинает в большей степени, чем раньше, определять круг общения, направленность деятельности, служить источником утешения, поддержки и душевной близости. Супруги чаще оказывают помощь друг другу. При этом в выигрыше находятся оба партнера, потому что оба приобретают любовь, поддержку, статус, получают деньги и информацию. С другой стороны, усиление амбициозности, «заострение» личностных черт, ухудшение характера в целом, снижение социального контроля усложняет общение пожилых супругов. Их одинокая жизнь вдвоем, обедненная впечатлениями, лишенная совместных целей и забот, часто бывает омраче-

на взаимными обидами, претензиями друг к другу, разочарованием во взаимном отсутствии внимания и заботы.

В поздней взрослости многие люди сообщают о возросшей эмоциональной связи с братьями и сестрами. В тяжелые минуты они часто поселяются вместе, утешают и поддерживают друг друга, ухаживают друг за другом во время болезни. В общении они оживляют общие воспоминания о детстве и юности — это дарит им радость, утешает в периоды потерь. Однако часто эти отношения эмоционально нестабильны, и для них характерны те же проблемы, что и для общения пожилых супругов (Крайг Г., 2003).

В силу обостренной чувствительности к проявлениям внимания и заботы в поздней взрослости может возрасти роль дружбы. Чувство покинутости, углубленное утратой многих социальных ролей, может быть компенсировано дружеским участием и вниманием. Повышенную болтливость стариков можно объяснить недостатком информационной нагрузки и социального общения. Последнее, однако, во многом удовлетворяется в дружбе. Дружеское общение подкреплено общностью интересов, социального положения, общей обращенностью в прошлое и сходностью уровня общения, что не всегда удается добиться в контактах с членами семьи. Дружба в старости может явиться полноценным эмоциональным отношением, возникшим либо в прошлой совместной деятельности, либо в течение длительного совместного проживания и укрепленным общим стилем совладания с тяготами старости, общностью судеб, сходным культурным уровнем (Грановская Р.М., 1997).

Многие психологические особенности поздней взрослости можно объяснить тем, что утрата активности у пожилых людей, в молодости четко следовавших родительским сценариям, является следствием того, что их родители не предусмотрели сценария для старости. Человек теперь волен сам выбирать себе сценарии, но не умеет этого делать, сохраняя установку на то, что самому выбирать опасно; поэтому прекращаются всякие формы активности, в том числе ведущие к общению (Берн Э., 1998).

В силу объективных факторов в период поздней взрослости увеличивается значимость внутрисемейных контактов. Происходит разрыхление связи между человеком и обществом из-за прекращения работы, ухода из жизни друзей и близких, ограничения физической активности. Если предыдущим жизненным рубежам соответствова-

ло постепенное расширение круга общения (детский сад, школа, вуз, работа), то теперь, наоборот, наблюдается его сужение.

Именно внутрисемейное общение становится важным источником удовлетворения потребностей в безопасности, в любви и принятии. Через семью многие удовлетворяют притязание на признание. Семья предоставляет человеку возможность проявления разнообразных чувств, помогает избежать эмоциональной монотонности, то есть ситуации сенсорной депривации.

Распространенными становятся конфликты между поколениями. В тех семьях, в которых родители всегда были только в родительской позиции, никогда не позволяли себе выйти из нее, может произойти смена ролей: дети займут родительскую опекающе-запретительную роль. «Многие пожилые люди обращаются с просьбой помочь им избежать диктата выросших детей» (Сатир В., 1992). А некоторые взрослые дети с удивлением узнают, что их родители вовсе не желают следовать их советам.

Таким образом, конфликтность в общении в поздней взрослости возрастает у тех людей, которые не были способны к зрелой интимности в предыдущие годы. У них же возможны дефицит общения, одиночество. У остальных проявляется тенденция углубления связи с окружающими, возникают чувство близости даже к незнакомым, стремление все больше оказывать помощь и поддержку.

## **1.5. ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ**

Развитие «Я» пожилого человека как члена семьи связаны с функциями бабушки и дедушки. Основные функции бабушек и дедушек можно разделить на семейные — содействие стабильности семейного рода, и социальные — накопление и передача последующему поколению силы духа, жизненных ценностей (этических, социальных). Таким образом, прародительское поколение имеет особый статус, определяющийся закономерностями социального развития общества. Однако, как уже говорилось ранее, такой статус оно получает только в полноценно функционирующих семьях. Любая семейная дисгармония в первую очередь отражается на детях и стариках; последних она лишает возможности выполнения нормативных семейных и социальных функций (Хухлаева О. В., 2002).

На психосоциальное развитие в поздней взрослости оказывает большое влияние наличие в обществе такого социального явления, как пенсия, то есть возможность прекращения трудовой деятельности при достижении определенного возраста. Для всех людей выход на пенсию — кризисный период развития. С выходом на пенсию человек ставится перед необходимостью решения нескольких важных задач. Первая — это проблема структурирования времени. О ней уже говорилось ранее. Вторая — поиск и опробование новых жизненных ролей. У тех людей, которые ранее отождествляли себя с социальными ролями, могут наблюдаться потеря «Я» или же ролевое смешение. Третья — необходимость нахождения сферы приложения собственной активности. О роли активности в поздней взрослости мы уже говорили ранее. Предпосылкой успешного решения этих задач являются наличие у человека согласия на собственную старость и использование им преимущественно активных способов приспособления.

Обычно человек старается подготовиться к выходу на пенсию. Считается, что этот процесс условно можно разделить на три части, в каждой из которых реализуются определенные мотивы поведения человека (Малкина-Пых И.Г., 2005): «сбрасывание оборотов» — этот этап характеризуется желанием человека освободиться от ряда трудовых обязанностей и стремлением сузить сферу ответственности, чтобы избежать внезапного резкого спада активности при выходе на пенсию; перспективное планирование (человек старается представить свою жизнь на пенсии, наметить некоторый план тех действий или занятий, которыми он будет заниматься в этот период); жизнь в ожидании пенсии (людьми овладевают заботы о завершении работы и оформлении пенсии, они практически уже живут теми целями и потребностями, которые будут побуждать их к действиям в оставшийся период жизни).

С выходом на пенсию положение и роль людей изменяются. Они приобретают новый социальный статус. Теперь из группы, которую условно называют поколением руководителей, они переходят в группу людей «на заслуженном отдыхе», предполагающую снижение социальной активности. Для многих подобное изменение общественной роли оказывается одним из самых значительных событий, происходящих в период поздней взрослости.

Каждый человек, ушедший на пенсию, по-разному переживает это событие. Одни воспринимают свой выход на пенсию как сигнал

конца своей полезности, безвозвратной потери главного смыслообразующего мотива всей жизни. Поэтому они изо всех сил стараются подольше остаться на своем рабочем месте и работать до тех пор, пока хватает сил. Для таких людей работа — это стремление к определенным целям: от обычного поддержания материального благополучия до сохранения и приумножения карьерных достижений, а также возможность перспективного планирования, во многом определяющего их желания и потребности (Реан А. А., 2003). Отсутствие работы приводит такого человека к осознанию, ослабления своей роли в обществе, а иногда и к ощущению ненужности и бесполезности. Иными словами, переход к жизни пенсионера служит для него сигналом «утраты власти, беспомощности и автономии» (Крайг Г., 2003). В этом случае человек сосредоточивает свои усилия на поддержании социального интереса, выражающегося в целенаправленном поиске тех видов деятельности, которые дают ему ощущение своей полезности и сопричастности к жизни общества. Это и участие в работе формальных и неформальных общественных организаций, и обычная трудовая деятельность.

Для других людей, которые воспринимали свою работу как обязанность или вынужденную необходимость, выход на пенсию означает освобождение от скучной, утомительной, рутинной работы, необходимости подчинения начальству и т. д. Теперь у них есть много свободного времени, которое можно посвятить своим увлечениям или заботе о близких, помощи детям, внукам, правнукам.

## **1.6. КРИЗИС «ВСТРЕЧИ СО СТАРОСТЬЮ»**

Специфика этого кризиса во многом определяется итогом кризиса, переживаемого, как правило, в период окончания трудовой деятельности. Наличие «кризиса выхода на пенсию» подтверждается большинством исследователей психологии периода поздней зрелости. Во время данного кризиса человек осознанно или неосознанно осуществляет выбор своей стратегии старения. Во многом истоки этого выбора лежат в более ранних возрастах, и, хотя кризис старости предоставляет человеку еще одну возможность выбора, в реальной действительности эта возможность может человеком не замечаться.

Первая стратегия предполагает возможность дальнейшего прогрессивного развития личности человека. Она осуществляется при тенденции человека как к сохранению старых, так и к формированию новых социальных связей, дающих ему возможность ощущать свою общественную пользу.

Вторая — стремление человека прежде всего сохранить себя как индивида, то есть осуществить переход к деятельности, направленной на «выживание» его как индивида на фоне постепенного угасания психофизиологических функций. Возможность развития при такой стратегии ограничена (Ермолаева М. В., 2002).

За выбором стратегий старения стоит поиск смысла и цели последующей жизни. Старость с ее уменьшением жизненной перспективы, резким изменением социальной ситуации как бы испытывает на прочность имеющуюся у человека структуру смысла жизни — иерархию различных жизненных ценностей.

Первой, конструктивной стратегией старения будет соответствовать сохранение структуры смысла жизни, хотя главный, ведущий смысл иерархии может измениться. Это происходит при гармоническом взаимодействии основных и второстепенных элементов иерархической структуры. Важно отметить, что главный компонент этой иерархии является хотя и ведущим, но лишь одним из элементов, испытывающим влияние других ее составляющих.

Вторая, деструктивная стратегия старения характеризуется так называемой распадающейся структурой смысла жизни, когда структурная иерархия во многом перестает существовать, а главный смысл распадается на ряд малых смыслов. В этом случае ситуация может субъективно восприниматься как потеря смысла жизни вообще (Чудновский В. Э., 1992).

Сущность данного кризиса в соответствии с теориями Э. Эриксона и Р. Пека рассматривались выше.

О. В. Хухлаева (2002) выделяет в этом кризисе две основные линии. Первая — это необходимость принятия конечности собственного существования. Вторая — осознание возможности выполнить те жизненные задачи, которые остались не выполненными в течение предыдущей жизни, или принятие невозможности их выполнения.

В случае успешного разрешения кризиса у пожилых людей меняется установка на собственную жизнь в период старости. Пропадает установка на старость как на период покоя и отдыха. Старость



начинает восприниматься как период серьезной внутренней работы и внутреннего движения. В этом случае вынужденное снижение внешней активности человека в старости можно рассматривать как возможность расширения и углубления сферы и глубины внутренней активности.

Если человеку не удалось успешно разрешить кризис встречи со старостью, необходимость изменения своей жизненной позиции, ценностей, установок, поведенческих стереотипов осознается с большим трудом. Растет общая ригидность, неоптимальные формы преодоления жизненных проблем нередко становятся второй натурой. Успешной адаптации к старости мешает скептицизм пожилых людей, который нередко формируется в процессе накопления жизненного опыта. Несмотря на желание поговорить, они, как правило, менее откровенны и склонны цепляться за житейскую ложь.

Успешной адаптации к старости препятствуют и объективные трудности (Хухлаева О.В., 2002):

- Необходимость поисков и опробования новых жизненных ролей. У людей, которые ранее отождествляли себя с семейными или социальными ролями, может наблюдаться потеря «Я» или же ролевое смешение.
- Нарушение связи между человеком и обществом вследствие ухода с работы, ухода из жизни друзей и близких, ограничения физической активности. Если предыдущим жизненным рубежам соответствовало постепенное расширение круга общения (детский сад, школа, вуз, работа), то в старости, наоборот, наблюдается его сужение.
- Динамике предыдущего жизненного пути было присуще также постоянное расширение круга обязанностей человека перед обществом. Теперь же общество ставится в позицию должного человеку. Возникает опасность переложить на общество ответственность за свою жизнь и принять жизненную позицию «мне все должны», которая мешает мобилизации внутренних ресурсов для успешного приспособления к поздней взрослости.
- Поздняя взрослость — это период наибольшей насыщенности стрессами: половина из наиболее стрессовых жизненных ситуаций — выход на пенсию, смерть близких родственников, потеря работы и другие приходится чаще всего на этот период. Существующая в обществе установка на старость как на период «за-

служенного отдыха» и покоя способствует тому, что пожилой человек психологически не готов и не обучен переживать такого рода стрессы.

- Большинство людей ожидают от собственной старости слабости, дряхлости, социальной бесполезности. Многие испытывают страх перед собственной беспомощностью.

Кризисное состояние у пожилых людей может проявляться по-разному. Труднее всего допустить в сознание мысль о конечности своей жизни, что часто проявляется в неприятии самого факта наступления старости, стремлении рассматривать ее проявления как симптомы болезни, которые, как и всякая болезнь, могут исчезнуть. Поэтому так много времени тратится на лечение, соблюдение предписаний врачей. Иногда борьба с болезнями становится основным занятием человека. В этом случае возможны сверхценное отношение к медицинским препаратам и ипохондрическая фиксация на своих болезненных ощущениях.

В этот период почти половина людей испытывают специфическое расстройство настроения — возрастно-ситуационную депрессию. Для нее характерно чувство пустоты, ненужности, отсутствие интереса к чему-либо. Остро переживается одиночество, которое может быть только переживанием, а не фактическим одиночеством.

Общий уровень страхов у пожилых людей значительно возрастает. Происходит усиление страхов, связанных с нарастающей беспомощностью и процессами увядания функций собственного организма. Кроме того, проявляются иррациональные страхи (например, страхи перед нападением, преследованием), моральные страхи (дать отчет о смысле собственной жизни).

Следующее, что можно отметить, это либо категорическое избегание пожилыми людьми темы смерти, либо постоянное обращение к ней в форме «скорей бы умереть».

Вследствие снижения основ внешнего признания (социально-го статуса, материального достатка, внешнего вида) существенным аспектом кризиса у многих пожилых людей является снижение притязаний на признание. У тех людей, для которых значимость внешних показателей признания выше, чем внутренних, возникает угроза разрушения «Я», снижения самооценки.

Необходимо отметить и то, что пожилому человеку приходится по-новому организовывать свое время. Раньше жизнь во многом ре-

гламентировалась внешними обстоятельствами, в особенности работой. Теперь человек остается наедине с самим собой, что для многих тяжело и непривычно.

Проблема типологии психологических изменений в поздней взрослости чрезвычайно актуальна для геронтопсихологии. Сравнительный анализ различных типологий старения (Глуханюк Н.С., Гершкович Т.Б., 2002) показал, что общим детерминантом выбора человеком конструктивной или неконструктивной стратегии старения является его отношение к этому процессу, которое складывается не только в поздние периоды онтогенеза, когда старость становится свершившимся фактом, но и на более ранних этапах жизненного пути.

Знание социально-психологических проблем, возникающих в пожилом возрасте, специфики протекания процесса старения, активное включение пожилых людей в общественные отношения являются условием оптимизации отношений в обществе между представителями различных возрастных групп и полов. В процессе жизни человек проходит через ряд стадий своего развития, на которых возникают свои задачи и приоритеты, жизненные проблемы и связанные с ними переживания.

Возрастные периоды насыщены психологическими и поведенческими особенностями, которые за пределами этого возраста не повторяются. Переход от старого качественного состояния к новому связан с прохождением и преодолением возрастных кризисов, которые отечественные учёные рассматривали как противоречие между актуальными потребностями и возможностями личности.

Исследованием возрастных кризисов занимались такие ученые, как Р.А.Ахмеров, Л.И.Божович, П.И.Буль, Л.С.Выготский, М.В.Гамезо, В.С.Герасимова, Г.Г.Горелова, М.С.Лебединский, С.А.Маничев, А.В.Петровский, В.Е.Рожнов, Х.Ремшмидт, В.И.Слободчиков, Г.У.Сол-датов, Э.Э.Сыманюк, З.Фрейд, О.В.Хухлаева, Л.А.Шайгерова, Д.Б.Эльконин, Л.Н.Юрьева, М.Г.Ярошевский и другие.

Наступление кризиса связано не с хронологией жизни, а с жизненными поворотными событиями, заставляющими человека переосмысливать своё прошлое, пересматривать цели, менять ведущие мотивы, связанные с системными изменениями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания (Ливехуд Б., 2000). Л.С.Выготский ввёл понятие «кризисы возрастные», определяя их как целост-

ное становление личности человека, связанное со сменой стабильных периодов (Выготский Л. С., 1984).

Поздняя зрелость играет специфическую роль в системе жизненного цикла человека, потому что именно в этот период можно понять и объяснить его жизнь как целое. Выход на пенсию — кризисный период в развитии людей пожилого возраста, сущностью которого является перестройка внутреннего переживания, в котором представлена личность в социальной ситуации развития. Через переживание происходит связь человека с окружающим миром, поскольку, переживая, человек интериоризирует окружающий мир, изменяя себя относительно усвоенного. В этом выражается регулятивная функция переживания, осуществляемая посредством его рефлексивности (Гилева Н. С., 2016).

Специфика возрастных кризисов заключается в изменении социальной ситуации, связанной с образами будущего и прошлого, следовательно, восприятия времени. Возрастные кризисы нормативны и необходимы для решения возрастных задач развития, поэтому кризис является неотъемлемой и обязательной частью развития человека.

Таким образом, возрастной кризис — переходный период, переживаемый человеком при смене возрастных этапов, являющихся завершением стадий развития, сущностью которых является перестройка внутреннего переживания, определяющего отношение к среде, изменение потребностей и побуждений, влияющих на его поведение.

Правильное понимание кризиса и отношение к нему как к трудному этапу в естественном процессе развития способно дать спонтанное исцеление различных эмоциональных и психосоматических нарушений, благоприятное изменение личности для решения жизненных проблем и эволюционного развития сознания, что даёт человеку возможность перейти на другой уровень развития более зрелой личностью (Альперович В. Д., 2001).

Ведущей деятельностью в период поздней зрелости А. Г. Лидерс считает «внутреннюю работу», направленную на принятие своего жизненного пути. Пожилой человек осмысливает прожитую и текущую жизнь, поэтому плодотворная здоровая старость связана с принятием своего жизненного пути. Постигание смысла связано с осмыслением прошлого и осознанием того, что настоящее и буду-

щее определяется им (Чудновский В.Э., 2015). Для пожилого человека практически использованы возможности серьёзных изменений в процессе жизни, поэтому он может бесконечно много работать над этим внутренне, в идеальном плане (Лидерс А.Г., 2001).

Уход на пенсию — кризисный период развития, поскольку человек ставится перед необходимостью решения важных для себя задач: структурирование времени; реализация новых социальных ролей; нахождение сферы приложения собственной активности.

Предпосылкой успешного их решения является принятие человеком собственной старости, использование активных способов приспособления к новой для себя ситуации. В поздней взрослости, с одной стороны, необходимо осознать важность работы по завершению того, что может быть завершено, с другой — ощутить границы возможного и признать несовершенство как самого себя, так и окружающего мира. Из этого положения вытекает важнейшая задача старости — выполнение жизненных заданий, которые не выполнялись или недостаточно хорошо выполнялись в течение жизни (Слободчиков В.И., 2000).

Если человеку не удалось успешно разрешить кризис встречи со старостью, то необходимость изменения жизненной позиции, ценностей, установок и поведенческих стереотипов осознаётся с большим трудом, поэтому растёт общая ригидность и неоптимальные формы преодоления жизненных проблем.

Учёные выделяют два варианта разрешения кризиса:

1. Человек, рискуя, открывается новым возможностям и, преодолевая страх изменений, переходит на новую ступень своего развития, получая новый опыт и новые знания о мире и о себе;
2. Выбирая безопасность, человек приостанавливается в своём развитии, разрушая и ограничивая себя (Малкина-Пых И.Г., 2022).

Следовательно, чтобы развиваться, актуализируя потенциальные возможности, а иногда и просто выжить, человек должен учиться, чтобы справляться с кризисными ситуациями. Поэтому проблема оценки тяжести критической жизненной ситуации может получить разрешение при подходе к внутреннему миру человека как иерархическому соотношению, потому что такой подход рассматривают как жизненный кризис, кризис жизненного пути личности.

Кризис возникает, когда человек не принимает изменения, происходящие в его жизни. Кризис перемещает человека в маргиналь-

ное положение или нейтральную зону, когда привычные стереотипы мышления и поведения уже не работают, а новых — ещё нет. Это время между концом и началом, «промежуточный период». Человек, находясь в пространстве между «тем, что уже разрушено» и «тем, что еще не создано», может понять, что для того, чтобы справиться с критическим периодом в жизни, ему надо встретиться с собой, при этом он всегда будет один на один с тем, что встретит.

Однако ещё остаются недостаточно разработанными вопросы процесса переживания кризиса, индивидуальных особенностей переживания (динамики психических состояний); влияния трудностей, возникающих в разных сферах жизнедеятельности человека. Вполне вероятно, что у нас появится возможность говорить о культуре психологического переживания человека в пожилом возрасте, о способах преодоления психологических трудностей, связанных с жизненными ситуациями у старшего поколения.

Овладев техниками внутренней перестройки в системе психологической поддержки, человек пожилого возраста сумеет преодолевать трудности, вызываемые болезненным процессом, направляя свои усилия на формирование способов конструктивного разрешения и преодоления возрастного кризиса. Ведущими психологическими факторами можно считать развитие пожилого человека как социально активной личности, субъекта творческой деятельности и яркой индивидуальности.

В исследовании по изучению гендерных различий в переживании жизненного кризиса в пожилом возрасте приняли участие 30 человек, из них 15 женщин и 15 мужчин, состоящих в официальном браке и имеющих совершеннолетних детей (Гилева Н.С., 2017). Респонденты переживали кризис, связанный с выходом на заслуженный отдых (от 57 до 62 лет).

В гипотезе предполагалось, что процесс переживания жизненного кризиса в пожилом возрасте имеет гендерные различия в ценностно-смысловой сфере на уровне рефлексии и активности личности.

Гендерные особенности переживания кризиса изучались с помощью методик А.С. Шарова «Изучение системы ценностных ориентации» и «Жизненные кризисы в развитии личности». Ценности автор понимает как многомерное оформление индивидуального пространства жизнедеятельности человека, представляющие системы, ориентирующие человека в жизни.

В ценностных ориентациях А.С.Шаров выделяет ценности организации жизнедеятельности и ценности взаимодействия, которые им рассматриваются в качестве ценностей целей жизнедеятельности и средств как определённых качеств и свойств личности, ведущих к реализации поставленных целей. Ценности распределены по группам в зависимости от уровня регуляции (витальный, социальный, духовный) и обобщены регулятивной тенденцией человека: самопротраивание, самоопределение и самореализация, которые проявляются в социуме как одобряемые или неодобряемые. У каждого человека данные ценности определённым образом сочетаются и выражаются.

Данные по методике «Изучение системы ценностных ориентации» отражены в таблице 1.

Таблица 1

**Результаты оценки значимости различий и активности реализации ценностей у мужчин и женщин**

Показатель	Пол	Средний показатель	Значения U эм.-критерия	Значимость различий
Ценности организации жизнедеятельности. Значимость	м	115,5	111,5	Не значимы
	ж	114,7	113,5	
Ценности организации жизнедеятельности. Активная реализация	м	107,5	119	Не значимы
	ж	101,2	116	
Ценности взаимодействия. Значимость	м	73,1	120,5	Не значимы
	ж	79,7	104,5	
Ценности взаимодействия. Активная реализация	м	68,5	101	Не значимы
	ж	66,3	124	

Данные таблицы 1 говорят о том, что у женщин и мужчин значимость ценности взаимодействия несколько выше, чем ценности организации жизнедеятельности. Это свидетельствует о том, что наиболее значимыми являются качества личности, которые становятся средствами для организации взаимодействия с окружающим миром, что может выражаться как заинтересованность собой, проявление повышенного интереса к себе, желания быть таким, как хочется, что не всегда воплощается в реальности.

У мужчин и женщин наблюдается существенная разница между значимостью ценностей и реализацией их в активности, что свидетельствует о внутреннем напряжении, несогласованности регуляции жизнедеятельности при переживании кризиса, негативных эмоциональных переживаниях. Значимых гендерных различий не выявлено.

Переломным моментом своей жизни, кризисной ситуацией мужчины и женщины назвали выход на пенсию. Переживание кризисной ситуации — это соотнесение жизнедеятельности человека с его ценностно-смысловыми образованиями в значимом событии. Ученые считают, что ценности, смыслы и мотивы являются содержательно-динамичными образованиями, определяющими внутренний мир человека и направляющими его жизнедеятельность.

Методика «Жизненные кризисы в развитии личности» изучает особенности переживания кризиса и его признаков, ценностно-смысловой сферы, рефлексии и активности. Анализ переживания кризиса осуществляется в соответствии с ключом, в котором выделены его компоненты: ценностно-смысловая сфера, активность и рефлексия. Количественная и качественная обработка результатов исследования психологического механизма переживания позволяет его описать с учётом половозрастных и социокультурных особенностей испытуемого.

Данные по методике представлены в таблице 2.

Данные таблицы 2 свидетельствуют о гендерных различиях в переживании кризиса в ценностно-смысловой сфере испытуемых. Женщины в большей степени, чем мужчины, переживают кризис на уровне смысла ( $p = 0,01$ ). Им чаще присущи изменения, происходящие в личностных смыслах и смыслах деятельности, проявляющихся посредством смыслоосознания и смыслостроительства.

Мужчины переживают кризис на уровне мотивов ( $p = 0,05$ ), отмечая отсутствие изменений в ценностно-смысловой сфере либо небольшие изменения, не влияющие на их жизнь в целом. Выявлены статистически значимые различия.

Компонентами переживания является активность аффективная, когнитивная (внутренняя) и конативная (внешняя), результаты изучения которой представлены в таблице 2.

Данные в таблице 3 свидетельствуют о том, что у женщин в сравнении с мужчинами повышенная аффективная активность ( $p = 0,01$ ), характеризующаяся эмоциональностью, экспрессивностью эмоций



и чувств, проявляющихся в переживании. У женщин обостряются аффективные переживания в силу их большей эмоциональности по сравнению с мужчинами.

Таблица 2

**Результаты оценки значимости различий в ценностно-смысловой сфере у мужчин и женщин**

Показатели ценностно-смысловой сферы	Пол	Средний показатель	Значения U эм. — критерия	Результат/критерий значимости
Мотивы	м	6,3	64,5	p=0,05
	ж	5,2	160,5	
Смыслы	м	5,8	169,5	p=0,01
	ж	42	55,5	
Ценности	м	44	137	Не значимы
	ж	6	88	

Таблица 3

**Результаты оценки значимости различий по видам активности**

Показатели активности	Пол	Средний показатель	Значения U эм. — критерия	Результат/критерий значимости
Когнитивная	м	7,2	69,5	p=0,05
	ж	6,1	115,5	
Аффективная	м	5,9	172,5	p=0,01
	ж	7,4	292,5	
Конативная	м	5,9	101,5	Не значимы
	ж	5,7	124,5	

Когнитивная активность преобладает у мужчин ( $p = 0,05$ ), которые в кризисной ситуации, анализируя её, стремятся осмыслить и найти способы решения. Конативная активность у мужчин немного выше, чем у женщин, но ниже других видов активности, что может говорить о направленности внутрь себя, на переживания.

Механизм саморегуляции является рефлексия как механизм отражения личностных смыслов и принципов действия, как один из этапов кризиса. Рефлексия оформляет внутренний мир челове-

ка в процессе регуляции жизнедеятельности и его взаимодействия с миром, следовательно, и в процессе переживания.

Данные исследования рефлексии по методике «Жизненные кризисы в развитии личности» представлены в таблице 4.

Данные таблицы 4 говорят о преобладании показателей рефлексии прошлого у мужчин и женщин, что обусловлено возрастом респондентов, когда большинство жизненных планов реализовано или утратило свою актуальность, а наиболее продуктивные периоды жизни остались в прошлом, которое с возрастом приобретает наибольшую ценность. Показатель рефлексии будущего имеет значимые гендерные различия ( $p = 0,05$ ), у женщин он выше, чем у мужчин.

Следовательно, у женщин более широкий круг социальных связей и новых социальных ролей, наличие интереса к жизни настоящей и будущей в сравнении с мужчинами.

Таким образом, переживание жизненного кризиса в пожилом возрасте имеет гендерные различия в ценностно-смысловой сфере на уровне рефлексии и активности личности.

*Таблица 4*

**Результаты оценки значимости различий в показателях рефлексии (настоящего, прошлого и будущего)**

Показатели рефлексии	Пол	Средний показатель	Значения U эм. — критерия	Результат/критерий значимости
Настоящего	м	5	103	Не значимы
	ж	4,8	122	
Прошлого	м	7,6	116,5	Не значимы
	ж	7,5	108,5	
Будущего	м	5,9	156,5	$p=0,05$
	ж	6,9	68,5	

Для принятия нового образа жизни мы рекомендуем терапию духовной культурой как психотерапевтическое направление, способствующее творческому вдохновению, смягчающему напряжённость и просветляющему душу. Самое высокое в человеке — его творчество, которое, проясняя, утверждает личность, поскольку человек в процессе творчества обретает себя, выходя из душевного разлада, обретая смысл жизни. Приёмы самопомощи творческого самовыра-

жения не заглушают, нивелируя личностное переживание, а проясняют индивидуальность, чтобы человек, опираясь на свои духовные особенности, мог творчески выразить его.

Учёные утверждают, что человек может сохранять способность к активной деятельности и адаптации только при получении определённых нагрузок, на которые он реагирует, а творческая деятельность является фактором, противостоящим инволюции в целом и способствующим активному долголетию человека.

Творческий потенциал в период геронтогенеза обуславливается рядом факторов, одним из них является психологический, оказывающий влияние на человека в течение всей жизни. Мобилизация различных функций, включённых в структуру интеллекта как целостного образования, устойчиво противостоящего процессу старения, характерна для людей, занимающихся творческим трудом, поскольку творчество предполагает максимальную выраженность единства личности и субъекта деятельности.

# ГЕНДЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

В гендерной психологии при анализе проблем половой дифференциации акцент сделан на иерархичности ролей, статусов, позиций мужчин и женщин. Активно обсуждаются вопросы неравенства, дискриминации, сексизма. В детерминации социального поведения личности приоритет отдан социокультурным факторам.

Важным для изучения также является анализ психологических способов и механизмов, позволяющих мужчинам и женщинам нивелировать влияние дифференцирующих и стратифицирующих факторов на процессы их самореализации (Клецина И. С., 2003).

В структуре гендерной психологии выделяются следующие разделы: психология гендерных различий; гендерная социализация; гендерные характеристики личности; психология гендерных отношений.

При изучении **гендерных различий** рассматриваются такие вопросы, как природа различий, их оценка и динамика, влияние этих гендерных различий на индивидуальный жизненный путь мужчин и женщин, возможности их самореализации.

Ключевыми проблемами при изучении **гендерной социализации** являются психосоциальные аспекты развития личности как представителя определенного пола на всех этапах ее жизненного цикла, вписание их гендерного развития в исторический, культурный и социальный контексты.

При рассмотрении **гендерных характеристик** изучается идентичность мужчин и женщин и ее составляющие: представления, стереотипы, установки, связанные с половой дифференциацией, стратификацией и иерархизацией. Особое внимание уделяется изучению продуктивных стратегий и тактик поведения мужчин и женщин в преодолении традиционных гендерных стереотипов, а также анализу закономерностей и механизмов изменения существующих и развития новых гендерных стереотипов.

Раздел **психология гендерных отношений** включает изучение вопросов общения и взаимодействия между представителями разного пола. Традиционные гендерные стереотипы и представления побуждают мужчин и женщин как субъектов межполового взаимо-

действия формировать такую модель поведения, при которой отношения характеризуются несимметричностью, проявляющейся в доминировании и зависимости. С позиций гендерного анализа важно понять необходимость и закономерности формирования иных моделей межполового взаимодействия.

Каждый из разделов гендерной психологии связан с традиционными психологическими дисциплинами. Психология гендерных различий связана с дифференциальной психологией, раздел гендерная социализация — с психологией развития, изучение гендерных характеристик личности базируется на психологии личности, а психология гендерных отношений — на социальной психологии.

Методологическим основанием гендерных исследований в области психологии, так же как для гендерно-ориентированных исследований в других сферах научного знания, является гендерная теория. Фундаментальным положением гендерной теории является представление о том, что почти все традиционно считающиеся «естественными» различия между полами имеют под собой не биологические, а социальные основания. Эти считающиеся «естественными» различия конструируются в обществе под воздействием социальных институтов, репрезентирующих традиционные представления о ролях мужчин и женщин в обществе, о «маскулинности» и «фемининности» как базовых категориях гендерных исследований (Малкина-Пых И. Г., 2006).

В традиционной культуре представления о «маскулинности» и «фемининности» резко дифференцированы и сконструированы по принципу бинарной оппозиции. Маскулинность и фемининность не только дифференцированы, но и выстроены иерархично при доминирующей роли маскулинности. Таким образом, гендерная дифференциация выступает основой построения властной системы в традиционной культуре. Основой теории и методологии гендерных исследований является не просто описание разницы в статусах, ролях и иных аспектах жизни мужчин и женщин, но анализ власти и доминирования, утверждаемых в обществе посредством гендерной дифференциации (Воронина О. А., 2000).

Гендерный подход является методологией анализа гендерных характеристик личности и психологических аспектов межполовых отношений. Он ориентирован на анализ последствий половой дифференциации и иерархичности (мужское доминирование и женское

подчинение) в складывающихся отношениях между мужчинами и женщинами и в процессе их индивидуального жизненного пути. Гендерный подход предлагает способ познания действительности, при котором противопоставление и «очевидная» неравноценность мужских и женских черт личности, образа мыслей, особенностей поведения закрепляют связь между биологическим полом и достижениями в социальной жизни. Данная методология дает возможность отойти от точки зрения о предопределенности мужских и женских характеристик, ролей, статусов и жесткой фиксированности полоролевых моделей поведения; она показывает личностные пути развития и самореализации, не ограниченные традиционными гендерными стереотипами.

Основные задачи гендерной психологии, прежде всего, связаны с институционализацией ее как области научного знания и учебной дисциплины, то есть четкого определения предмета исследования, конкретизации направлений развития, обоснования адекватных методических приемов и принципов исследования, накопления фактологической базы данных.

Более конкретные задачи исследований связаны с анализом тех изменений в системе полоролевых представлений, которые обусловлены трансформациями в социальной сфере. Исследования гендерной психологии призваны показать механизмы конструирования гендерной идентичности в разных временных и социокультурных контекстах, а также обосновать возможности изменения идентичности мужчин и женщин в ситуации современных социальных преобразований.

Теория социального конструирования гендера основана на двух постулатах: 1) гендер конструируется посредством социализации, разделения труда, системой гендерных ролей, семьей, средствами массовой информации; 2) гендер строится и самими индивидами — на уровне их сознания (то есть гендерной идентификации), принятия заданных обществом норм и подстраивания под них (в одежде, внешности, манере поведения и т.д.) (Бергер П., Лукман Т., 1995). Таким образом, представление о гендере как социальном конструкте основано на отрицании биологического детерминизма в понимании отношений полов.

## 2.1. ПСИХОЛОГИЯ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ

**Психология гендерных различий** — раздел психологии, изучающий различия между людьми, обусловленные их половой принадлежностью. Психология гендерных различий как область научного знания концентрирует свое внимание на изучении психологических характеристик, социальных ролей и особенностей поведения представителей мужского и женского пола.

Такой значимый для социализации мужчин и женщин социокультурный фактор, как приверженность определенным гендерным нормам, не рассматривался исследователями применительно к людям пожилого возраста. Понятие «гендерные нормы», как правило, используется для выделения содержания понятия «гендер». Так, О.А.Воронина, раскрывая в «Словаре гендерных терминов» содержание понятия «гендер», подчеркивает, что *гендер* обозначает совокупность социальных и культурных норм, которые общество предписывает выполнять людям в зависимости от их биологического пола (Клецина И. С., 2020).

Основные институты социализации активно способствуют усвоению детьми и взрослыми людьми тех норм мужского и женского поведения, которые в конкретный временной период приняты в обществе как нормативная модель поведения для представителей гендерных групп. Нормы мужского и женского поведения (гендерные нормы) формируются на основе культурных обычаев, традиций, символов, распространяются и закрепляются в общественном сознании с помощью продуктов культуры и средств массовой информации. Гендерные нормы как групповой феномен характеризуются высокой степенью устойчивости, ригидности и слабой подверженности изменениям, они способствуют стабилизации характеристик гендерных групп, но в то же время могут ограничивать индивидуальное развитие и самореализацию мужчин и женщин.

Анализ гендерно-ориентированной научной литературы свидетельствует о сосуществовании в социально-культурном пространстве и в обыденном сознании людей двух основных нормативных моделей ролевого поведения мужчин и женщин: *традиционалистские* (патриархатные, консервативные) гендерные нормы и *эгалитарные* (современные) гендерные нормы.

В соответствии с традиционалистскими нормами мужчине предписано активно проявлять себя в социальной жизни, в роли субъекта профессиональной и общественной деятельности, главы и «кормильца» семьи, поскольку эти роли являются связующим звеном между семьей и обществом в целом. А «естественным» предназначением женщины считается самореализация при исполнении роли матери, воспитательницы детей и хозяйки. Традиционалистский нормативный эталон мужского поведения включает такие составляющие, как физическая сила, уверенность в себе и потребность в самоутверждении, склонность к доминированию и способность контролировать ситуацию, потребность в поведении отличаться от женщин. Нормативный эталон традиционалистских взглядов ориентирует женщин на проявление в поведении скромности, сочувствия и уступчивости, что особенно важно для выстраивания отношений с мужчинами. Кроме того, женщины должны ухаживать за своей внешностью и следить за фигурой, чтобы всегда хорошо выглядеть в глазах окружающих. При этом женщинам не следует стремиться к карьерным достижениям, соперничая с мужчинами, а также тратить время и ресурсы на несемейные интересы.

Эгалитарная модель мужского и женского поведения основана не на противопоставлении, а сближении и взаимозаменяемости мужских и женских социальных ролей в общественной жизни, профессиональной деятельности и в сфере семейных отношений. В рамках эгалитарной модели отношений между полами акцент сделан не на доминировании и подчинении, а на равенстве статусных позиций в разных сферах жизни, что соответствует запросам современных мужчин и женщин в индивидуальном саморазвитии и самовыражении. Самореализация и в профессиональной сфере, и в семейной одинаково значима для современных женщин и мужчин, поэтому доминирующей для них должна стать поведенческая стратегия, ориентированная на достижение баланса семьи и работы.

## 2.2. ГЕНДЕРНАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ

**Социализация** — процесс усвоения социальных норм, правил, особенностей поведения, процесс вхождения в социальную среду. **Гендерная социализация** — процесс усвоения норм, правил поведения,



установок в соответствии с культурными представлениями о роли, положении и предназначении мужчины и женщины в обществе.

Основные аспекты социализации: присвоение (процесс усвоения социального опыта, то есть воздействие среды на индивида) и опредмечивание (процесс воспроизведения социального опыта, то есть воздействие человека на среду) (Андреева Г.М., 1997). В рамках гендерной социализации под присвоением понимается то, что с самого начала ребенок усваивает, что значит быть мальчиком и девочкой, мужчиной и женщиной. Опредемечивание — это реализация на практике усвоенных гендерных схем.

Социальные психологи также используют термин *дифференцированная социализация*, подчеркивая тем самым, что в общем процессе социализации мужчины и женщины формируются в различных социально-психологических условиях. Полоролевая социализация включает две взаимосвязанные стороны: а) освоение принятых моделей мужского и женского поведения, отношений, норм, ценностей и гендерных стереотипов; б) воздействие общества, социальной среды на индивида с целью привития ему определенных правил и стандартов поведения, социально приемлемых для мужчин и женщин. Усваиваются, прежде всего, коллективные, общезначимые нормы, они становятся частью личности и подсознательно направляют ее поведение.

Одним из основных вопросов является **вопрос о психологических механизмах и способах гендерной социализации.**

Процессы гендерной социализации рассматриваются в контексте различных концептуализации. Во-первых, в концепциях, разработанных в рамках известных психологических ориентации (психоаналитическая, необихевиористская, когнитивистская). Это теории социального научения, моделирования, половой типизации и теория когнитивного развития (Берн Ш., 2001). Во-вторых, в специально разработанных концепциях для объяснения механизмов усвоения половой роли детьми в процессе социализации. Это такие теории, как новая психология пола и теория гендерной схемы (Ильин Е.П., 2002; Клецина И. С., 1998; Репина Т. А., 1987).

**Психологическими механизмами** гендерной социализации являются: процесс идентификации (психоаналитическая теория); социальные подкрепления (теория социального научения и половой типизации); осознание, понимание половой социальной роли (тео-

рия когнитивного развития); социальные ожидания (новая психология пола), гендерные схемы (теория гендерной схемы). В отдельности каждый из этих механизмов вряд ли может объяснить гендерную социализацию.

Выделяют несколько возможных вариантов объяснения осуществления гендерной социализации (Maccoby E. E., Jacklin C. N., 1974).

Родители обращаются с разнополыми детьми так, чтобы приспособить их поведение к принятым в обществе нормативным ожиданиям. Мальчиков поощряют за энергию и соревновательность, а девочек — за послушание и заботливость, поведение же, не соответствующее полоролевым ожиданиям, в обоих случаях влечет отрицательные санкции.

В западной психологической литературе при рассмотрении таких вопросов гендерной социализации, как объяснение механизма передачи гендерной информации от родителей к детям, в последнее время наиболее широко используется **теория гендерной схемы С.Бэм** (Bem S.L., 1983). Теория гендерной схемы опирается на две теории усвоения половой роли: теорию социального научения и теорию когнитивного развития. Представители теории социального научения считают, что в развитии полоролевого поведения все зависит от родительских моделей, которым ребенок старается подражать, и от подкреплений, которые дают поведению ребенка родители (положительное — за поведение, соответствующее полу, и отрицательное — за противоположное поведение).

**Гендерная схематизация** — это обобщенная и натренированная когнитивная готовность детей кодировать и организовывать информацию о себе и других соответственно культурным определениям «мужское — женское».

**Гендерная схема** — это когнитивная структура, сеть ассоциаций, которая функционирует как предвосхищающая структура. Иными словами, она заранее настроена на то, чтобы искать и группировать информацию. Поведение, характеристики, культурные символы спонтанно сортируются на категории «мужское — женское». Процессы схематизации информации высоко избирательны и способны навязывать индивиду структуру и значение огромного множества входящих стимулов.

В монографии О.В.Красновой и Т.З.Козловой описан такой феномен, как «двойной стандарт старения», который обозначает,

что старение имеет различное значение для мужчин и для женщин. В системе традиционалистских взглядов старение означает для женщин процесс «сексуальной дисквалификации»: поскольку женщина в основном ценится за то, что может родить и вырастить детей и ухаживать за своим мужем, но после этого становится неясной ее «польза». В патриархатном обществе статус мужчин выше, чем статус женщин, т.к. ценность мужчин определяется профессиональными успехами, а ценность женщин прежде всего зависит от репродуктивных возможностей. Женщина ценится согласно сексуальной привлекательности, способности и полезности для мужчин, то есть ее ценность «сексуализирована», и это определяет в глазах общества ее позитивный статус в первой половине жизни и негативный — во второй. Поэтому социальная девальвация пожилой женщины происходит независимо от ее занятий и личностных особенностей (Клецина И.С., 2020). Двойной стандарт старения — это явление, порожаемое традиционалистскими гендерными нормами, акцентирующими значение биологической составляющей в жизни женщины и низкую оценку ее как личности.

Мужчины и женщины, которые в своем ролевом поведении руководствуются традиционалистскими нормативными канонами «настоящих» мужчин и женщин, в пожилом возрасте сталкиваются с серьезными проблемами и переживаниями, вызванными обстоятельствами, не позволяющими реализовывать привычные поведенческие ролевые модели.

Женщины, ориентированные на традиционалистские гендерные нормы, имеют выраженную склонность к сохранению привычного ролевого поведения на протяжении всей жизни, реализуя роли послушной дочери и жены, заботливой матери и бабушки. Однако в пожилом возрасте возникает необходимость изменения устоявшихся моделей ролевого поведения и освоения новых ролей. Пожилые женщины, реализуя «истинно женское предназначение быть матерью и хранительницей домашнего очага», стараются сохранить значимую для них роль хозяйки дома, помогают своим взрослым детям в ведении домашнего хозяйства, заботятся о внуках, но их семейный статус существенно снижается, происходит выключение женщин из сферы принятия решений по семейным и домашним делам. Особенно резко сокращается их влияние в сфере занятости и образования членов семьи, а также в принятии решений о денежных расходах. Такие жен-

щины переживают *внутриличностный конфликт гендерной роли*, т.к. оказываются в ситуации противоречивых представлений и ожиданий по поводу исполнения этой семейной роли. Такой конфликт несоответствия ожиданиям остро переживается пожилыми женщинами, посвятившими себя семье и детям. Потеря значимой позиции в семье сопровождается чувствами ненужности, недооцененности и отчуждения. Женщина может ощущать себя в роли «обслуживающего персонала», не имеющего права голоса в семье, что будет нарушать ее психологическое самочувствие и способствовать возникновению конфликтов с членами семьи.

Еще одна сфера потенциально конфликтных состояний пожилых женщин связана с нормой внешней привлекательности. Женщины, приверженные традиционалистским гендерным нормам, считают свою привлекательную внешность ценным достижением и ресурсом влияния на мужчин. В связи с возрастными изменениями у женщин сокращаются ресурсы внешней привлекательности, и, следовательно, растрачиваются ее социальный капитал и инструменты влияния. Все это способствует появлению психологических комплексов, возникающих в процессе сравнения себя с навязываемыми в СМИ эталонами. Результатом такой *самообъективации* у многих женщин будет возникновение симптомов ухудшения психического здоровья, например, депрессии, расстройства пищевого поведения. Необходимость привести стареющее тело в состояние, соответствующее идеалу сексуально привлекательного, молодого тела, и невозможность этого понимаются как провал, неудача в исполнении предписанных норм выглядеть моложе своих лет.

Что касается мужчин, то знаки и приметы их старения не так важны и не так заметны, как у женщин, то есть потеря молодости не приносит им социальную девальвацию. Больше того, некоторые аспекты старения даже могут увеличивать мужскую физическую привлекательность, например, «благородная седина» и большая мужественность, сила духа, в то время как женские нормы привлекательности связаны, как правило, только с молодостью.

Жизненная ситуация, вызывающая тяжелые внутриличностные конфликты у людей в поздний период жизни, связана с болезнью и смертью супругов. Известна статистика, свидетельствующая о том, что мужчины в среднем живут меньше, чем женщины, поэтому женщины существенно чаще оказываются в роли вдов, чем мужчи-

ны в роли вдовцов. Двойной стандарт старения проявляется и в ситуации потери супруга: женщине «приличнее» оставаться вдовой, но общество не осуждает, а даже ободряет мужчин-вдовцов снова жениться. Более высокие показатели повторных браков среди мужчин отражают культурные нормы и статусное неравенство полов.

Женщины, ориентированные на традиционалистскую модель семейных отношений, в соответствии с которой муж воспринимается как глава семьи, опора и защитник, в связи с его потерей оказываются в состоянии тяжелого психологического кризиса. Фрустрация потребности реализации в субъективно значимой супружеской роли вызывает не только внутреннее напряжение, тревогу, отчаяние, но и провоцирует *экзистенциальный кризис потери смысла жизни*. Тяжелее переживают потерю супруга женщины, для которых нормой жизни была зависимость от мужа и в материальном плане, и в психологическом. Если отношения между супругами были выстроены на основе не доминирования, а равенства, если признавалось право на существование определенной степени автономии для каждого, если поддерживались личностное развитие и самосовершенствование, то потеря супруга не приведет к утрате смысла жизни и со временем психологическое состояние стабилизируется.

В системе традиционалистских норм поведения «настоящего» мужчины ведущую роль играют профессиональные достижения, карьера, материальное благополучие. Многие мужчины переживают *экзистенциально-гендерный конфликт* в ситуации выхода на пенсию, поскольку кардинально меняется социальный статус и финансовая состоятельность, являющиеся главной опорой в системе нормативных канонов «правильной» мужественности. «Шок отставки», связанный с потерей значимого места в обществе, разрывом связей с референтной группой, утратой значимой социальной роли, в сознании таких мужчин отражен как «потеря главного смысла жизни», а на эмоциональном уровне отмечен всеми признаками острого стрессового расстройства. Экзистенциально-гендерный конфликт, нарушая привычный ход жизни, дезорганизуя или даже делая невозможной обычную жизнедеятельность, требует от человека переосмысления своей жизни и ее наиболее существенных составляющих, переоценки своих жизненных целей, отношений с окружающими, образа жизни, то есть изменения принимаемых нормативных эталонов мужского и женского поведения и демонстрации новых об-

разцов гендерного поведения. Если мужчине присущи эгалитарные взгляды по поводу норм мужского поведения, например, гендерные установки, способствующие достижению баланса между семьей и работой, то ситуация выхода на пенсию не будет для него такой травматичной.

## **2.3. ГЕНДЕРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИЧНОСТИ**

Комплекс гендерных характеристик личности представляет собой многофакторный конструкт, включающий в себя гендерную идентичность, маскулинные и фемининные черты личности, стереотипы и установки, связанные с полотиличными формами и моделями поведения.

Гендерные характеристики как многофакторный конструкт не всегда тесно взаимосвязаны между собой. Каждая из гендерных характеристик может иметь свою историю развития и отличаться спецификой проявления.

### **2.3.1. Гендерная идентичность**

**Гендерная идентичность** — базовая структура социальной идентичности, которая характеризует человека (индивида) с точки зрения его принадлежности к мужской или женской группе, при этом наиболее значимо, как сам человек себя категоризирует (Кон И. С., 1999). Гендерная идентичность — осознание себя связанным с культурными определениями мужественности и женственности. Возникающая в результате процесса взаимодействия «Я» и других, гендерная идентичность проявляется как субъективный опыт психологической интериоризации мужских или женских черт.

Совокупность наиболее *значимых* психологических и социально-психологических характеристик личности, используемых в качестве отличительных черт при различении своего пола как мужского или женского определяется как психологический пол. Другими словами, психологический пол можно определить как комплекс психологических, социокультурных и поведенческих характеристик, обеспечивающих индивиду личный, социальный и правовой статус мужчины и женщины (Малкина-Пых И. Г., 2006).

До последнего времени в работах отечественных исследователей, посвященных изучению гендерной идентичности, использовались термины *психологический пол*, *полоролевая идентичность*, *полоролевые стереотипы*, *полоролевые отношения* (Клецина И. С., 2004). Однако даже близкие, на первый взгляд, понятия (как, например, *гендерная идентичность* и *полоролевая идентичность*) не являются синонимами.

Рассмотрим содержание этих понятий, чтобы показать специфику гендерной идентичности личности.

Половая идентичность — единство поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определенному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли. В.Е. Каган (1991) определяет половую идентичность как соотнесение личности с телесными, психофизиологическими, психологическими и социокультурными значениями маскулинности и фемининности. Он различает следующие виды половой идентичности: 1) *базовая идентичность* — соотнесение личности с традиционными, восходящими к филогенетическим, половым различиям, альтернативным представлениям о маскулинности/фемининности; этот вид идентичности детерминирован психофизиологически; 2) *ролевая идентичность* — соотнесение поведения и переживаний личности с существующими в данной культуре и в данное время полоролевыми стереотипами, детерминирована влияниями среды; 3) *персональная идентичность* — интегрирует первую и вторую и характеризует соотнесение личности с маскулинностью/фемининностью в контексте индивидуального опыта межличностного общения и совместной деятельности. По мнению автора, если базовая идентичность стабильна, то на уровне ролевой и персональной идет непрекращающийся процесс половой идентификации.

Таким образом, существуют три уровня явлений, которые объясняют возникновение и трансформацию идентичности женщин и мужчин: биологический, психологический и социальный (Миллюка Й., 1999).

Биологический уровень — это ресурс женщин и мужчин как индивидов, их жизненный потенциал, начиная от клеток и кончая системой органов. Это возможности и условия функционирования женщин и мужчин, обусловленные структурными и функциональными возможностями организма.

Психологический уровень — это личностный ресурс, который мужчины и женщины используют для конструирования своей идентичности, то есть комплекс психологических особенностей, включающий в себя когнитивные способности, мотивационно-волевой потенциал, доминирующие ориентации, ценности и другое.

Социальный уровень — это социальные трансформации, доминирующая в обществе идеология, которые влияют на мужчин и женщин как участников общественных отношений. Эволюция, происходящая в процессе социальных изменений, создает условия для процесса изменений на поведенческом уровне.

Анализ литературы, посвященной проблеме гендерной идентичности (Здравомыслова О.М., 2002; 2003; Кон И.С., 2002; Милюска Й., 1999), дает возможность высказать предположение о том, что непротиворечивая гендерная идентичность обуславливает позитивное самоотношение личности как представителя определенного пола и субъекта гендерных отношений. Выраженные противоречия в структуре гендерной идентичности определяют негативное отношение личности самой к себе, что провоцирует состояние внутриличностного конфликта и кризисных проявлений.

Становление половой идентичности охватывает как ранние, так и поздние периоды человеческой жизни, однако, следует отметить, что в большинстве современных научных работ практически не учитывается возрастная специфика аудитории, в сознании которой оформляются существующие в культуре стереотипы полоролевого поведения. Основное внимание исследователей сосредоточено на лицах молодого и зрелого возраста, существующие сведения об особенностях развития половой идентичности на поздних этапах онтогенеза фрагментарны и неполны, что во многом объясняется практической ориентацией научных разработок.

Среди наиболее содержательных и авторитетных работ в области гендерной проблематики лиц пожилого возраста можно назвать исследования Е.В.Соколинской, Н.В.Дворянчикова, О.В.Красновой, затрагивающих отдельные аспекты полоролевой идентичности на фоне социальной адаптации и протекания психических процессов в период геронтогенеза.

Авторы исследований едины в мысли о том, что период позднего онтогенеза следует рассматривать как новый этап развития половой идентичности, специфика которого обуславливается личностным



развитием в пожилом возрасте и особенностями жизненного пути на данном отрезке. Личностные изменения в пожилом возрасте проанализированы С.Д.Максименко, М.С.Пряжниковым и другие. Механизмы старения, в том числе психологические, рассматривали В.В.Безруков, Т.Д.Марцинковская, исследования самооценки и «Я-концепция» представлены в работах Т.З.Козловой та О.М.Молчановой, особенности ценностных ориентаций в пожилом возрасте представлены И.Д.Бехом, психологическое содержание старения отобразил Э.Эриксон.

Практически во всех культурах этот период знаменует начало старости, когда фокус внимания человека сдвигается от забот о будущем к прошлому опыту, человек сталкивается с многочисленными нуждами, деструктивные процессы начинают преобладать над реконструктивными, и актуальными становятся проблемы адаптации к снизившимся психофизиологическим возможностям и к изменению социальной ситуации (Адамова Т.В., 2018).

Отношение человека к этому периоду жизни предопределяется разнообразными факторами, прежде всего, индивидуальными различиями в иерархии витальных ценностей, уровнями личностной целостности, адаптационными возможностями индивида, наличием достаточного репертуара поведенческой гибкости, имеющимися проблемами соматического характера, условиями микро и макросреды и другими. Адаптация пожилого человека к изменяющимся условиям жизнедеятельности существенно определяется его индивидуально-психологическими особенностями, спецификой сформированной личности, особенностями его прошлой жизни и т.д. Кроме того, человек, находясь на пороге старения, сам может выбрать стратегию адаптации к старости.

Как отмечает Н.Ю.Флотская, перестройка полоролевой идентичности касается всех структурных составляющих, в качестве которых автором выделены когнитивный, эмоциональный и конативный компоненты (Флотская Н.Ю., 2009). Когнитивный компонент трактуется как представления субъекта о своей половой принадлежности, основанные на интеграции полоролевых образов. Эмоциональный компонент отражает отношение субъекта к своей половой принадлежности, а также к представителям своего и противоположного пола. Конативный компонент половой включает совокупность личностных качеств субъекта, оцениваемых в категориях мужественно-

сти- женственности и определяющих саморегуляцию полоролевого поведения в социуме.

Результаты различных исследований свидетельствуют, что в самовосприятии женщин пожилого возраста полоролевой образ «Я» становится менее маскулинным: менее властный, менее активный, менее волевой. Одновременно с этим повышается показатель выраженности ориентации на семью и заботу о близких, ценностей «традиционного» («патриархально» окрашенного) поведения, связанных с семейным миром, его потребностями, с акцентом «на женском счастье и любви».

Образ идеальной женщины наделяется как маскулинными характеристиками (сильная, уверенная, смелая, целеустремленная), так и одновременно включающей женственные характеристики: красивая, добрая, самостоятельная, хорошая мать, заботливая. Образ идеального мужчины в представлении женщин пожилого возраста не претерпевает значительных изменений, его по-прежнему хотели бы видеть его умным, добрым, работающим, верным, любящим детей, выносливым, энергичным, уверенным, надежным и непьющим.

По данным Дж. Харрисон, самовосприятие и поведение пожилых женщин во многом обусловлено негативными стереотипами, которые варьируются в зависимости от их статуса и окружения (Краснова А.В., 2014). В штампах сознания статус мужчин связан с профессиональным положением, а статус женщин — с репродуктивными характеристиками, сексуальной привлекательностью и полезностью для мужчин, в связи с чем социальная девальвация пожилой женщины происходит независимо от ее занятий или любой другой деятельности. Дж. Харрисон указывает на то, что подобного рода стереотипы, определяющих пожилых женщин «как устарелых, изношенных», более склонны усваивать женщины, чья предыдущая жизнь соответствовала только модели домохозяйки. Утрата прежней привлекательности и снижение репродуктивных возможностей является важной причиной изменения полоролевой идентичности у женщин пожилого возраста. В физиологическом плане женщин эти процессы отображаются понятием «климакс». То есть, климакс — это сложный для женщины этап перестройки собственной полоролевой идентичности, необходимость которой, по мнению В.Н.Мясищев, обуславливается противоречием неотвратимой утраты витальных возможностей при еще сохранившихся жизненных потребностях.

В благоприятной микросоциальной обстановке (благополучная семья, заботливые дети, внуки) получение и проживание позитивных эмоций позволяет женщине проходить климактерический период относительно спокойно, у других в переходном возрасте остается много нерешенных проблем (одиночество и пр.), которые определяют их отношение к климаксу как крушению надежд.

Важно отметить, что встречающиеся негативные симптомы являются не только следствием климакса, но и проявлением личностных особенностей. По результатам исследования С.А.Пуца, большинство негативных переживаний в климактерический период сопряжены с такими индивидуально-психологическими характеристиками, как тревожная мнительность, сенситивность, вспыльчивость, эмоциональная лабильность, ригидность или демонстративность. Эти качества в прежней социальной ситуации не проявлялись и не мешали женщинам адаптироваться, признаки дисбаланса в структуре личности стали отчетливо обнаруживаться лишь с наступлением кризисного периода.

Помимо названных другой причиной, детерминирующей перестройку полоролевой идентичности женщин в пожилом возрасте является и изменение гормональной системы, во многом определяющей соотношение маскулинности-фемининности. Снижение уровня женских половых гормонов может провоцировать изменение паттернов поведения.

В целом, можно заключить, что, в геронтогенезе как части онтогенеза, действуют те же общие онтогенетические законы. Согласно этим законам и происходит развитие полоролевой идентичности, но с присущими специфическими особенностями. Специфичность проявляется, прежде всего, в том, какое направление принимают возрастные изменения под влиянием внешних факторов и внутренних характеристик самой женщины.

В последнее время в психологии и психологических отраслях знаний с большей частотой находит свое подтверждение точка зрения, согласно которой гендерная идентичность является результатом сложного развития личности на протяжении всей жизни (Б.Г.Ананьев, S. Bern, Т.В.Бендас, И.С.Клецина, И.С.Кон и другие). Во многом данная ситуация связана с очевидной актуальностью как чисто теоретических, так и практико-ориентированных исследований в рамках рассматриваемого нами направления.

Гендерная идентичность как фундаментальное базовое чувство принадлежности к определенному полу в связи с предписанными ему социальными функциями и статусом не дается индивиду автоматически при рождении, а вырабатывается в результате сложного взаимодействия его природных задатков и соответствующей социализации. При этом сам субъект является активным участником этого процесса, вырабатывает соответствующие ей самосознание, уровень притязаний, самооценок и т.д. Помимо этого, динамика онтогенеза гендерной идентичности отражает процесс принятия новых гендерных ролевых позиций, соответствующих различным возрастам (Кон И. С., 2004; Ожигова Л. Н., 2003 и другие).

Следует отметить детальную разработанность феноменов и закономерностей гендерной идентификации на ранних этапах онтогенеза (у детей и подростков) как в отечественной, так и в зарубежной науке (Малкина-Пых И. Г., 2006).

Однако работ, посвященных динамике и содержанию гендерной идентичности в пожилом возрасте, явно недостаточно, что не позволяет целостно представить ее закономерности и функции на протяжении человеческой жизни.

В современной психологической науке старение рассматривается как продолжающееся развитие человека. Следует отметить, что помимо приспособительных механизмов оно включает в себя способы активного взаимодействия с миром, где наряду с инволюционными процессами имеют место процессы и факторы, противостоящие инволюции (Ермолаева М. В., 2002; Реан А. А., 2001; Эриксон, 1996). Кроме того, одной из основ полноценного функционирования личности в старости является продолжающаяся динамично развиваться мотивационная система. На фоне устранения мотивационного напряжения («элемента соревновательности») центральным жизненным мотивом становится «смыслообразующий мотив», отражающий то, ради чего человек живет.

Важным, как нам кажется, является то, что людям пожилого возраста приходится приспосабливаться не только к изменяющейся социальной ситуации (прекращение трудовой деятельности, изменение социального статуса, избыток свободного времени, утрата ведущей роли в семье и т.д.), но и реагировать на изменения в самих себе (морфо-функциональные изменения, снижение когнитивных функций, ухудшающееся состояние здоровья и т.д.). Понятно, что в зависимо-

сти от того, как человек переживает выход на пенсию и какое отношение формируется у него в процессе осознания этого факта, происходят соответствующие изменения в его мотивационно-потребностной сфере. Для того чтобы успешно преодолеть возрастной кризис, в процессе переживания которого неизбежны инволюционные изменения, пожилым людям необходимо обладать достаточным репертуаром поведенческой гибкости, тесно связанной с индивидуальной спецификой структуры социально-психологической адаптации.

В связи с этим хотелось бы обратить внимание на то, что, по нашему мнению, наиболее доступным и целесообразным является изучение в отношении адаптации к старению именно социально благополучных представителей пожилого и старческого возраста. Для представителей же социально неблагополучных слоев населения целесообразнее проводить исследования причин и уровня их дезадаптации.

Под социально благополучными мы понимаем представителей пожилого и старческого возраста, проживающих в благоустроенных квартирах, удовлетворенных своим материальным положением, имеющих достаточно высокий уровень образования (высшее или среднее специальное), следящих за состоянием своего здоровья.

Также хотелось бы отметить, что гендерная идентичность, являясь базовой составляющей самосознания, представляет собой чувствительный индикатор адаптивных функций, что с достаточной степенью четкости прослеживается во многих исследованиях. Однако гендерная идентификация и трансформация маскулинных и фемининных качеств как совокупности личностных характеристик, соответствующих стереотипу женственности или мужественности, у пожилых людей в зарубежной психологии изучена крайне фрагментарно и неполно. При этом полученные данные отражают интересные и важные для этого периода изменения гендерного самосознания.

Общеизвестно, что андрогинный тип гендерной идентичности представляет собой сложный комплекс установок, стереотипов, ролевых представлений и т.д. При этом андрогиния как баланс, гармоничное сочетание в личности и поведении маскулинных и фемининных черт, является, в первую очередь, значимой психологической характеристикой человека, определяет его способность варьировать

поведение в зависимости от требований ситуации. Степень выраженности андрогинии имеет индивидуальный характер.

Необходимо отметить тот факт, что в настоящее время все же остаются открытыми вопросы, касающиеся того, о чем может говорить склонность гендерного аспекта самосознания пожилых людей к андрогинии. Неоднозначность данных и интерпретаций относительно андрогинных качеств у пожилых вызывает множество предположений, что также, пусть и косвенно, подтверждает очевидную актуальность нашего исследования.

В отечественной психологии накоплено еще недостаточно знаний о феномене гендерной идентичности в пожилом возрасте. Отсутствие таких исследований у людей пожилого и старческого возраста не позволяет составить представление о динамике и функциях этой составляющей самосознания в течение всей жизни.

### **2.3.2. Гендерные стереотипы**

Под стереотипом в психологии понимают упрощенное, схематизированное, зачастую искаженное или даже ложное, характерное для сферы обыденного сознания представление о каком-либо социальном объекте (человеке, группе людей, социальной общности и т.п.). Впервые термин «социальный стереотип» ввел У.Липпман (Lippman, 1922). Он определял социальные стереотипы как картинки мира в голове человека, которые экономят его усилия при восприятии сложных социальных объектов и защищают его ценности, позиции и права. Иногда под стереотипами понимают устойчивые, регулярно повторяющиеся формы поведения (Байбурин, 1985).

Стереотипы имеют несколько функций: когнитивную, заключающуюся в упорядочении информации; аффективную, противопоставляющую «своего» и «чужого»; социальную, разграничивающую внутригрупповые и внегрупповые явления (Кубрякова, 1996). Эти функции ведут к образованию структур, на которые люди ориентируются в обыденной жизни.

Существует огромное множество самых разных стереотипов, в том числе и гендерных — культурно и социально обусловленных представлений о качествах и нормах поведения мужчин и женщин. При этом, гендерные стереотипы правомерно рассматривать с двух

позиций: в мужском и женском самосознании, с одной стороны, и в коллективном общественном сознании — с другой.

Таким образом, под **гендерными стереотипами** понимаются стандартизированные представления о моделях поведения и чертах характера, соответствующие понятиям «мужское» и «женское» (Воронина О.А., Клименкова Т.А., 1992). Термин следует отличать от понятия *гендерная роль*, означающего набор ожидаемых образцов поведения (норм) для мужчин и женщин. *Гендерная роль* — это модель поведения, характерная для представителей того или иного пола в данном обществе. Такое поведение обычно соответствует принятым в данном обществе мужскому и женскому стереотипам.

Гендерные стереотипы — это, в сущности, социальные нормы. У всех нас есть представления о том, что мужчинам и женщинам свойственны определенные наборы конкретных качеств и моделей поведения, что подавляющее большинство людей придерживается этой точки зрения, и что обычно мы осознаем, какое поведение считается правильным для представителей того или иного пола.

Выделяют следующие характеристики гендерных стереотипов (Донцов А.И., Стефаненко Т.Г., 2002): согласованность; схематичность и упрощенность; эмоционально-оценочная нагруженность; устойчивость и ригидность; неточность.

Широкий спектр исследований свидетельствует о том, что развитие и воздействие внутренних стереотипов восприятия старения имеет выраженные характерные черты: 1) они зарождаются в форме стереотипов старения уже в детстве и усиливаются в зрелом возрасте; 2) также как и стереотипы старения, внутренние стереотипы восприятия старения могут срабатывать подсознательно; и 3) в пожилом возрасте стереотипы старения становятся внутренними стереотипами восприятия старения (Александрова М.Д., 2003; Ермолаева М.В., 2003).

Интернализация, то есть усвоение стереотипов старения начинается в детстве. Этот процесс был описан Олпортом, “Ребенок, который усваивает предубеждение, заимствует отношение и стереотипы у своей семьи или культурной среды” (Allport G. W., 1954). Результат этого процесса был проиллюстрирован, когда детям, начиная с дошкольного возраста по шестой класс, были показаны рисунки, на которых был изображен мужчина на четырех этапах жизни; дети в возрасте уже трех лет смогли определить самого старшего мужчи-

ну на рисунке и подавляющее большинство всех детей охарактеризовали самого старого человека как "беспомощного, неспособного заботиться о себе и вообще пассивного. По-видимому, усвоенные (интернализированные) детьми стереотипы старения несут с собой ожидания относительно их собственного процесса старения.

По мере взросления индивидуума эти стереотипы, как правило, укрепляются из-за многократного воздействия на него преимущественно негативных стереотипов старения, существующих в Северной Америке и Европе (Palmore E.V., 1999). Похоже, наблюдается высокая степень подверженности данным стереотипам, отчасти, потому что, когда они относятся к другим, нет психологической необходимости защищаться от них. Усвоению стереотипов старения еще более способствует вероятность их укрепления через целый ряд различных когнитивных процессов. Например, поскольку люди, в основном, достаточно костны и консервативны в суждениях, они продолжают опираться на стереотипы, которые позволяют быстро и эффективно обрабатывать огромный массив информации, с которыми они сталкиваются ежедневно. Кроме того, информация о пожилых людях может вспоминаться выборочно и в соответствии со стереотипами (Levi L., 1996).

Таким образом, было установлено, что стереотипы старения у людей пожилого возраста первичны по сравнению с их собственным опытом. Обращаясь к своим подопечным, работники домов престарелых разговаривают с ними как с маленькими детьми, независимо от их физического или умственного здоровья (Kemper S., 1994). Аналогичным образом молодые работники, даже когда они постоянно контактируют с пожилыми работниками, склонны придерживаться ошибочного стереотипа, что производительность пожилых работников, как правило, ниже, чем производительность молодых работников. Если встречается весьма успешный пожилой человек, то один из способов устранить диссонанс — классифицировать его как исключение из данной стереотипной категории.

Необходимо отметить, что за последние два десятилетия наблюдалось увеличение числа экспериментальных исследований относительно бессознательного воздействия стереотипов. Большинство исследований были сосредоточены на изучении имплицитных расовых и гендерных стереотипов, однако растет число работ, посвященных имплицитным возрастным стереотипам. В первом



из этих исследований, касающихся стереотипов старения, Пердью и Гуртман продемонстрировали, что в присвоении негативных черт пожилым людям имеется автоматический или бессознательный когнитивный компонент. Они показали, что, когда студентам колледжа была дана подсознательная установка, где праймом служило слово «старый», они принимали решения о негативных чертах значительно быстрее, чем под воздействием слова «молодой» (Perdue C. W., Gutman M. B., 1990).

Авторы кратко описали процесс, лежащий в основе их исследований следующим образом: «когда сознание категоризирует человека как «старого», создается подмножество преимущественно негативных конструктов, которые являются более доступными и, как правило, чаще применяются при оценке этого человека, и, таким образом, закрепит эйджизм с самого начала процесса социальновосприятия» (Perdue C. W., Gutman M. B., 1990).

Был проведен ряд исследований имплицитных возрастных стереотипов с помощью теста имплицитных ассоциаций (ИАТ), в котором используется индикатор скорости реакции, получаемый при соотнесении объекта, например, «старый» или «молодой» человек, с оценочной категорией, например, «хорошо» или «плохо». Интернет-версия теста ИАТ, с более чем 68 000 участников в возрасте от 8 и старше 71, выявила, что негативные имплицитные отношения к старым людям более часты, чем негативные имплицитные отношения к широкому спектру стигматизированных групп, включая афроамериканцев и людей нетрадиционной ориентации (Nosek B. A., 2002).

Исследования показывают, что осознанные убеждения, как правило, действуют независимо от неосознанных (Nosek B. A., 2002). Например, человек может выразить позитивное отношение к целевой группе в самоотчете и более негативное отношение при неосознанной оценке. При анализе корреляции между имплицитными и эксплицитными убеждениями об одних и тех же 15 целевых категориях, в том числе этнической принадлежности, убеждения относительно старения показали наименьшую корреляцию. Хотя отношения к старению, как правило, негативны как на имплицитном, так и на эксплицитном уровнях, на имплицитном уровне они более негативны.

Обработка информации на имплицитном и эксплицитном уровнях может помочь сделать пожилых людей особенно уязвимыми к негативным внутренним стереотипам восприятия старения. Если

более негативные стереотипы старения будут действовать имплицитно, распознавание влияния этих стереотипов может быть затруднено.

Когда люди достигают преклонного возраста, стереотипы старения, приобретенные в детстве и затем цементируемые на протяжении десятилетий, становятся их внутренними стереотипами. Пожилые люди являются единственной аут-группой, которая неизбежно становится ин-группой для людей, которые живут достаточно долго. Поскольку те, кто определяет принадлежность к «стереотипной» группе, в конечном итоге сами становятся ее членами, неудивительно, что существует соответствие между стереотипами старения, приобретенными ранее и внутренними стереотипами восприятия старения. Хотя культуры, как правило, отличаются друг от друга по содержанию стереотипов старения, как молодые, так и пожилые люди в рамках одной культуры склонны иметь сходные стереотипы старения.

О преемственности между стереотипами старения и внутренними стереотипами восприятия старения свидетельствует то, что как молодые, так и пожилые люди выражают негативное отношение к пожилому возрасту.

Внутренние стереотипы восприятия старения могут быть приобретены в два этапа. Когда человек достигает того возраста, официально определяемого учреждениями или неофициально другими лицами как «преклонный», он или она вступает в группу пожилых, что является первым этапом. Он представляет некое навязанное искусственное определение, а не принятое объектом как справедливое. На этом первоначальном этапе стереотипы старения становятся внутренними стереотипами восприятия старения потому, что в настоящее время они направлены на людей, которые, по мнению других, являются не «чужаками» по отношению к данной группе, а скорее ее членами.

Данный этап отличается от следующего этапа, который подразумевает отождествление с другими людьми в той же категории (то есть убеждение «я –старый»). На этот момент референтная (эталонная) группа пожилых людей уже сформирована. Продолжительность времени, необходимого для того, чтобы совместить участие в референтной (эталонной) группе и участие в данной группе может меняться в зависимости от того насколько негативны стереотипы

старения человека. То есть, чем более негативны стереотипы старения, тем больше будет сопротивление при отождествлении себя со старыми людьми. Сопротивление, как правило, принимает форму отказа. Этот отказ может быть выражен поиском, предполагаемых средств борьбы с признаками старения.

Безжалостные напоминания о старости, встречающиеся в повседневной жизни (например, образ старения в средствах массовой информации и маркетинге) могут разрушить барьер, воздвигнутый отрицанием старения, и тем самым создать у человека ощущение естественности его старения. Например, из анализа небольших историй, героями которых были или молодые или более старые взрослые индивиды, следует, что участники были более склонны объяснять ухудшение памяти у старых людей наличием факторов, которые нельзя изменить (например, затрудненность умственной деятельности) и менее склонны считать причиной этого ухудшения факторы, которые могут быть изменены (например, недостаток усилий), в отличие от молодых взрослых с теми же проблемами с памятью. Также был отмечен перевод стереотипов старения во внутренние стереотипы восприятия старения, т.к. данные выводы применимы как для молодых, так и для старых участников.

Имеется вероятность того, что пожилые люди столкнутся с эйджистскими настроениями в обществе, когда эти настроения выражаются теми, кому полагается быть наиболее чувствительным к потребностям пожилых людей — эмоциональным и физическим.

Различные заболевания, которые накапливаются после того, как человек достигает старости, создают у него ощущение, что его старение естественно (Александрова М.Д., 2003). Таким образом, следует ожидать, что в ходе дальнейшего старения пожилой человек будет все больше отождествлять себя со своей возрастной группой. Эта тенденция была продемонстрирована на имплицитном уровне, когда было установлено, что люди в возрастной группе 55–74 года чаще отождествляли себя с молодыми людьми, чем представители возрастной группы старше 74 лет (Perdue C. W., Gutman M. B., 1990).

Когда пожилой возраст становится самоопределяющим фактором, стереотипы старения могут проявиться в новой функции: негативные ожидания в отношении старения, возможно, сбудутся и наложат ненужные ограничения на будущие поколения пожилых людей.

В предыдущем обзоре основное внимание уделялось негативным стереотипам старения и их превращению в негативные внутренние стереотипы восприятия старения. Это следует из того, что в обществе акцент делается на негативные стереотипы старения (Palmore E. V., 1999). Хотя в силу распространенности этих негативных стереотипов, а также их содержания, (они часто подразумевают ухудшение мыслительных и других способностей), они приобрели большую значимость в обществе, позитивные стереотипы старения также интернализируются в обществе.

Целый ряд исследований обнаружили, что, хотя, большинство подкатегорий в категории пожилых людей являются негативными, как у молодых, так и старых участников неизменно возникают позитивные подкатегории (Hummert M. L., 1990). Кроме того, есть лица, которые до достижения преклонного возраста, имеют преобладание позитивных стереотипов старения, в результате чего у них возможно преобладание позитивных внутренних стереотипов восприятия старения в пожилом возрасте.

Как отмечалось ранее, существует масса исследований, указывающих на то, что стереотипы могут воздействовать на объект имплицитно, и как негативным, так и позитивным образом.

Уроки, которые можно извлечь из предыдущего обзора литературы, предоставляют крайне важный контекст для последующих исследований. Мы можем предположить, что поскольку, при интернализации стереотипы старения, которые включают в себя ожидания по поводу будущего существования, становятся внутренними стереотипами восприятия старения, то становится вполне обоснованным утверждение, что хроническая активация этих стереотипов может воздействовать на жизнедеятельность пожилых людей. Снижение физических и умственных способностей в пожилом возрасте часто объясняется биологическими причинами. Например, старение было определено как "процесс внутреннего, прогрессирующего и общего физического износа, который происходит с течением времени, и начинается в возрасте репродуктивной зрелости" (Levi L., 1996). Мы полагаем, что целью последующих исследований в этой области должно быть изучение альтернативного подхода: может ли ухудшение способностей индивидуума, хотя бы частично, являться результатом социально-психологического конструкта, в виде внутренних стереотипов восприятия старения, а не неизбежного биологического процесса.

### 2.3.3. Гендерные роли

Теория ролей (ролевая теория личности) — название, применяемое в отношении ряда социологических построений, как функционалистских, так и интеракционистских, использующих понятие социальной роли в качестве одной из своих ключевых концепций.

Классическое определение социальной роли в ее функционалистском понимании применительно к синхронному описанию социальных отношений было дано Р.Линтоном в 1936 г. Понятие роли относится к таким ситуациям *социального взаимодействия*, когда регулярно и на протяжении длительного времени воспроизводятся определенные стереотипы поведения. Конкретные индивиды выступают во множестве ролей; таким образом, роль есть лишь отдельно взятый аспект целостного поведения. С понятием роли тесно связаны такие понятия, как институционализированные ролевые ожидания (экспектации), ролевой конфликт, ролевая напряженность (*role-strain*), ролевой набор (*role-set*), адаптация к роли и т. п. Р.Линтон дал социологическую интерпретацию понятия роли, выделив в структуре социальных отношений статусы, то есть определенные позиции и связанные с ними совокупности прав и обязанностей, и определив роль как динамический аспект статуса (Biddl B. J., Thomas E., 1979).

З.Фрейд исследовал психологические аспекты усвоения человеком социальных ролей и в своей теории утраченных объектов — источников удовольствия (объектов катексиса) показал, как в результате усилий индивида сохранить в своей фантазии приносящее удовлетворение отношение, роль «Другого» становится частью личностной структуры индивида, его «Я».

*Стереотипы гендерных ролей* — это общепринятые в данном обществе взгляды на приличествующее мужчине и женщине поведение. В стереотипах мужского и женского ролевого поведения отражены определенные общественные ожидания (*гендерные идеалы*).

Гендерный стереотип, касающийся закрепления семейных и профессиональных ролей в соответствии с полом, относится к одному из самых распространенных стереотипов, предписывающих стандартные модели ролевого поведения мужчин и женщин. В соответствии с этим стереотипом для женщин главными социальными ролями считаются семейные роли (мать, хозяйка), для мужчин — профессиональные роли (работник, труженик, гендерные стереотипы добыт-

чик, кормилец). Мужчин принято оценивать по профессиональным успехам, женщин — по наличию семьи и детей. Народная мудрость гласит, что «нормальная» женщина хочет выйти замуж и иметь детей и что все другие интересы, которые у них могут быть, вторичны по отношению к этим семейным ролям. Для выполнения традиционной роли домашней хозяйки женщина должна обладать чуткостью, сострадательностью и заботливостью. В то время как мужчинам предписывается ориентироваться на достижения, от женщин требуются ориентированность на людей и стремление к установлению близких межличностных взаимоотношений. Одним из оснований формирования традиционных гендерных ролей выступает разделение труда по признаку пола. Основным критерием в этом разделении выступает биологическая способность женщин к деторождению. В современных обществах давно отпала та социальная необходимость разделения труда на основе детородной способности женщин, которая существовала в архаических обществах. Большинство женщин работают в производственной сфере вне дома, а мужчины давно перестали быть только «воинами и охотниками», защищающими и кормящими свою семью. И тем не менее стереотипы о традиционных гендерных ролях очень устойчивы: от женщин требуется концентрация на частной (домашней) сфере деятельности, а от мужчин — в сфере профессиональной, общественной (Воронина О. А., Клименкова Т. А., 1992).

Важную роль в утверждении гендерного стереотипа о закреплении социальных ролей в соответствии с полом сыграла концепция «естественной» взаимодополнительности полов Т. Парсонса и Р. Бейлса, рассматривавших дифференциацию мужских и женских ролей в структурно-функциональном плане.

Были также предложены различные варианты идеальной модели гендерных ролей: нетрадиционная модель (Ф. Меринг и Р. Тернер) — женщина работает вне дома для заработка, но основной сферой деятельности для нее остается семья; трехфазная модель (А. Мюрдаль и В. Клейн) — женщина работает, потом рождает и растит детей, затем снова работает; модель симметричных ролей/двухкарьерная семья (Рона и Роберт Раппопорт, Б. Фридан) — оба супруга делают карьеру и поровну делят семейные обязанности; идентичные роли (Дж. Трибилкот, Н. Вайсстайн) — идентичность ролей формулировалась ими в абстрактных терминах свободы, справедливости, равенства возможностей; андрогинная модель (С. Бем), универсальная

или монополювая (Э.Росси, Б.Фориша), при которой каждый человек должен обладать как мужскими, так и женскими качествами; радикально-феминистская модель (Дж. Бернард, К.Сафилиос Ротшильд), которая предполагала отказ женщин от выполнения традиционных семейных ролей и передачу этих функций обществу (Dant T., 1983).

### 2.3.4. Гендерные установки

Установка — это готовность, предрасположенность определенным образом воспринимать, понимать, осмысливать объект или действовать с ним в соответствии с прошлым опытом или под влиянием стереотипов. Под установкой также понимается неосознаваемая личностью готовность, предрасположенность к деятельности, с помощью которой может быть удовлетворена та или иная потребность.

Социальная установка — это один из самых значимых психологических механизмов включения индивида в социальную систему, поскольку **социальная** установка функционирует одновременно и как элемент психологической структуры личности, и как элемент социальной структуры (Шихирев П.Н., 1999).

Существует немало определений понятия «социальная установка», но наиболее полно предметное содержание социальной установки раскрывается в одном из первых определений этой категории, которое принадлежит У.Томасу и Ф.Знанецкому: «состояние сознания, регулирующее отношение и поведение человека в связи с определенным объектом в определенных условиях, и психологическое переживание им социальной ценности, смысла объекта» (Роцин С.К., 2002). В данном определении на первый план выведены важнейшие признаки социальной установки: 1) социальный характер объектов, с которыми связаны отношение и поведение человека; 2) осознанность этих отношений и поведения; 3) эмоциональная значимость объектов для человека и представленность чувств и переживаний в социальной установке; 4) регулятивная роль социальной установки.

В качестве социальных объектов, на которые направлена социальная установка, могут быть и институты общества и государства, и явления, и события, и группы, и личности.

Установки (мнения, оценки, убеждения) приобретаются через контакты в семье, социальной группе, школе и т.д. Одни из них становятся центральными, так как образуют ядро системы убеждений,

используемых индивидом для понимания общества. Другие установки становятся периферическими, так как играют меньшую роль в социальной адаптации. Именно центральные установки труднее всего поддаются изменению и составляют основу для формирования предубеждений в отношении других людей или событий (Слободчиков В.И., 1995).

Гендерные установки вполне правомерно рассматривать как один из видов социальных установок. Значимость роли гендерных установок особенно велика в системе анализа гендерных отношений межличностного уровня функционирования (Роцин С.К., 2002). Гендерными установками определяется содержание ролевого поведения партнеров разного пола в разных ситуациях, например, на этапе знакомства и развития эмоциональных отношений между мужчиной и женщиной, в процессе распределения домашних обязанностей между мужем и женой, в ситуации взаимодействия отцов и матерей с детьми и другое.

Выделяют два типа гендерных установок: традиционные и эгалитарные (Алешина Ю.Е., 1989; Малкина-Пых И.Г., 2006).

В системе традиционных установок роли мужчин и женщин в межличностном взаимодействии строго дифференцированы, эгалитарные установки, напротив, не предполагают строгого разделения ролей, в межполовых отношениях они ориентируют людей на сходные модели поведения.

Наиболее часто внимание исследователей привлекают семейные гендерные установки.

Так, к примеру, в работе Ж. Липовецкого (2003) описываются традиционные гендерные семейные установки: самореализация мужчин в профессиональной области, по общему мнению, выступает на первый план в сравнении с самореализацией женщины; именно ей следует оставить службу, если того требует карьера мужа. Профессиональные интересы женщины не должны ставить выше семейных интересов. Именно женщины должны заботиться о детях: ухаживать за ними, заниматься их развитием и воспитанием. Когда дети болеют, то именно матери должны обеспечить уход за ними. Широко распространено мнение о том, что женщинам ни в коем случае не следует работать, если у них есть дети младенческого возраста. Женщин по-прежнему мысленно помещают по преимуществу в сферу домашнего хозяйства. Хотя труд для женщин — столь же легитимное заня-



тие, как и для мужчин, но это вовсе не влечет за собой установления недифференцированного отношения обоих полов к профессиональной деятельности (Липовецкий Ж., 2003).

В работе Ю.Е.Алешинной и А.С.Волович (1991) представлен перечень параметров, по которым различаются традиционные и эгалитарные семьи. Среди параметров выделены следующие традиционные гендерные установки: 1) представление о том, что функции воспитания детей и поддержания эмоционального климата в семье являются женскими; 2) представление о том, что функции материального обеспечения семьи являются мужскими; 3) возможность лишь для мужа отстаивать свои взгляды в ситуации разногласий между мужем и женой, а для жены — подчиняться в ситуации разногласия с ним; 4) терпимость жены к автономии мужа и нетерпимость мужа к автономии жены.

В соответствии с эгалитарными установками и для мужчин, и для женщин профессиональная и семейная ориентация одинаково важна и значима. Другими словами, не считается, что какая-то сфера жизни (семья или работа) однозначно является приоритетной для представителя определенного пола. В соответствии с эгалитарными гендерными установками домашние обязанности и воспитание детей не являются исключительной прерогативой женщины, не только жена, но и муж подчиняет свои интересы потребностям и интересам семьи, не только муж, но и жена несет ответственность за экономическое семейное благополучие. Если у супругов выражены эгалитарные семейные установки, то в такой семье нет жесткого распределения гендерных ролей: типичным является поведение, связанное с взаимозаменяемостью ролей, как правило, используется гибкий вариант распределения семейных обязанностей и видов деятельности, решения принимаются коллегиально, конфликты разрешаются не с позиций силы, а с использованием компромисса и других конструктивных способов поведения.

Эгалитарные установки в большей мере выражены у женщин по сравнению с мужчинами. Уровень образования мужчин и женщин, их возраст прямо коррелируют с выраженностью эгалитарных взглядов. Более молодые и имеющие высшее образование мужчины и женщины чаще демонстрируют эгалитарные установки по сравнению со старшей возрастной группой мужчин и женщин, имеющих невысокий уровень образования (Малкина-Пых И.Г., 2006).

В систему патриархатных гендерных установок могут быть включены 1) отказ от внесемейной самореализации женщины в конфликтных ситуациях; 2) высокая приверженность двойной морали.

## 2.4. ПСИХОЛОГИЯ ГЕНДЕРНЫХ ОТНОШЕНИЙ

*Психология гендерных отношений* — новое научное направление, связанное с изучением закономерностей дифференциации и иерархизации личных и групповых отношений в сфере межполового взаимодействия (Клецина И. С., 2004).

Гендерные отношения — это различные формы взаимосвязи людей как представителей определенного пола, возникающие в процессе их совместной жизнедеятельности. Гендерные отношения встроены в широкий социальный контекст и проявляются на разных уровнях социума, то есть — это многоуровневые отношения, существующие на макро-, мезо- и микроуровнях социальной реальности, а также на внутриличностном уровне. Другими словами, гендерные отношения — это: социально организованные отношения на уровне общества, между государством и гендерными группами; отношения между различными гендерными группами; отношения между субъектами разного пола; отношение личности к самой себе как представителю определенной гендерной группы.

Гендерные отношения анализируются как разновидность социально-психологических отношений, поэтому они имеют сходные с этими отношениями детерминанты. К ним относятся: гендерные представления, стереотипы, установки и гендерная идентичность личности или групп, которые представляют собой разновидность социальных представлений, стереотипов, установок и социальной идентичности. В гендерных представлениях, стереотипах, установках и составляющих социальной идентичности субъектов отношений отражены сложившиеся в обществе нормативные взгляды относительно статуса мужчин и женщин, их психологических характеристик и особенностей поведения.

Основаниями конструирования гендерных отношений, характерными для всех уровней, являются: поляризация, дифференциация позиций мужчин и женщин как двух гендерных групп, явления неравенства, доминирования, власти, подчинения. Поскольку на этих

явлениях сделан акцент в социально-конструктивистской парадигме, можно дифференцированность ролей и статусов мужчин и женщин и иерархичность, соподчиненность их позиций рассматривать как основные параметры анализа гендерных отношений. Таким образом, выделяются два вектора измерения гендерных отношений: горизонтальный, где основным параметром является дифференциация ролей и статусов мужчин и женщин, и вертикальный, который определяется параметром иерархичности позиций мужчин и женщин или гендерных групп.

Все многообразие содержательных характеристик межполовых отношений можно свести к двум альтернативным моделям: *партнерской* и *доминантно-зависимой модели отношений*.

Первая модель — *партнерские отношения* — это отношения двух равноправных субъектов, каждый из которых обладает собственной ценностью. Несмотря на наличие индивидуализированных целей, каждый принимает во внимание цели и интересы другого. Главным в таких отношениях является согласование позиций и устремлений между партнерами. Общение и взаимодействие отличается уважением и корректностью, умением поставить себя на место своего партнера, вникнуть в его проблемы и ситуацию. При этом такая готовность исходит со стороны не только одного партнера, а каждого из них.

Противоположная модель — *доминантно-зависимая модель отношений* — не предполагает равноправия позиций: одна сторона занимает доминантную позицию, другая — зависимую. В этом случае один субъект отношений побуждает другого подчиниться себе и принять цели, не согласующиеся с собственными устремлениями и целями. Доминантная позиция включает в себя такие проявления в поведении, как уверенность в себе, независимость, властность, демонстрация собственной значимости, умение настоять на своем. Представитель доминантной позиции стремится к соперничеству, ему присуще презрение к слабости и выражена потребность в силе ради нее самой.

Для измерения стратифицированного гендерного пространства обычно используются следующие критерии: позиция в иерархии доходов и как следствие способы и формы потребления доступных материальных и социальных благ (образ и стиль жизни); власть (иерархия отношений политического и экономического влияния индивидов и групп индивидов друг на друга).

*На макросоциальном уровне* гендерные отношения анализируются в системе: «общество (государство) — группа мужчин или женщин», «общество (государство) — личность мужчин или женщин». Социально-психологическими детерминантами гендерных отношений здесь выступают *гендерные представления* как разновидность социальных представлений.

Специфика проявлений гендерных отношений с позиций государства задается социальной политикой по отношению к конкретной гендерной группе, а политика определяется доминирующей в обществе гендерной идеологией. Специфика проявлений гендерных отношений с позиций гендерных групп находит выражение в социальных ролях мужчин и женщин как членов общества, эти роли определяются как гендерные.

*Гендерные отношения в межгрупповом взаимодействии.* При изучении межгрупповых отношений зарубежными и отечественным авторами (Tajfel H., 1981, 1982; Агеев В. С., 1983, 1985, 1986, 1990) было установлено, что специфика межгруппового восприятия, объектом и субъектом которого являются социальные группы, заключается: 1) в объединении индивидуальных представлений в некоторое целое, качественно отличное от составляющих его элементов (то есть речь идет о целостности и унифицированности как структурных характеристиках межгруппового восприятия); 2) в схематизации и упрощении возможного диапазона сторон восприятия другой группы; 3) в длительном и недостаточно гибком формировании межгрупповых представлений, обладающих устойчивостью к внешним влияниям. Последние специфические особенности касаются динамических характеристик межгруппового восприятия. Соотнесение указанных специфических особенностей межгруппового восприятия с результатами эмпирических исследований восприятия гендерных групп свидетельствует о действии общих закономерностей в ситуации функционирования гендерного взаимодействия. Образы типичных мужчин и женщин, характерные для представителей разных культур и народов, отличаются целостностью, унифицированностью, схематичностью; они несколько упрощены, отличаются эмоциональной окрашенностью. Таким образом, структурные и динамические характеристики процесса восприятия мужчин и женщин как представителей социальных групп вписываются в общие закономерности, характерные для межгруппового восприятия вообще.

## 2.5. ГЕНДЕРНЫЕ КОНФЛИКТЫ

Гендерный конфликт — взаимодействие или психологическое состояние, в основе которого лежит противоречивое восприятие гендерных ценностей, отношений, ролей, приводящее к столкновению интересов и целей. Гендерный конфликт вызван противоречием между нормативными представлениями о чертах личности и особенностях поведения мужчин и женщин и невозможностью или нежеланием личности соответствовать этим представлениям-требованиям. Любой гендерный конфликт базируется на явлениях полоролевой дифференциации и иерархичности статусов мужчин и женщин, существующих в современных обществах.

В соответствии с выделенными уровнями анализа гендерных отношений можно рассматривать три больших группы гендерных конфликтов, которые могут быть вызваны ситуацией рассогласования традиционного полоролевого поведения и потребностями личности в изменении содержания предписанных гендерных ролей (Клецина И. С., 2004).

На макроуровне гендерный конфликт представляет собой социальный конфликт. В основе социального конфликта лежит борьба между социальными группами людей за реализацию собственных целей. В упрощенном виде гендерный конфликт на макросоциальном уровне можно рассмотреть, как конфликт интересов, то есть борьбу женщин как социальной группы за более высокий статус в обществе. Во всех современных обществах женщины по сравнению с мужчинами обладают более низким статусом, следовательно, они имеют меньше власти и меньше доступа к принятию решений, важных для общественного развития (Гидденс Э., 1999).

На уровне межличностных отношений гендерные конфликты наиболее распространены в семейной и профессиональной сферах. Исследователи, занимающиеся изучением семейных отношений, как правило, обращают свое внимание на такой значимый показатель семейной жизни, как характер распределения ролей в семье между мужем и женой. Так, в работе Ю.Е.Алешинной полоролевая дифференциация рассматривается как комплексный показатель, учитывающий не только реальное распределение ролей в семье, но и отношение к нему супругов (Алешина Ю.Е., 1999). Гендерные конфликты в основном вызваны потребностью в перераспределении традици-

онных женских и мужских ролей. Как правило, мужчины имеют установки на традиционный тип семейных отношений в быту (жена выполняет больший объем домашних работ, а если муж ей и помогает, то только выполнением традиционных видов «мужской работы»). Женщины чаще склоняются к эгалитарному типу распределения ролей в семье, при котором семейные обязанности делятся поровну между мужем и женой, либо распределяются в зависимости от сложившейся ситуации: основную часть домашних дел берет на себя тот член семьи, у кого больше свободного времени.

Гендерный стереотип закрепления социальных ролей за определенным полом влияет на возникновение гендерных конфликтов и на интраиндивидуальном уровне. Эти ролевые конфликты называются внутриличностными и представляют собой внутреннее состояние человека, вызванное его противоречивыми представлениями, мотивами, моделями поведения.

Внутриличностные конфликты представляют собой противоречия, возникающие между несовместимыми (или, по меньшей мере, трудно совместимыми) интересами, потребностями, представлениями, ролями личности. В зависимости от того, какие именно аспекты личности затрагиваются противоречиями, различают конфликты в мотивационной, когнитивной или деятельностной сферах.

Существует классификация внутриличностных конфликтов на основе дифференциации ценностно-мотивационной сферы личности. Внутренний мир человека включает: мотивы («хочу», потребности, интересы, желания), ценности («надо», «Я должен»), самооценку («могу», «Я есть»).

Исходя из такого понимания внутреннего мира человека, выделяются следующие внутриличностные конфликты (Анцупов А.Я., Шипилов А.И., 1999):

**Мотивационный конфликт** — столкновение мотивов, бессознательных стремлений (З.Фрейд, К.Хорни, К.Левин). Между хочу и хочу.

**Нравственный конфликт** — столкновение долга и желания, моральных принципов и личных привязанностей, желаний и внешних требований, долга и сомнения в необходимости следования ему (В.Франкл). Между хочу и надо.

**Конфликт нереализованного желания или комплекса неполноценности** — конфликт между желаниями и действительностью,

которая блокирует их удовлетворение, или недостаточными физическими возможностями (часто это конфликт между желанием быть таким, как они — референтная группа и невозможностью осуществления) (А. Адлер). Между хочу и могу.

**Ролевой конфликт** — внутриролевой (различное понимание личностью себя и своей роли: Я и роль), межролевой (невозможность соединять несколько ролей одним человеком). Интенсивность ролевого конфликта определяется степенью совместимости несовместимости различных ожиданий; уровнем жесткости, с которой предъявляются эти требования; личностными характеристиками самого индивида, его отношением к ролевым ожиданиям. Между надо и надо.

**Адаптационный конфликт** — нарушение равновесия между человеком и окружающей средой (широкий смысл) или нарушение процесса социальной или профессиональной адаптации. Между надо и могу.

**Конфликт неадекватной самооценки** — расхождение между самооценкой, притязаниями и реальными возможностями (варианты: низкая или высокая самооценка и низкий или высокий уровень притязаний). Между могу и могу.

**Невротический конфликт** — длительно сохраняющийся любой из вышеописанных видов конфликтов или их совокупностей.

# ГЕНДЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СФЕРАХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ, ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Одной из наиболее значимых направлений национального развития России является поддержание физического и духовного здоровья, качества жизни и увеличение ее продолжительности у лиц пожилого и старшего возраста. Для реализации направленных на решение данных задач программ активного долголетия и долговременного ухода в рамках проекта «Демография» необходим учет физического состояния, социальной адаптации и наличия специфических потребностей лиц пожилого и старшего возраста, в том числе связанных с полом и гендером.

### 3.1. ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ В РАМКАХ ПОЛИТИКИ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ И СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

В России поддержание качества жизни и увеличение продолжительности жизни у пожилых является приоритетной задачей. С одной стороны, с возрастом гендерные различия могут нивелироваться, и в пожилом возрасте не являться значимым фактором благополучия, однако практика показывает, что подверженность гендерным стереотипам, к сожалению, не исчезает и может снижать качество жизни в пожилом и старшем возрасте.

**Активное долголетие.** Комплекс мер, направленных на поддержание качества жизни и создание мотивации к сохранению активности у граждан старшего поколения для реализации их потенциала и увеличения продолжительности жизни, составляет политику активного долголетия. Для достижения активного долголетия предполагается «осуществление как мер общегуманитарного характера, направленных на удовлетворение потребностей человека в ходе его индивидуального развития, так и мер адаптации всего общества



к демографическим изменениям», в том числе за счет повышения социальной активности и занятости.

Понятие активного долголетия впервые сформулировано и оформлено в 2002 г. Всемирной организацией здравоохранения в виде Рамочной стратегии активного долголетия. В итоговый документ второй Всемирной ассамблеи по старению были включены основные принципы активного долголетия — Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. «ВОЗ обозначила шесть основных детерминант активного долголетия: поведенческие стили; индивидуальные биологические и психологические характеристики; медицинские и социальные услуги; физическое окружение; социальные факторы; экономические факторы» (Овчарова Л. Н., Морозова М. А., Синявская О. В., 2020). Рамочная стратегия активного долголетия предполагает «многомерные и многоуровневые действия по трем основным направлениям: 1) здоровье — увеличение продолжительности здоровой жизни, а также обеспечение доступа к медицинским и социальным услугам для всех нуждающихся в заботе и уходе; 2) участие — помощь и содействие полноценному участию граждан старшего поколения в социально-экономической, культурной и духовной деятельности в соответствии с их основными правами человека, способностями, потребностями и предпочтениями; 3) защищенность — по мере старения обеспечение прав человека и потребностей людей в социальной, финансовой и физической сферах, включая гарантии защиты, сохранения достоинства и заботы для тех, кому необходима поддержка и защита» (Овчарова Л. Н., Морозова М. А., Синявская О. В., 2020). в 2012 г. в ходе второго цикла обзора и оценки осуществления Мадридского международного плана действий по проблемам старения 2002 года и проведения Европейского года активного старения и солидарности поколений Рамочная стратегия активного долголетия получила свое дальнейшее развитие. Проведение Европейского года активного старения и солидарности поколений привело к следующим выводам: «политика содействия активному долголетию должна осуществляться параллельно в трех основных областях: 1) занятость; 2) участие в жизни общества; 3) автономная жизнь» (Овчарова Л. Н., Морозова М. А., Синявская О. В., 2020). В рамках совместного проекта Организация Объединенных Наций Европейская комиссия разработали «индекс активного долголетия — инструмент для измерения неиспользован-

ного потенциала граждан старшего поколения для активного и здорового долголетия» (Овчарова Л. Н., Морозова М. А., Синявская О. В., 2020). В ходе третьего цикла (2013–2017 гг.) оценки осуществления Мадридского международного плана действий по проблемам старения в регионе Европейской экономической комиссии «ИАД стал инструментом измерения политики в области активного долголетия». В последние годы в национальных программах активного долголетия начинает преобладать «универсальный» подход, предусматривающий включение в такие программы граждан старшего поколения всех возрастов и всех уровней физического и психического здоровья, в том числе немощных и лиц с инвалидностью (Овчарова Л. Н., Морозова М. А., Синявская О. В., 2020).

В последние годы в России также был принят ряд программных документов, целевой группой которых является старшее поколение. В феврале 2016 г. принята Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, а в ноябре 2016 г. — План мероприятий на 2016–2020 годы по осуществлению ее первого этапа. Основные направления государственной поддержки граждан старшего поколения получили развитие в Указе Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и в национальном проекте «Демография». Две из девяти национальных целей развития на период до 2024 г., поставленных Указом № 204, конкретно касаются «качества жизни старшего поколения: 1) повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 г. — до 80 лет); 2) обеспечение стабильного роста реальных доходов граждан, а также роста уровня пенсионного обеспечения выше уровня инфляции». Кроме национальных целей развития, обозначенных в Указе № 204, важно отметить «ряд целевых показателей, установленных в национальном проекте «Демография» и прямо описывающих динамику потенциала активного долголетия: 1) рост ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет; 2) снижение смертности населения старше трудоспособного возраста до 361 человека на 10 тыс. человек населения аналогичного возраста; 3) повышение доли граждан, регулярно занимающихся физической культурой и спортом, до 55,0%». В национальный проект «Демография» включено пять федеральных проектов, один из которых касается непосредственно интересы граждан старшего поколения

и направлен на активное долголетие «Старшее поколение» (Овчаровой Л. Н., Морозовой М. А., Синявской О. В., 2020).

В 2017 году по поручению Президента Российской Федерации был разработан и утвержден «Комплекс мер по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также по поддержке семейного ухода».

С 2018 года Благотворительный фонд «Старость в радость» совместно с Минтрудом России и Минздравом России реализует пилотный проект по внедрению СДУ, который с 2019 года вошел в состав национального проекта «Демография» в качестве мероприятий федерального проекта «Старшее поколение». В 2021 году в СДУ участвуют 24 региона.

Сейчас социальное обеспечение в рамках программ активного долголетия и системы долговременного ухода в отношении лиц пожилого возраста преимущественно не учитывает принадлежность к определенному полу и гендерные аспекты. Однако непреодоленное гендерное неравенство влияет на формирование определенных потребностей лиц пожилого возраста.

По данным исследования ВЭФ «глобальный Индекс гендерного неравенства в 2018 году составил 68 %, то есть гендерный разрыв преодолен на 68 % из 100. Наибольшие успехи достигнуты в сфере здоровья и образования — глобальные значения соответствующих промежуточных индексов равны 96 % и 95 %. В то же время гендерный разрыв в экономической и политической сферах остается значительным — 59 % и 22 %, соответственно». По оценке ВЭФ, «ни одна страна не достигла полного равноправия между мужчинами и женщинами. Ближе всех к равенству полов подошли 7 стран, которые сократили гендерный разрыв на 80 и более процентов. Это Исландия, Норвегия, Швеция, Финляндия, Никарагуа, Руанда и Новая Зеландия. Но даже в этих странах промежуточный индекс гендерного неравенства в политической сфере находится на уровне 50–60 %, за исключением Исландии, где он составляет 67 %» (Гендерное равенство наступит через 108 лет, 2019).

По доступу к медицинским услугам и образованию показатели самые лучшие среди различных сфер: здесь гендерный разрыв за-

крыт на 95,6 и 95,4 %. Россия занимала в рейтинге 75-е место в 2016 г. Согласно этому показателю, положение женщин в России было хуже, чем в Таиланде (73-е место), Доминиканской Республике (74-е место) или Гондурасе (68-е место) (Краснов Ю. К., 2019).

В 2021 г. Россия на 81 месте по данному индексу, поскольку наиболее высокооплачиваемые рабочие места связаны с цифровыми технологиями, и из всех занятых в ИТ женщины составляют около 30 %, а также потому, что Россия — единственная страна в Европе и на постсоветском пространстве, где нет закона о гендерном равенстве (Хоткина З. А., 2021). При этом разницы в доступе к медицине и образованию между женщинами и мужчинами в России фактически нет (Краснов Ю. К., 2019).

Обеспечение гендерного равенства в странах с наиболее высокими значениями индекса происходит за счет нормативно-правовой базы. Например: Норвегия в 2002 г. приняла Закон о гендерном равенстве, в котором предусматривается обязанность всех государственных органов способствовать гендерному равенству. Подобные изменения в законодательстве привели к применению разнообразных мер, в том числе к разработке бюджетов, учитывающих гендерные потребности, и к проведению оценок воздействия принимаемых мер на гендерное равенство на уровне региона, страны и на местном уровне в различных сферах государственного сектора. Кроме того, в системах здравоохранения для содействия гендерному равенству может быть применено законодательство о правах пациентов. (The European health report 2002. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002).

В январе 2018 г. в Исландии вступил в силу первый в мире закон о равной оплате труда для мужчин и женщин за равный труд. Согласно новому закону, «компании, в которых работают больше 25 человек, обязаны проходить специальную сертификацию и подтверждать, что они предлагают равную оплату для мужчин и женщин на одинаковых позициях» (Payne S., 2009).

В целях реализации конституционного принципа равных прав и свобод и равных возможностей для мужчин и женщин был внесен на рассмотрение Законопроект ФЗ № 284965–3 «О государственных гарантиях равных прав и свобод мужчин и женщин и равных возможностей для их реализации (о государственных гарантиях равноправия женщин и мужчин)» депутатами Е. Лаховой и В. Володиной, который был принят в первом чтении в 2003 г., а в последствии был отклонен.

Россия — страна с «резко выраженной гендерной асимметрией в пользу женщин, которых в обществе 53 % против 47 % мужчин (перевес почти 11 млн чел). Это первый важный критерий гендерной особенности российского общества как общества устойчиво феминизированного, в котором гендерная асимметрия в пользу женщин не падает с 1955 г. Это принципиально отличает Россию от абсолютного большинства стран на мировой карте, ландшафт которых в противовес российскому гендерно асимметричен в пользу мужчин — 51 % к 49 %» (Женщины и мужчины России, 2018).

Продолжительность жизни мужчин в России значительно ниже, чем у женщин. В связи с этим отмечается уклон в сторону того, чтобы ассоциировать лиц пожилого возраста с женщинами, при этом борьба за гендерное равенство также подразумевает соблюдение прав женщин. «В перспективе развития социальной сферы предполагается, что свое место в этом ряду постепенно займет и политика гендерная, не ограниченная заботой о положении в обществе исключительно женщин. «Женский вопрос» как парадигма XX века уходит в социальное прошлое. Парадигмой века — XXI в 1995 г. на Всемирном форуме в Китае по положению женщин (Пекин, сентябрь 1995 г.) была заявлена по сути парадигма перехода к новому гендерному порядку, которая развивается и сегодня, постепенно внедряясь во все страновые анклавы и активно продвигая задачу внедрения гендерной государственной политики» (Пекинская декларация и Платформа действий Пекин+5: политическая декларация и итоговый документ, 2002; Гендерная политика в России и в мире: экономика, управление, общество: материалы Всероссийской научной конференции, 2021).

Проблемы достижения гендерного равенства является частью многих международных программ и документов. Гендерное равенство — это не только одно из основных прав человека, но и необходимая основа для достижения мира, процветания и устойчивого развития (Доброхлеб В. Г., 2020).

### **3.1.1. Медицинская плоскость**

Выявление признаков гендерного неравенства и обеспечение гендерной справедливости составляют важнейшие компоненты надлежащего стратегического управления системами здравоохранения. Деятельность систем здравоохранения может вносить важный

вклад в достижение гендерного равенства и справедливости путем учета гендерных аспектов по различным направлениям.

Гендерные различия в отношении здоровья и в отношении того, насколько качественно системы здравоохранения и службы медико-санитарной помощи удовлетворяют потребности женщин и мужчин отмечаются повсеместно. В Европе и в России между мужчинами и женщинами наблюдается разница в продолжительности жизни, риске смертности и заболеваемости, в моделях поведения относительно собственного здоровья и в пользовании услугами здравоохранения. Помимо этого отмечается, что «все большее признание получает тот факт, что, когда политика здравоохранения не направлена на удовлетворение потребностей ни мужчин, ни женщин, она может усугублять гендерное неравенство, и что системы здравоохранения обязаны предпринимать усилия по достижению гендерной справедливости» (Payne S., 2009). К числу коренных причин обусловленного гендерными различиями разрыва в отношении здоровья, на устранение которых могли бы направить свои усилия системы здравоохранения и службы медико-санитарной помощи, относятся различия между женщинами и мужчинами в пользовании профилактической медицинской помощью, в моделях поведения по отношению к собственному здоровью и в имеющемся у них доступе к медицинской помощи и лечению — то есть в тех факторах, которые влияют на конечные результаты в отношении здоровья у женщин и у мужчин. Известно, что мужчины реже обращаются за медицинской помощью и делают это при более тяжелых состояниях, также доля мужчин, работающих в тяжелых условиях выше, чем женщин. Точную долю гендерного разрыва, которую можно было бы отнести на счет гендерного неравенства, заложенного в планировании и предоставлении услуг здравоохранения, подсчитать трудно. Однако последствия непринятия мер по решению гендерного вопроса будут, по всей вероятности, включать постоянно сохраняющуюся избыточную смертность среди мужчин, неполное или нерациональное использование ресурсов здравоохранения, низкий уровень удовлетворенности пользователей и, быть может, в некоторых странах расширение гендерного разрыва в отношении здоровья (Payne S., 2009).

В системах здравоохранения разных стран в разной степени признается наличие проявлений гендерного неравенства и гендерной несправедливости. Для достижения гендерной справедливости чаще

всего используют целый ряд стратегий. Эти стратегии можно разбить условно на категории: нормативно-правовые подходы, организационные подходы и информационные подходы (Payne S., 2009).

Нормативно-правовые подходы, включающие законодательство, направленное на противодействие дискриминации, защиту прав человека и защиту прав граждан, и законы, обязывающие органы управления в государственном секторе принимать меры противодействия проявлениям гендерного неравенства.

Организационные подходы, к которым относятся разработка бюджетов с учетом особых гендерных потребностей (так называемое «гендерное бюджетирование»), проведение оценок эффективности принимаемых мер для мужчин и женщин, установление целевых показателей для конечных результатов в отношении здоровья и использование гендерных инструментов, облегчающих проведение оценки фактических данных, касающихся гендерных различий. При этих подходах используются разнообразные инструменты, позволяющие выявлять и наглядно показывать проблемы гендерного неравенства, присутствующие в принятии решений по налогово-бюджетным вопросам, в разработке и реализации политики и в ее эффективности.

При информационных подходах главное внимание уделяется необходимости иметь достоверную и полную информацию, что является основой эффективного стратегического управления здравоохранением. К таким подходам относится использование показателей здоровья, учитывающих гендерную специфику, и индексов гендерной справедливости, например, применяемых Всемирным банком, Всемирным экономическим форумом и ЕС (Payne S., 2009).

Большое количество исследований посвящено различиям между женщинами и мужчинами, касающихся того, с чем они сталкиваются, когда заболевают, и насколько службы здравоохранения удовлетворяют их потребности. Как показывают данные из отдельных стран и из международных источников, во всем мире у мужчин выше смертность и меньше продолжительность жизни, чем у женщин, но женщины обычно чаще болеют, чем мужчины, хотя и здесь наблюдаются различия на протяжении жизни и в зависимости от конкретных условий. В большинстве стран у женщин также выше ожидаемая продолжительность здоровой жизни, чем у мужчин, однако они проживают большее число лет с какой-либо инвалидностью (Payne S., 2009). Отчасти этот разрыв между мужчинами и женщинами отра-

жает биологические различия, то есть различия между мужчинами и женщинами по репродуктивной функции, гормональным и генетическим влияниям.

Гендер важен для объяснения многочисленных различий между мужчинами и женщинами, заключающихся в формах поведения, способствующих как смертности, так и заболеваемости, и большего успеха скорее достигнут те системы здравоохранения, которые в своих стратегиях общественного здравоохранения учитывают эти гендерные различия (Payne S., 2009). Существуют различия между мужчинами и женщинами в том, как они используют медико-санитарную помощь: женщины обращаются за помощью чаще, чем мужчины, особенно в учреждения первичного звена. Необходимо также признать недостаточное пользование мужчинами некоторыми услугами и принять меры по изменению такого положения. В целом ряде исследований было показано, что практические аспекты пользования медицинскими услугами мужчинами и женщинами — то есть то, насколько полно эти услуги могут удовлетворить их потребности — определяются влиянием различных факторов, связанных с гендерной принадлежностью. Например, на доступ к различным услугам могут влиять часы работы врачей и возможность записаться к ним на прием, возможно, финансовые ограничения. Мужчинам, занятым на работе полный рабочий день, часто бывает трудно обратиться за медико-санитарной помощью, однако и женщинам, выполняющим работу по уходу за детьми и по дому, тоже порой может быть сложно иметь доступ к услугам. Могут не оказываться услуги с учетом гендерных особенностей — например, так, чтобы стационарная помощь предоставлялась отдельно в мужских и женских отделениях или врачом того же пола, что и пациент (Payne S., 2009). Могут также возникать вопросы, касающиеся осведомленности в области медицины, отмечается гендерная предвзятость в некоторых исследованиях, отсутствие полного понимания гендерных различий в проявлении симптомов, биологических и связанных с полом различий, влияющих на правильный подбор в том числе доз лекарственных средств (Payne S., 2009).

В настоящее время в литературе отмечается важной политической задачей включение гендерных проблем в качестве приоритетных, поскольку отмечается недостаток внимания к ним как со стороны политики, так и в деятельности системы здравоохранения



и недостаточный учет специфических гендерных потребностей, а также реагирование на них.

Все громче раздается призыв к применению стратегии ВОЗ в отношении интегрирования гендерных вопросов, в которой государствам-членам настоятельно рекомендуется «включать гендерный анализ и гендерное планирование в совместный процесс стратегического и оперативного планирования и, при необходимости, бюджетного планирования, в том числе в стратегии стран в области сотрудничества». Такое обязательство добиваться устранения гендерной несправедливости в государственной политике вытекает из целого ряда предшествующих документов или движений, в которых отставались права женщин в странах с более низким уровнем доходов или в развивающихся странах, в частности, их сексуальные и репродуктивные права. Так, и в Конвенции Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (принятой в 1979 г.) и в Пекинской «Платформе действий», принятой на Четвертой Всемирной конференции Организации Объединенных Наций по положению женщин (1995 г.), содержится призыв к странам принять соответствующие меры (включая законодательство и выделение ресурсов для обеспечения реализации стратегии) к тому, чтобы гарантировать всестороннее развитие и прогресс женщин и их равные с мужчинами права. Государства-члены Европейского региона ВОЗ и, в частности, страны-члены ЕС также приняли серию стратегий под общим девизом «здоровье для всех», в которых обязались развивать справедливые системы здравоохранения и обеспечивать широкое участие в принятии решений (Payne S., 2009).

«В 1997 году Амстердамским договором был одобрен принцип комплексного подхода к проблеме равенства женщин и мужчин, а в 2001 году эта цель была расширена в Мадридском заявлении, в котором содержался призыв к государствам-членам разрабатывать такие стратегии, посредством которых может быть достигнута гендерная справедливость. В отношении здоровья это означало обязательство включить аспекты, связанные с равенством между мужчинами и женщинами, во все сферы и на все уровни политики, соблюдать гласность в принятии решений и поддерживать достижение этой цели путем выделения финансовых и людских ресурсов, а также создания структурного потенциала, необходимого для обеспечения межведомственного сотрудничества. Тем не менее, хотя большин-

ство стран Европы и приняли формальное обязательство включить гендерные проблемы в число наиболее приоритетных во все направления своей политики, успехов на этом пути достигнуто мало. Из многих различных источников поступают свидетельства сохраняющейся гендерной несправедливости. Например, несмотря на то, что многие европейские страны получили относительно высокий балл по разработанному Программой развития ООН «Индексу развития человеческого потенциала», они отстают по «Индексу развития с учетом гендерного фактора» ПРООН. Аналогичным образом, о том, что европейские страны не достигли гендерного равенства, свидетельствуют как «Показатель расширения равных возможностей полов» (Программа развития ООН), так и доклад Всемирного экономического форума о глобальном гендерном неравенстве. Такая ситуация отражает широкий диапазон стран, находящихся в Европейском регионе, и значительные различия между ними с точки зрения развития, экономических, культурных и политических систем и состояния здоровья мужчин и женщин. Хотя ЕС и большинство государств-членов и присоединились некоторое время назад к концепции комплексного подхода к проблеме равенства женщин и мужчин, в реальности ее осуществление по целому ряду причин часто отстает от намеченных планов. К числу этих причин относятся сложность этой концепции, проблемы реализации, такие как трудности, связанные с созданием необходимого организационно-кадрового потенциала или с определением конкретных сфер приложения инициатив, а также определенные противоречия между целями в отношении гендерной справедливости и другими стратегиями. К тому же часто недостает ресурсов (в том числе данных с разбивкой по гендерному признаку и гендерных показателей, которые давали бы возможность осуществлять мониторинг достигнутого прогресса)» (Payne S., 2009).

В литературе описываются данные, свидетельствующие «о различиях между женщинами и мужчинами в смертности, заболеваемости, пользовании профилактической медико-санитарной помощью (в том числе в прохождении скрининга), поведении по отношению к собственному здоровью и в лечении (включая доступ, пользование и виды предлагаемого лечения)». Женщины и мужчины по-разному взаимодействуют с системами здравоохранения, отчасти вследствие различий в потребностях, касающихся репродуктивного здоровья, отчасти потому, что у женщин и мужчин разный круг обязанностей

(больше женщин оказывают помощь другим), а отчасти еще и потому, что мужчины и женщины различаются по своим знаниям о здоровье, умению распознавать симптомы и желанию обращаться к врачу. К тому же у мужчин и женщин по-разному проявляется действие разнообразных социальных детерминант здоровья, таких как социально-экономический статус, оплачиваемый и неоплачиваемый труд и культура. Подверженность этим рискам у женщин и мужчин разная: во всех странах, например, у женщин чаще, чем у мужчин, бывает ненадежное финансовое положение и более низкий социальный статус, в то время как мужчины чаще занимаются трудом, связанным с профессиональными рисками для здоровья (например, работают в сфере строительства, где выше риск травматизма в результате несчастного случая) (Payne S., 2009). Значительные различия между женщинами и мужчинами, отражают часто их социальный статус, который влияет на риск возникновения различных заболеваний и проблем, связанных с доступом к услугам и практическими аспектами их получения.

В тех случаях, когда проводились исследования с целью оценки мероприятий, направленных на преодоление гендерного неравенства, полученные данные указывали на повышение качества предоставления услуг и степени удовлетворенности пользователей. В целом же отсутствие у большинства систем здравоохранения гендерно-ориентированного подхода говорит о том, что на разных уровнях (включая управление на высшем уровне, схемы финансирования и предоставления услуг, охват программами и материальное вознаграждение) нужен новый акцент на гендерную справедливость, который может привести к появлению существенных возможностей для развития и улучшения качества жизни обращающихся за помощью. В то же время необходимо учитывать, что сектор здравоохранения мог бы наладить сотрудничество с другими сферами для содействия социальному и экономическому развитию, в частности, там, где этот подход давал бы возможность воздействовать на широкий спектр социальных детерминант здоровья. Например, «предпринятая Европейским региональным бюро ВОЗ инициатива «Инвестиции в здоровье», была направлена на поддержку мер, осуществляемых различными государственными ведомствами, а также практических мероприятий, таких как занятия по обучению на практике, проводимые для руководящих должностных лиц, вырабатывающих политику,

из различных министерств, имеющих отношение к экономическому развитию и преодолению бедности, а также министерств, причастных к охране здоровья» (Payne S., 2009).

Особую озабоченность вызывают страны с переходной экономикой, например, Албания, Латвия, Литва и Украина. Эти страны различаются между собой как по индексу развития человеческого потенциала, так и по индексу развития с учетом гендерного фактора, а также по месту, которое они занимают в списке стран в соответствии с гендерным разрывом. Во многих странах с переходной экономикой в последние годы произошло сокращение продолжительности жизни, а поскольку продолжительность жизни мужчин сократилась в большей степени, чем продолжительность жизни женщин, расширился и гендерный разрыв в смертности. Например, в Российской Федерации гендерный разрыв в продолжительности жизни увеличился до 14 лет и также увеличилась заболеваемость среди мужчин. Пример этих стран иллюстрирует важность задачи достижения гендерной справедливости в системах здравоохранения по отношению как к мужчинам, так и к женщинам. Если подходить с точки зрения политики, у министерств здравоохранения часто не бывает механизмов для преодоления гендерных различий в отношении здоровья. Часто в политике здравоохранения не определяются гендерные различия в том, какой эффект имеют вмешательства или стратегии, да и системы управления на высшем уровне, которые осуществляют надзор за этими стратегиями, также чаще всего не определяют этих гендерных различий в явной форме. Кроме того, используемая для обеспечения стратегического руководства медико-санитарная информация может быть представлена в гендерно-нейтральном виде, например, в агрегированном, а не с разбивкой по гендерному признаку. Отсутствие прозрачности в управлении системами здравоохранения на высшем уровне означает, что редко удается оценить, в какой степени гендер принимается во внимание при планировании, организации и предоставлении услуг здравоохранения. Наконец, нелегко бывает выявить, как сказывается непринятие мер по решению гендерных вопросов в системах здравоохранения на затратах, коэффициенте полезного действия и результатах для здоровья. Таким образом, при обдумывании вопроса о том, как придать политике здравоохранения гендерно-чувствительный характер, важно предусмотреть повышение прозрачности и обеспечить проведение оценки

воздействия вмешательств как на мужчин, так и на женщин (Payne S., 2009).

Если системы здравоохранения не будут принимать меры по преодолению любых форм несправедливости, это может вызвать целый ряд последствий, включая преждевременную смертность и ухудшение здоровья у людей, подвергающихся несправедливости, и увеличение бремени, которое ложится на системы медико-санитарной помощи. Таким образом, гендерная несправедливость сопряжена с целым рядом последствий. Первое и наиболее важное из них состоит в том, что может долго сохраняться существующий разрыв между женщинами и мужчинами в смертности и заболеваемости. Конечно, частично этот разрыв отражает различия, имеющие биологические корни — например, имеющуюся у женщин защиту от аутоиммунных нарушений; однако в большей своей части этот разрыв отражает различия, в основе которых лежит гендер: сюда входят различия в поведении по отношению к собственному здоровью (например, курение и употребление табака). В результате этого разрыва возникают существенные издержки для систем здравоохранения и для общества в целом, особенно социальные и экономические издержки, связанные с чрезмерной преждевременной смертностью у мужчин и чрезмерной заболеваемостью. Вполне возможно также — особенно в странах, переживающих экономический спад или коренные изменения — что, если не будут приняты соответствующие меры, этот разрыв может увеличиться, и особенно в тех случаях, когда экономические изменения ассоциируют с изменениями в финансировании здравоохранения, а также с безработицей. К числу других негативных последствий непринятия мер по устранению гендерных различий относятся снижение удовлетворенности услугами среди пользователей, что может сказываться и на мужчинах, и на женщинах, в зависимости от того, какие услуги выдвигаются на первый план. Это также может привести к менее рациональному использованию услуг, что в свою очередь влияет на состоянии здоровья. Кроме того, если не будут предприниматься шаги по преодолению гендерной несправедливости, это может подорвать моральный дух медицинских работников и помешать максимальному использованию возможностей мужчин и женщин. Например, проявления гендерного неравенства, затрагивающие женщин — работниц здравоохранения, такие как менее благоприятные условия найма и дискриминация в плане возможностей служебного

роста, могут приводить к большему истощению сил у женского персонала и к утрате квалифицированных и ценных сотрудниц. Также важно признать, что, если заострить все внимание на одной форме несправедливости в ущерб другой, возникнут издержки упущенных возможностей. Принятие мер по достижению гендерной справедливости может привести к отвлечению ресурсов от стратегий, с помощью которых можно было бы бороться с другими формами несправедливости. Однако гендерное неравенство может стать тяжелым бременем для тех, кто также испытывает и другие формы неравенства или находится в неблагоприятном положении: многие из самых тяжелых проблем возникают тогда, когда люди испытывают сразу несколько форм несправедливости (например, в результате сочетания факторов социально-экономического статуса, этнической и гендерной принадлежности) (Payne S., 2009).

Было установлено, что женщины более склонны, нежели мужчины, страдать от определенных симптомов недомоганий или даже хронических заболеваний, отражающихся на общем статусе их здоровья, но не сказывающихся на риске смертности. Причины такой заболеваемости женщин, наряду с биологическими особенностями организма, могут быть связаны и с неравным общественным их положением (Hunt, Annadale 1999; Case and Paxson 2005). При другой интерпретации в центре внимания оказываются особенности восприятия своего здоровья мужчинами и женщинами. Женщины могут точнее воспринимать собственное состояние вследствие систематических контактов с системой здравоохранения (Macintyre 1993b; Verbrugge 1989; Idler 2003) или большей психологической предрасположенности к такого рода рефлексии, обусловленной глубоко укорененными в культуре представлениями о традиционных гендерных ролях (Nathanson 1975). Половые различия в здоровье, как свидетельствуют исследования, неодинаковы в разных странах, однако до конца неясно, с чем это связано. Так, попытка объяснения с точки зрения теории государства благосостояния (EspingAndersen 1999), предпринятая в проекте «Tackling Inequalities in Health» (12 европейских стран, национальные опросы населения, 1998–2004 гг.), приводит к неоднозначным выводам (Vambra et al. 2007). Хотя — в согласии с этой теорией — самые высокие гендерные неравенства в здоровье обнаруживаются в Португалии и Италии (менее выраженная государственная социальная поддержка), ей противоречит тот факт,

что в северной Европе, отличающейся наибольшим развитием государства социальных гарантий, они тоже отчетливо проявляются. Кроме того, в либеральном режиме, представленном Великобританией, не только не наблюдается таких различий, но, у женщин, вопреки теоретическим ожиданиям, здоровье лучше, чем у мужчин (Vambra 2004; Kogri 2000; Sainsbury 1994). Ограниченность объяснительных возможностей теории государства благосостояния подчеркивает и феминистская критика. Отмечается, что в европейских социальных государствах социально-экономические неравенства, свидетельствующие о подчиненном положении женщины, не исчезают, а перемещаются от семьи к государству — от частного к общественному патриархату (Borchost and Siim 1987; Walby 1990). В этих странах женщины продолжают нести бремя двойных ролей — они должны работать и нести основную ответственность за домашнее хозяйство и заботу о семье, и такие нагрузки ложатся на плечи даже матерей-одиночек. Эту интерпретацию подкрепляет и тот факт, полученный в европейском проекте, что наименьшие гендерные различия в здоровье характерны для стран с корпоративистским типом государства благосостояния — Бельгии, Франции, Германии. Социальная поддержка женщин в этих странах не предполагает обязательного вовлечения в трудовую деятельность, что позволяет избегать двойных нагрузок и благоприятно сказывается на состоянии их здоровья. В работах, посвященных парному сопоставлению посткоммунистических стран и развитых государств Запада (Szaflarski and Cubbins 2004; Palosuo et al. 1998) показано, что гендерные неравенства характеризуются большим размахом в Польше по сравнению с США, а также в России (данные по Москве) по сравнению с Финляндией (данные по Хельсинки). Худшее самочувствие женщин в странах бывшего советского блока объясняется тяготами двойных нагрузок на работе и дома в условиях экономического неблагополучия страны и слабости государственной поддержки (Русинова Н. Л. 2013).

Оценка состояния общего здоровья пожилых женщин показала, что все они имеют какое-либо хроническое заболевание или сочетание нескольких болезней. Как известно, заболевания сердечно-сосудистой системы, обусловленные атеросклерозом — коронарная болезнь сердца, стенокардия, у женщин возникают реже, что обусловлено защитным влиянием эстрогенов на эту систему. Но на фоне

дефицита половых гормонов, частота этой патологии сравнивается. В наших исследованиях 40 % пожилых женщин имеют диагноз коронарная болезнь сердца. Гипертоническую болезнь, которая увеличивает риск развития ишемической болезни сердца в три раза, а инсульта в семь раз, имеют 53,3 % обследованных женщин, причем 13,5 % из них перенесли инсульт. Различную эндокринную патологию (сахарный диабет, ожирение) имеют 24 % обследованных женщин, церебросклероз или снижение интеллекта — 13,3 %. Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта имеют 73,3 % пожилых женщин — 33,3 % из них страдают хроническим холециститом, 26,7 % — хроническим панкреатитом, а, и 13,3 % — хроническим гастритом. Исследование показало, что все обследованные женщины пожилого возраста имеют какое-либо хроническое заболевание или сочетание нескольких болезней. Среди них высок уровень сердечно-сосудистой патологии, и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. При оценке состояния репродуктивного здоровья выявлен относительно высокий процент женщин с урогенитальными, уродинамическими нарушениями и поздними обменными нарушениями — проявлениями постменопаузального остеопороза. Все вышечисленное требует проведения (Бейшенбиева Г. Д., 2008).

Согласно исследованиям ВОЗ, пожилые мужчины и женщины страдают в целом от одних и тех же заболеваний: болезни сердца и сосудов, опорно-двигательной системы, диабет, психические заболевания, ухудшение работы органов чувств, заболевания выделительной системы (прежде всего, недержание), а в более бедных частях света, к тому же, инфекционные заболевания и их последствия. Однако степень распространенности этих заболеваний, тренды в отношении роста и снижения заболеваемости, а также конкретные болезни внутри каждой группы значительно отличаются у женщин и у мужчин (Исупова О. Г., 2010). Заболеваемость и состояние здоровья у пожилых людей связаны в том числе с гендерными стереотипами, с тем, какое поведение обществом предписывается для женщин и мужчин, с их социальными ролями, которые они выбирали в течение жизни, с ответственностью, которую брали на себя, с гендерными ценностями и нормами конкретного общества, со специфически женскими и мужскими свободами или, наоборот, ограничениями, существующими в жизни каждого человека в разные возрастные периоды его или ее биографии (Исупова О. Г., 2010).



Заболевания старшего возраста, состояние здоровья и инвалидность является отражением образа жизни и поведения в предшествующие пожилому возрасту годы. Так в России на продолжительность жизни значительно влияют алкоголизм, склонность к риску, курение, инфекционные заболевания, недоедание и переедание в течение всей жизни, бедность, недоступность хорошего образования, опасные условия работы, насилие, плохое лечение заболеваний в связи с недостатками системы здравоохранения, а также несчастные случаи в молодости (Исупова О.Г., 2010). Опасные условия работы чаще отмечаются у мужчин, что обуславливает их относительно женщин низкую продолжительность жизни. а физическое и сексуальное насилие, бедность и связанное с этим недоедание чаще отмечается у женщин.

Согласно мнению ВОЗ, существуют различия между мужчинами и женщинами в отношении основных групп болезней, характерных для старшего возраста:

**Заболевания сердца и сосудов.** Сердечно-сосудистые заболевания главная причина смертности и среди мужчин, и среди женщин. Но при этом мужчины погибают от заболеваний данного класса чаще в более раннем возрасте, чем женщины. И возрасте 60 лет и старше смертность мужчин и женщин от них, в среднем, примерно одинаковая. При этом, поскольку пожилых женщин больше, чем пожилых мужчин, эти болезни на самом деле убивают большее число женщин старше 60, чем мужчин такого же возраста. «Соответственно, профилактика этих заболеваний должна быть направлена на оба пола (пропаганда воздержания от курения, подвижного образа жизни, низкохолестериновых диет, уменьшения потребления соли)» (Исупова О.Г., 2010).

Также существуют данные, что женщины пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью имеют более легкое течение заболевания, у них чаще встречаются сохраненная фракция выброса левого желудочка и экстракардиальная сопутствующая патология, а выживаемость их выше, чем у мужчин. У мужчин отмечается чаще более тяжелое течение хронической сердечной недостаточности по «Шкале оценки клинического состояния», чем у женщин, но у женщин была более низкая переносимость физической нагрузки по тесту с 6-минутной ходьбой. Выживаемость женщин с хронической сердечной недостаточностью выше, чем у мужчин (Ларина В.Н., Барт Б.Я., Головкин М.Г. и другие, 2012).

**Онкологические заболевания.** Как известно, мужская смертность от онкологических заболеваний составляет «примерно на 30–50 % выше женской. Мужчин чаще убивают рак легких, желудка, и печени, а в развитых странах — еще и рак кишечника и простаты». Мужчины значительно чаще страдают раком легких, который часто возникает в результате курения. Женщины прежде всего уязвимы для рака груди и, в последнее время, все чаще легких. «В развитых странах также нарастает значение рака кишечника, а в развивающихся — «убийцами женщин» остаются рак желудка, печени, и, в особенности, шейки матки (программы по его предотвращению направлены в основном на молодых женщин, в то время как среди пожилых он также распространен — это связано с дискриминационным представлением относительно практически полного отсутствия сексуальной жизни у пожилых женщин)» (Исупова О.Г., 2010).

**В репродуктивной системе** в пожилом возрасте у женщин отмечаются «инволюционные процессы, в основе чего лежит резкое снижение уровня половых гормонов яичников у женщин, которые оказывали многостороннее влияние на функционирование различных органов и систем. Особенно большое значение имеет риск развития у пожилых женщин остеопороза, поскольку губчатое вещество костей, вместе с маткой и молочными железами, является органом-мишенью для половых гормонов. Остеопороз характеризуется снижением костной массы и микроструктурными повреждениями костной ткани, приводящими к предрасположенности к переломам, повышенной ломкости костей или возникновению симптомов ухудшающих качество жизни стареющих женщин. У пожилых женщин могут также возникать проблемы, связанные с развитием раковых заболеваний половых органов. Поэтому имеет большое значение повышение осведомленности женского населения об остеопорозе и онкологических заболеваниях и применение методов ранней диагностики и профилактики данной патологии» (Бейшенбиева, Г.Д., 2008).

**Болезни опорно-двигательной системы.** Остеоартроз, одним из симптомов которого является болезненное утолщение суставов и уменьшение их двигательной функциональности, и остеопороз (хрупкость костей, потеря костной ткани, из-за которой чаще возникают переломы) более распространены среди женщин. Часто «это связано с гормональными изменениями в женском организме при менопаузе, с малоподвижным образом жизни и недостаточное питание.

Однако, чрезмерная физическая активность, в том числе, тяжелый физический труд, в большей степени характерный для мужчин, в небезопасных условиях, также приводят к заболеваниям костей и суставов. Связанные с рискованными упражнениями увечья и травмы, характерные для молодых мужчин, часто приводя к инвалидности в старости» (Демин А. В., Грибанов А. В., Панков М. Н. и другие, 2018).

Женщины, в отличие от мужчин, более подвержены **падениям и получению серьезных травм от падений**, поэтому изучение особенностей функции равновесия у женщин моложе 65 лет, испытавших падения, — весьма актуальная задача, решение которой позволит выявить особенности ранних изменений постурального контроля и разработать профилактические программы, направленные на снижение риска последующих падений (Демин А. В., Грибанов А. В., Панков М. Н. и другие, 2018).

**Психическое здоровье.** Наиболее распространенные психические заболевания «чаще диагностируются у пожилых женщин, чем у пожилых мужчин, однако существует тенденция к меньшей склонности мужчин к поиску медицинской помощи и в результате их недостаточная диагностика. Пожилые женщины гораздо чаще страдают депрессией, чем пожилые мужчины, однако мужчины гораздо более склонны к самоубийству, что может быть связано с большей социальной активностью пожилых женщин и их более устойчивыми социальными связями. По некоторым данным частота старческого слабоумия среди мужчин и женщин не различается. Женщины в среднем живут дольше, поэтому абсолютные цифры заболеваемости старческим слабоумием выше, чем у мужчин в пожилом возрасте» (Исупова О. Г., 2010).

**Заболевания органов чувств.** Не смотря на то, что глухота и заболевания глаз являются проблемой, характерной в равной степени и для пожилых мужчин и женщин, было отмечено, что женщины «реже обращаются за медицинской помощью, например по поводу лечения катаракты, в связи с их более низким статусом в семье и правилами, ограничивающими их мобильность, во многих культурах» (Исупова О. Г., 2010).

**Заболевания выделительной системы.** Проблемы недержания возникают как у мужчин, так и у женщин. Однако у женщин они встречаются в 2–3 раза чаще, прежде всего, вследствие недолеченных, в свое время, последствий деторождения (Исупова О. Г., 2010).

Различия в практиках сохранения и поддержания здоровья характеризуются тем, что мужчины, в отличие от женщин, более склонны к **употреблению алкогольной и сигаретной продукции**, что противоречит принципам здорового образа жизни. Среди женщин потребителей табака в три раза меньше (31,1 %) (Лещенко Л. А., 2018).

**Проблемы ожирения.** Некоторые аспекты метаболического гомеостаза могут по-разному влиять на возникновение ожирения у обоих полов, поскольку они по-разному регулируются у мужчин и женщин. Фундаментальные половые различия включают распределение и мобилизацию запасов жировой ткани, различную чувствительность к инсулину и профили липопротеинов, а также эффекты гонадных гормонов. Поэтому биологические факторы, специфичные для пола, играют ключевую роль в этиопатогенезе и должны приниматься во внимание при изучении профессиональных факторов, связанных с риском ожирения. Данные Глобальной обсерватории здравоохранения ВОЗ, показывают, что почти два миллиарда взрослых людей во всем мире имеют избыточный вес, и более полумиллиарда из них страдают ожирением. Распространенность ожирения среди женщин выше, чем среди мужчин, на всех континентах, как в развитых, так и в развивающихся странах. Переход к питанию, происходящий во многих развивающихся странах, также повлиял на избыточный вес среди представителей обоих полов, но оказал еще большее влияние на уровень физической активности женщин. Более того, в некоторых странах культурные ценности отдают предпочтение большему размеру тела у женщин или мужчин как признаку фертильности, здоровья или благополучия (Маматов А. У., Полупанов А. Г., Какеев Б. А. и другие, 2021).

Обзорная статья Power M. и Schulkin J. рассматривает половые различия в депонировании и метаболизме жировой ткани, а также представляет размышления об эволюционном происхождении этих различий. Последствия избыточного увеличения веса на здоровье могут варьировать в зависимости от пола. У женщин биологический фактор менопаузы влияет на распределение жира, что может увеличить риск или усугубить негативные последствия ожирения для здоровья. Когда у женщин наступает менопауза, уровень эстрогена быстро снижается, а уровень фолликулостимулирующего гормона увеличивается. В результате усиливается накопление висцерального жира. Следовательно, распространенность абдоминального ожи-

рения у женщин будет расти быстрее (Маматов А. У., Полупанов А. Г., Какеев Б. А. и другие, 2021).

Половой диморфизм, как в количестве, так и в распределении жировой ткани не только приводит к отличиям в фигуре женщин и мужчин, но может иметь разное значение для риска инфаркта миокарда в будущем.

Было обнаружено, что в последнее время распространенность всех показателей, связанных с ожирением, увеличивалась быстрее у мужчин, чем у женщин. Несоответствие полов можно объяснить социокультурными, социально-экономическими, поведенческими и генетическими факторами. Во-первых, изменения окружающей среды, вызывающие ожирение, приводящие к высокому потреблению калорий, могли способствовать преобладанию мужчин в увеличении ожирения. Кроме того, необходимо учитывать реакцию половых гормонов на вызывающие ожирение изменения окружающей среды. Во-вторых, различия в поведении мужчин и женщин в питании и физической активности могут частично объяснить гендерное неравенство. В-третьих, неудовлетворенность своим образом тела более распространена среди женщин (Маматов А. У., Полупанов А. Г., Какеев Б. А. и другие, 2021).

Кроме этого, в целом мужчины в меньшей степени склонны обращаться к врачам, в то время как женщины более чувствительны к своему здоровью, и предпочитают обращаться к врачам, тем самым усиливая восприятие пожилой женщины как больной и нуждающейся в повышенном медицинском внимании. Однако следует отметить численное превосходство женщин в состоянии инвалидности в возрасте старше трудоспособного по сравнению с мужчинами. Это говорит о том, что смертность среди пожилых мужчин наступает от заболеваний, которые реже сопровождаются состояниями инвалидности (Шамсутдинова В. Ш., 2018).

### **3.1.2. Психологическая плоскость**

Психологические особенности включают характеристики психических процессов (внимание, память, мышление и т. д.), психических состояний и психических свойств.

**Психические процессы.** В отношении гендерных различий по когнитивным нарушениям литературные данные достаточно

противоречивы. Некоторые отмечают, что у женщин когнитивный спад идет интенсивнее, чем у мужчин, а другие, напротив, указывают большую выраженность когнитивной дисфункции у мужчин. Возможно, сама гендерная принадлежность не является определяющим фактором и требуется учет дополнительных характеристик. Последние полученные в исследованиях данные больше согласуются с первыми, так как для женщин отмечен планомерный статистически значимый спад когнитивных функций. В период старческого возраста и долгожительства показатели когнитивных функций у женщин были ниже, чем у мужчин. Данные подтверждают факт о значении образования в формировании когнитивного резерва, препятствующего когнитивным нарушениям, при этом немаловажным является учет эмоционального состояния пожилых, в частности тревоги и депрессии, которые могут усугублять когнитивный дефицит (Алексеева З.Н., Логинова И.О., Слепцов С.С., Татаринова О.В., 2021).

Обнаружены гендерные различия в инволюции процессов мышления как по возрастному сдвигу, так и в характере изменений, наблюдаемых также в регрессе произвольной памяти и устойчивости внимания. Ранее эмпирически было выявлено, что регресс когнитивных процессов связан не только с изменениями второй сигнальной системы, но и с преобладающим у разных полов характером аналитико-синтетической деятельности мозга (Юсупов И.М., Мишина Ю.В., 2017). Существуют данные о том, что гендерные различия в протекании когнитивных функций в поздний период жизни уменьшаются в последние десятилетия. С одной стороны, причиной этому может быть увеличивающееся сходство в характере деятельности мужчин и женщин, с другой стороны — у мужчин отмечается повседневное отклонение от здорового образа жизни, более частое употребление нейрорептиков или транквилизаторов, что влияет на когнитивные функции. Последствия воздействия вредностей различной природы на психические процессы становятся очевидными в период после 40-летнего возраста. Наряду с этим наблюдается проявление закона гетерохронности в естественной инволюции когнитивных функций. Регресс начинается со снижения продуктивности второсигнальных психических процессов: в 38–40 календарных лет падает продуктивность мыслительных операций; почти одновременно в 40–42 года следует снижение произвольной памяти. В процессе дальнейших инволюционных преобразований психических явлений (44–46 лет) сле-

дует потеря устойчивости произвольного внимания. Протекает процесс, обратный становлению когнитивных функций согласно закону регрессии Т.Рибо, то есть так называемый возрастной гетерохронный реверс (Юсупов И.М., Мишина Ю.В., 2017). В мужской популяции по достижении 75-летнего возраста наблюдается незначительное повышение эффективности когнитивных функций, что сопряжено чаще всего с интеллектуальным трудом в течение длительного периода жизни и степенью полученного образования (Юсупов И.М., Мишина Ю.В., 2017).

**Психические состояния.** Признаки тревожных состояний в пожилом возрасте чаще отмечались у женщин. При этом женщинам свойственна коморбидность тревожных и депрессивных состояний (41,7%) в большей степени, чем мужчинам (16,7%). У мужчин степень выраженности депрессивного состояния взаимосвязана с семейным положением, у одиноких мужчин она выше. У женщин выраженность депрессивных состояний коррелирует с уровнем образования, материального состояния и возраста. Характерные для женщин взаимосвязи могут указывать на так называемую возраст-ассоциированную депрессию, причина которой часто заключается в непринятии своей старости, в том числе связанную с возрастными изменениями внешности. В отношении гендерного распределения депрессии было выявлено, что «в старческом возрасте (75–90 лет) разница в частоте депрессий у мужчин и женщин сокращается, а после 90 лет практически исчезает» (Алексеева З.Н., Логинова И.О., Слепцов С.С., Татаринова О.В., 2021).

Переживание возрастного кризиса, увеличение доли утраченных связей и отношений влияют на выраженность чувства одиночества и подавленности, и мужчинам, как было выявлено, с такими состояниями справляться сложнее, чем женщинам. Возможно, это связано с тем, что у мужчин больше барьеров в установлении новых социальных контактов и изменении жизненных устоев по сравнению с женщинами, которые чаще склонны и охотнее занимаются разнообразной досуговой деятельностью, посещают различные кружки по интересам и сохраняют социальную активность. Отмечается также более частая встречаемость тревожных и депрессивных состояний среди женщин в старческом возрасте, однако в связи с недостаточной представленностью мужчин в данном возрасте, можно утверждать о наличии различий на уровне тенденции.

Наибольшая доля людей с клинически выраженной депрессией отмечена в старческом возрасте также преимущественно у женщин. У них показатели эмоционального состояния были взаимосвязаны с уровнем образования. Более низкому уровню образования соответствовали высокие показатели тревоги и депрессии и субъективно низко оцененное материальное положение. Когнитивный дефицит нарастал с возрастом и был связан с высокими значениями выраженности тревоги и депрессии, что может указывать на негативное влияние тревожно-депрессивной симптоматики на когнитивные функции. Указанные взаимосвязи в большей степени были характерны для женщин (Алексеева З.Н., Логинова И.О., Слепцов С.С., Татарина О.В., 2021).

Исследование гендерных особенностей переживания старости показало, что: «в переживаниях пожилых и мужчин, и женщин своей старости преобладают негативные эмоции и чувства» (Валиева А.Б., Токатлыгиль Ю.С., 2018). И у мужчин, и у женщин отмечались низкая выраженность эмоционального комфорта, самопринятия, принятия других, уровень депрессии, одиночества, тревожности и фрустрации. И мужчины, и женщины характеризовали старость, как время грусти, изменений, ухода за внуками и потери социальной активности. При этом мужчины после выхода на пенсию тяжелее переживали свою старость по сравнению с женщинами. Однако отмечается, что у женщин с увеличением возраста переживания становятся более негативно окрашенными (Валиева А.Б., Токатлыгиль Ю.С., 2018).

В беседе и мужчины и женщины часто отмечали, что с возрастом восприятие и отношение к старости становилось более проблематичным и грустным. «Старость — это: «грустный период», «остановка», «время потерь», «потеря внешних связей», «болезни», «переоценка». Я боюсь в настоящем и будущем: «смерти», «быть обузой», «быть беспомощным», «потерять супруга, близких»» (Валиева А.Б., Токатлыгиль Ю.С., 2018). Таким образом, отмечается разная выраженность и динамика эмоциональных состояний в пожилом возрасте в связи с отношением к своей старости.

**Психические свойства.** Результаты исследований, приведенные в литературе, указывают на различия в уровне притязаний у мужчин и женщин в позднем возрасте по опроснику В.К.Гербачевского «Определение уровня притязаний личности». Мужчины чаще характеризуются средним уровнем притязаний личности с высо-



кими показателями выраженности мотива самоуважения и оценки собственного потенциала. Мужчины, в отличие от женщин ожидали высокий уровень результатов, у них отмечалась тенденция «ставить перед собой все более трудные цели». У женщин также преобладает средний уровень притязаний, однако у них чаще отмечались высокая выраженность мотивов, направленных на достижение результата: внутренняя, познавательная, состязательная мотивация и мотив самоуважения. Женщины в большей степени проявляют интерес к результатам своей деятельности и при достижении достаточно трудных целей высоко оценивают свой потенциал, способны достичь необходимый уровень мобилизации усилий (Холодцева Е.Л., Портнова А.Г., 2016).

Мужчины пожилого возраста, в отличие от женщин в меньшей степени проявляют увлеченность выполняемым заданием, в меньшей степени проявляют интерес к результатам своей деятельности. При выполнении каких-либо заданий они чаще, в отличие от женщин, проявляют «познавательный мотив», а женщины демонстрируют «мотив состязательности». Женщины часто отмечали, что выполнение задания им кажется привлекательным, также они не боялись показать низкий результат. По сравнению с мужчинами, женщины в пожилом возрастелучше осознают собственные возможности в достижении поставленных целей, проявляя инициативность и находчивость (Холодцева Е.Л., Портнова А.Г., 2016). В ходе работы над заданием женщины в большей степени проявляли волевые качества и прилагали усилия и настойчивость, но в то же время они в среднем ниже оценивали свой потенциал по сравнению с мужчинами, у которых ниже уровень мобилизации усилий, необходимых для достижения целей деятельности (Холодцева Е.Л., Портнова А.Г., 2016). У мужчин в позднем возрасте ярче выражен мотив к смене текущей деятельности (выполнение задания), повышены переживания в связи с прекращением работы. (Холодцева Е.Л., Портнова А.Г., 2016).

У женщин и мужчин в пожилом возрасте отмечаются тенденции к ригидности, агрессивным реакциям и эскапизму. Показатели принятия себя и принятия окружающих людей у женщин значительно выше, чем у мужчин, также у них отмечается более выраженное ощущение эмоционального комфорта. Мужчины показали более высокий уровень интернальности, стремления к доминированию и эскапизм по сравнению с женщинами, однако более высокий уровень

интернальности по сравнению с женщинами в 60–66 лет сменяется преобладанием стремления уйти от проблем, которое выражено сильнее, чем у женщин того же возраста (Валиева А.Б., Токатлыгиль Ю.С., 2018).

У пожилых мужчин часто отмечалась более низкая фрустрационная толерантность и ригидность в мышлении и действиях, особенно данная тенденция была характерна для мужчин в возрасте 63–66 лет, у них в данном возрастном периоде чаще, чем у женщин выявлялись признаки тревожности как черты характера, низкая фрустрационная толерантность (устойчивость к стрессу), ригидность и пессимистичность. А у мужчин в возрасте 70–74 лет были выше показатели склонности к агрессии и ригидности, чем у женщин этой возрастной группы (Валиева А.Б., Токатлыгиль Ю.С., 2018).

У пожилых женщин с возрастом происходит ухудшение эмоционального состояния: снижается самооценка, принятие других, усиливается эмоциональный дискомфорт, чаще отмечаются тревожность в структуре характера, низкая фрустрационная толерантность, обостряется чувство одиночества, пессимистичность (Валиева А.Б., Токатлыгиль Ю.С., 2018).

Таким образом, учет гендерных различий имеет значение особенно на ранних этапах периода поздней взрослости и старшего возраста, поскольку негативные изменения с возрастом могут сглаживать различия между мужчинами и женщинами, также стоит учитывать различную динамику психических изменений.

### **3.1.3. Социальная плоскость**

В качестве социальных характеристик рассматривались показатели семейной социализации, социальной активности и занятости.

**Семейная социализация** обуславливается структурой и составом семьи у пожилых мужчин и женщин. Более востребованными и прикладными в плане семейной социализации оказались ресурсы женщин пожилого возраста. Более того, острее депривацию от нереализованности и отсутствия возможности приложения собственных ресурсов чаще переживают матери дочерей (потенциальные бабушки по материнской линии). Как известно, «68,5 % молодых людей любят больше бабушек по материнской линии, чем по отцовской. В целом 22,2 и 24,4 % студентов отметили, что чаще общаются по те-

лефону и на 16,8 и 15,5 % чаще видятся с бабушками и дедушками по материнской линии, чем по отцовской» (Янак А. Л., 2021). Согласно результатам данного исследования, материалы интервью указывают на то, что потенциальные бабушки старшей возрастной группы испытывали выраженную потребность в прародительской самореализации. При этом у представителей более молодой возрастной группы (44–55 лет) она имеет форму спокойного или радостного ожидания внуков. У респондентов постарше (от 55 лет и старше) она в большей степени была сопряжена с чувством тревоги. «Субъективное восприятие отсутствия внуков как фактора социальной депривации обусловливается приближением или наступлением пенсионного возраста и прекращением трудовой занятости (необходимость применения временного ресурса, опыта, быть нужными, частичное замещение и восполнение набора социальных ролей); возрастными стереотипами (бабушка/ дедушка как социально ожидаемый для данной возрастной категории статус); одиночеством (затянувшееся ощущение «пустого гнезда», развод, вдовство); боязнью девальвации знаний, умений и навыков, ухудшения здоровья; переживаниями за детей (риск распада семьи)» (Янак А. Л., 2021). При этом отмечается, что потребность во внуках более выражена в крепких парах (первобрачных союзах) с родным ребенком или родными детьми по сравнению с повторнобрачными семьями, и в некоторых случаях ниже, чем у разведенных или овдовевших одиноко проживающих женщин. Наличие внуков, хотя бы от одного из детей, может служить фактором снижения интенсивности переживаний за отсутствие детей у другого сиблинга или сиблингов, а отсутствие детей у всех сиблингов — катализирующим депривацию фактором. Наличие у партнера или партнерши дочери или сына от предыдущего брака не удовлетворяет потребность в прародительстве в полном объеме (как функционально, так и эмоционально). Бабушки и дедушки, принимающие участие в воспитании неродных внуков, формируют категорию «замещающее прародительство», которое, пожалуй, тоже лишь частично покрывает «прародительский запрос» (Янак А. Л., 2021).

**Социальная активность** женщин в пожилом возрасте как правило выше, чем у мужчин. Так установлено, что через Интернет женщины старших возрастов получают информацию в два раза чаще мужчин, а также в два раза чаще используют межличностный канал информирования (Полтавская М. Б., 2018).

**Трудоспособность.** В последнее время все большее число пожилых женщин после достижения пенсионного возраста, то есть «возраста нетрудоспособности», продолжают работать примерно до 60 лет. Уйдя с работы, многие женщины посвящают себя домашнему хозяйству, уходу за близкими, домашнему труду. Как показала И. Л. Сизова, «анализируя данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) за 2016 г., в семьях постепенно происходит выключение пожилых женщин из сферы принятия решений по семейным и домашним делам. Особенно резко сокращается их влияние в сфере занятости и образования членов семьи, а также в принятии решений о денежных расходах. В молодой возрастной группе женщина еще влияет на многие сферы семейной жизни, но с возрастом она принимает участие только в денежных расходах и повседневных покупках» (Григорьева И. А., 2018).

**Социальные роли.** Социальные, технологические, демографические изменения в обществе оказывают влияние на динамику социальных ролей. «Важнейшим изменением является рост женщин в сфере оплачиваемого труда по всему миру, в том числе и в России. Численность семей с традиционными гендерными ролями, где женщина является только домохозяйкой и хранительницей домашнего очага, резко сократилась» (Доброхлеб В. Г., 2020). В связи с этим снижается качество и распространенность семейного ухода за детьми и лицами пожилого возраста, а также заботы, с необходимостью которой чаще всего сталкиваются женщины пожилого возраста, потерявшие супруга и наиболее незащищенные в большинстве обществ в более позднем возрасте. Именно они составляют самый большой сегмент немощных людей старшего возраста, нуждающихся в уходе. Женщины пенсионных возрастов имеют высокий риск социальной изоляции (Доброхлеб В. Г., 2020).

### **3.1.4. Экономическая плоскость**

В качестве экономических предпосылок гендерного неравенства в пожилом возрасте отмечают: 1. Разная заработная плата у мужчин и женщин, работавших в одной и той же отрасли, с одним уровнем квалификации и на одинаковой должности. По версии Росстата, актуальная разница в зарплатах — 28,9 %. 2. Неоплачиваемый домаш-

ний труд, который ограничивает возможности женщины в профессиональном развитии вне дома, репродуктивные различия между мужчинами и женщинами. Согласно расчетам Росстата, время, которое тратят на домашний труд и уход за детьми мужчины в 3,5–4 раза меньше, чем женщины. Отмечается увеличение доли времени в условиях пандемии, когда дети или требующие ухода близкие находятся дома, требующие чаще «женского» ухода. 3. У женщин меньше доступа финансовым ресурсам и источникам, помимо заработной платы, к власти и крупному бизнесу. Среди руководителей крупнейших компаний в России женщин всего 6,5 %. В новом парламенте женщины занимают 16 % (Хоткина З. А., 2021).

Так что уровень пенсий также различается. Гендерный разрыв пенсий составляет около 10%, что связано с тем, что значительная доля пенсионеров с 2009 года получает социальные надбавки, которые компенсируют пенсию до прожиточного минимума и этим уравнивают пенсии женщин и мужчин (Хоткина З. А., 2021).

К сожалению, в связи со всеми описанными факторами и риски попадания в группу бедного населения у женщин выше, чем у мужчин, что также сказывается на их социализации, качестве и продолжительности жизни (Хоткина З. А., 2021).

### **3.2. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ГРУППОВОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ПОЛИТИКЕ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ И СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА**

В работе с пожилыми людьми важными и эффективными являются все основные направления психологического консультирования: возрастно-психологическое, семейное, профориентационное и индивидуальное, включая психологическое консультирование в особых ситуациях.

Предметом возрастно-психологического консультирования в поздней взрослости, как и в любом возрасте, являются варианты прохождения субъектом возрастных кризисов (Лидерс А. Г., 1998). В процессе возрастно-психологического консультирования пожилой человек должен обрести знания о содержании, задачах и индивиду-

альных вариантах прохождения данного кризиса и оказаться готовым к изменению образа жизни и внутренней позиции по отношению к жизни.

**Период выхода на пенсию** является общепризнанным нормативным кризисом поздней зрелости. Именно здесь создается ситуация, характерная для любого кризиса, — противоречие между обстоятельствами жизни (изменением социального статуса) и потребностями человека продолжать социально значимую деятельность, сохранить свое положение в семье и обществе. Психологическое консультирование по вопросам адаптации к статусу пенсионера зависит от индивидуальных особенностей клиентов: лица с многогранными интересами легче находят себя в новой жизни, в то время как узкие специалисты стараются всеми возможными способами отдалить выход на пенсию и бывают не способны к принятию старости как возраста (Ермолаева М. В., 2002).

Люди, имеющие конкретные планы того, как использовать свободное время, легче принимают решение отказаться от прежней работы. Не откладывая время выхода на пенсию, они относительно легко принимают статус еще не старых, физически здоровых пенсионеров. Первично настороженное отношение к пенсионному образу жизни после работы с психологом уступает место согласию с новым положением, в котором пожилые люди находят положительные стороны. Задача консультанта — помочь пожилому человеку рассмотреть и оценить свои интересы и жизненные ресурсы, самому выбрать для себя подходящее, увлекающее его дело, оценить его личный и социальный смысл. Решение этих вопросов требует не одной встречи с психологом, особенно в тех случаях, когда пожилой человек осуществляет этот выбор методом проб и ошибок. Результаты каждой пробы требуют профессионального обсуждения и оценки, и общение с психологом может выполнять функцию обратной связи для самоутверждения человека в верности выбранного пути.

Проблема подготовки человека к выходу на пенсию достаточно хорошо разработана в практической психологии. Как отмечалось ранее, человек может пройти три этапа подготовки к пенсии: «сбрасывание оборотов», планирование будущей жизни на пенсии и «жизнь в ожидании пенсии». Консультант, помогая клиенту пройти эти этапы, учитывает следующие специфические факторы: располагает ли человек предпенсионного возраста достаточным доходом и сбере-

жениями; есть ли у него собственное жилье; планирует ли он продолжить работать или чем-то заниматься после выхода на пенсию. Совокупность ответов на эти вопросы называют индексом пенсионной зрелости — показателем того, насколько человек готов к выходу на пенсию. Люди с более высоким индексом пенсионной зрелости более позитивно смотрят на будущее и легче адаптируются к статусу пенсионера (Крайг Г., 2003).

**Совладание человека со старостью** как заключительным этапом жизни, помощь в принятии старости и всей прошедшей жизни в целом, в поиске новых жизненных ориентиров — вторая важная задача возраст-психологического консультирования. Психолог должен побуждать процесс размышления пожилого человека над вопросами, связанными со смыслом жизни. Направленность на поиск смысла жизни выступает как шанс обеспечить себе нормальное, достойное существование в старости. Пожилой человек может и не воспользоваться этим шансом, отклониться от признания своего нового психофизиологического и социального статуса и от размышлений о смысле своей новой жизни.

У стариков часто происходит сужение, угасание смысла жизни, который сводится к идее выживания; при этом они либо вообще стараются не думать о смысле жизни, либо осознают сам факт сужения смысла, что проявляется в репликах типа «Выжить бы...», «День прошел — и ладно».

Однако есть и другая группа пожилых людей, эмоционально-потребностная сфера которых характеризуется расширением, обогащением новыми смыслами, углублением главного смысла. В структуре смыслов жизни этих людей выделяются следующие главные смыслы: «служение Отечеству», «борьба за социальную справедливость», «забота о детях, их воспитание и развитие» и другие (Малкина-Пых И. Г., 2005). Эти жизненные смыслы могут найти свою реализацию в самых простых делах, но при этом они делают эти дела значимыми с точки зрения сохранения связей с обществом, реализации своего жизненного опыта, сопротивления постепенному угасанию. Активность сопротивления объективным условиям и обстоятельствам жизни при реализации смысла жизни является необходимым условием психического здоровья и сохранности личности (Франкл В., 1990).

Осознание нового жизненного статуса в преддверии или в самом старческом возрасте, понимание смысла своей новой жизни

как важного условия, обеспечивающего сохранность временной перспективы (когда будущее признается моментом настоящего, а настоящее — моментом прошлого и когда, в связи с этим настоящее и будущее перестают казаться смутными и пугающими), определяют целенаправленность и свободу выбора стратегии адаптации к старости. Открытие смысла в своем новом состоянии во многом обуславливает структуру эмоциональных переживаний пожилых людей, сохраняющих социальные связи, поскольку смысл жизни переживается как «причастность жизни». Эти переживания относительно независимы от внешних и внутренних обстоятельств жизни (Франкл В., 1990).

К основным задачам психологического консультирования пожилых людей относят также (Хухлаева О.В., 2001): повышение общего фона настроения; повышение самооценки; формирование позитивного образа старости как времени для счастья, развития, внутреннего покоя; обсуждение всего того хорошего, что имеется в актуальной жизненной ситуации.

От консультанта требуется тонкость и изобретательность, чтобы использовать факты реальной жизненной ситуации человека.

В ходе индивидуального консультирования пожилых людей чрезвычайно важно раскрыть понятие удовлетворенности жизнью в старости, условия его достижения, а также условность понятия «счастливая старость». Уместно объяснить клиенту, что в американской геронтопсихологии нет понятия «счастливая старость», но есть понятие «успешное старение». Оно предполагает постоянное приложение усилий для совладания с дефицитарностью, присущей процессу старения. Постоянная и разумная активность, адекватные физические и умственные тренировки обеспечивают пожилого человека необходимыми навыками совладания с недугами, способствуют решению основных задач возрастного развития и сопровождаются переживанием удовлетворения жизнью в этом возрасте (Santrock J.W., 1995). В связи с этим Б.Ньюгартен (Neugarten B.L., 1974) ввел удачные термины: «молодые старики» и «старые старики». Первые живут активно и независимо, их жизнь мало отличается от жизни более молодого поколения. Вторые представляют себя зависимыми и нуждающимися в помощи, их жизнь безрадостна и лишена какой-либо перспективы. Среди «молодых стариков» больше образованных людей, они дольше сохраняют здоровье и психическую полноценность.



Активное, «успешное» старение повышает устойчивость к стрессам, которые в этот период особенно опасны, т.к. в каждодневной жизни пожилые люди достаточно долго не ощущают снижения своих интеллектуальных и физических возможностей. Возрастные изменения могут не проявляться при выполнении привычных действий, но уменьшают резервные возможности человека, что особенно очевидно проявляется в стрессовых ситуациях и в условиях жестких требований. Это относится как к интеллектуальным, так и к физическим способностям (Baltes P.B., Kliegl R., 1992). Готовность к преодолению немощности поддерживает потенциал развития в поздних возрастах и способствует развитию и личностному росту. Психологическое консультирование и психотерапия могут опереться на процессы компенсации и даже развития в старости, а следовательно, могут быть достаточно эффективными.

В нашей стране практически отсутствует система консультирования по вопросам профессионального самоопределения после выхода на пенсию. В то же время в США проблема психологического сопровождения профессиональной карьеры человека является актуальной в любом возрасте. Люди, выходящие на пенсию, не обязательно должны полностью прекращать работать. Профориентационное консультирование пожилых людей основано на достаточно прагматических положениях о том, что в будущем катастрофически стареющее общество может столкнуться с нехваткой рабочей силы, и поэтому нерационально терять талантливых и продуктивных работников. В то же время пенсионные программы постоянно дорожают из-за увеличения числа неработающих пенсионеров. В связи с этим профориентационное консультирование предлагает программы обучения пенсионеров, программы неполной занятости или легкого труда для пожилых людей. Так, находящиеся на пенсии бизнесмены успешно занимались обучением своих молодых коллег. Еще одна успешная программа посвящена обучению пожилых людей работе с детьми-инвалидами (Крайг Г., 2003). Следует обратить особое внимание на сам процесс обучения после выхода на пенсию. В колледжах и университетах США на студенческой скамье можно встретить пожилых людей. Для них обучение — это не только переподготовка для обретения новой профессии, но и средство занять время и тренировать познавательные способности с целью отдаления периода интеллектуального угасания. В целом у пожилого человека меняется

мотивация трудовой деятельности: стремление к труду у него имеет не столько материальный, сколько эмоциональный мотив. Для его самоутверждения важна не утраченная способность к труду, а деньги являются лишь эталоном ее оценки (Альперович В.Д., 2001).

Специфика взаимоотношений консультанта и пожилого клиента в некоторых ситуациях может затруднить процесс консультирования (Кемпер, 1986). Здесь сказываются и негативные особенности протекания психических процессов у пожилых и престарелых людей, и (опять же негативные) особенности их социального статуса, кардинально изменяющие самооценку, и, наконец, особенности данной жизненной стадии и отношение к ней, разрушающие прежнюю систему ценностей и мировоззрение. Перечисленные особенности проявляются в устойчивом выраженном или скрытом недоверии к психологу, иногда скрывающемся за маской благожелательности, снисходительности или добродушной открытости. Трудности консультирования пожилых людей можно объяснить рядом причин. Во-первых, жизненный статус немало прожившего человека независимо от реальной ситуации генерирует представления о себе как о самодостаточной ценности. Во-вторых, негативный жизненный опыт настраивает человека на настроенное отношение к советам посторонних: по его мнению, в большинстве случаев «посторонние» руководствуются либо выполнением формальных обязанностей, либо высшими социальными задачами, но никогда не личными интересами клиента, так что формальность взаимоотношений предполагается уже изначально, является одним из «правил игры». Установление доверительных отношений с таким клиентом требует значительного времени.

В-третьих, распространенное представление о пожилых как о «лишних» людях, у которых «все в прошлом», усваивается человеком и проявляется в виде выраженного активного или скрытого нежелания усваивать новое («Зачем мне все это?», «Поздно уже переучиваться, пусть молодые учатся, а нам ни к чему»). Нужно учитывать и отсутствие традиции обращения за помощью к психологу (Иванов В.А., 1999).

С другой стороны, может наблюдаться полная идеализация консультанта его клиентом вплоть до обожествления. За этим может стоять тоска по зависимости от доброго, исполняющего желания защитника или же представление о том, что консультант может решить за клиента все его проблемы. Возможен перенос на консультанта

роли сына (дочери), причем такие представления возможны и у бездетных, безнадежно мечтающих иметь ребенка. Иногда клиент в отношении консультанта проявляет агрессию, за которой может стоять сильный страх смерти.

Консультант тоже может испытывать противоречивые чувства. Он может ощущать неуверенность и зависимость от клиента как от лица более старшего. Но чаще он будет тратить много энергии на сопротивление естественным эмоциональным реакциям, которые вызывает трудный клиент. Для многих клиент является призраком собственного будущего и настолько пугает, что включает архаические формы защиты — уничтожить угрожающее. Не только консультирование пожилых людей, но даже теоретическое изучение геронтопсихологии нередко вызывает у студентов отторжение, кажется скучным и неинтересным.

Работа с пожилыми людьми предъявляет особые требования к психологическому здоровью консультанта. Только психологически здоровый человек, обладающий прежде всего чувством юмора и оптимизмом, а также имеющий выраженную духовную позицию, способен установить контакт с пожилым клиентом, добиться успехов в работе.

Процедуру возрастно-психологического консультирования следует строить с учетом особенностей личности клиента и его индивидуальной стратегии адаптации к возрастным изменениям. Так, среди пожилых людей очень часто встречаются молчаливые, замкнутые, подчеркивающие свое недоверие к посторонней помощи в решении их проблем и работе психолога, в частности. Скрытность для них является своего рода ширмой, за которой они прячут свою неуверенность и низкую самооценку. В работе с такими людьми следует быть предельно лаконичным, использовать простые и четкие тезисы, реальные, конкретные факты. Часто, хотя они это и скрывают, таким людям нравятся сильные личности. С ними пожилые люди бессознательно надеются разделить ответственность за свою дальнейшую судьбу. Эти клиенты охотно следуют советам и инструкциям, произнесенным уверенным, но не выходящим за рамки уважительного отношения к старости тоном. Такая форма работы эффективна и с клиентами, для которых характерна старческая болтливость.

Много сложностей может возникнуть при работе с амбициозными пожилыми людьми, отличающимися неуравновешенным харак-

тером, склонными к импульсивным, аффективным реакциям. Между вспышками гнева они могут быть излишне предупредительны, уступчивы. В работе с такими клиентами надо уметь переключить их внимание, отвлечь от предмета возбуждения и вернуться к его рациональному обсуждению только после нормализации состояния.

Среди пожилых клиентов нередко можно встретить тревожно-мнительных людей. Многие из них не понимают значения работы с психологом (обращение к консультанту в таких случаях происходит по настоянию родственников) и не придают консультированию серьезного значения, поскольку в опыте их прежней жизни никто о профессиональной помощи не знал. В работе с такими людьми консультанту важно показать себя человеком волевым, уверенным в себе, в своих словах и поступках, способным передать эту уверенность другим. Мнительные пожилые люди очень хорошо воспринимают слова, сказанные в спокойной авторитетной манере.

Консультанту, работающему с пожилыми людьми, важно помнить, что в структуре их потребностей имеют большое значение потребности в независимости и в проецировании на других своих психических проявлений. Старики крайне негативно относятся к попыткам руководить ими, давать им советы, конструировать их жизнь. Они часто бывают амбициозны, обидчивы, поэтому императивный тон общения с ними неприемлем. В связи с этим консультант при работе с пожилыми людьми должен постоянно демонстрировать безусловное уважение к ним, апеллировать к их жизненному опыту, следить за созданием и поддержанием необходимого психологического климата, способствующего обоюдному доверию и обсуждению значимых проблем, подчеркивать искренний интерес к клиенту и подлинное желание помочь ему, предоставлять максимальную возможность высказаться.

Речь консультанта должна быть простой и доступной для понимания, не следует увлекаться психологической терминологией. В процессе консультирования клиенту следует передать необходимые психологические знания, но сообщения консультанта должны быть понятными и краткими. Следует помнить, что старому человеку трудно выдержать длительный контакт с консультантом, и ограничивать продолжительность сессии в соответствии с индивидуальными особенностями клиента. В процессе работы следует чаще использовать приемы одобрения и успокоивания, отражения содер-

жания, поскольку пожилой человек часто говорит длинно и запутанно, перескакивает с одной темы на другую (Кочюнас Р., 1999).

И, наконец, самое главное в консультировании пожилых людей — создание корпоративной формы психологической работы, отведение клиенту равноценной роли в консультативном процессе, подчеркивание веры в богатый жизненный опыт, мудрость и внутреннюю способность самому определять свой жизненный путь и нести ответственность за принятые решения.

Индивидуальное психологическое консультирование пожилых людей проводится не только в связи с нормативными кризисами, но и в особых ситуациях: в связи с потерями близких, в случае глубокой депрессии, в преддверии смерти.

Психологическое индивидуальное консультирование в критических ситуациях должно учитывать особенности эмоциональных переживаний утраты в пожилом возрасте. Консультирование пожилых людей, перенесших утрату близкого, — это не такое тяжелое испытание для психолога, как работа с молодыми и зрелыми людьми в подобной ситуации, поскольку старики не так бурно проявляют свое горе и быстрее смиряются с ним. «Работа скорби» у стариков проходит более естественно и закономерно, и консультант может помочь этой работе в плане поиска новой идентичности. Старый человек в потере супруги (супруга) обретает новый смысл жизни в сохранении памяти о ней (нем). Далее он может жить мыслью о том, что, пока длится его жизнь, жив и ушедший, но оставшийся в его душе и памяти близкий и любимый человек. Работа консультанта может помочь пожилому человеку облегчить чувство вины перед умершим, фиксируя его воспоминания на том хорошем, счастливым, что они пережили вместе. Здесь может оказаться эффективной семейная терапия: члены семьи должны знать, что пожилого человека, перенесшего утрату, не следует оставлять одного, но и не надо «перегружать» опекой. Горюющему человеку нужны постоянные, но ненавязчивые слушатели. Роль такого слушателя очень эффективно может выполнять сам консультант. При этом он должен искренно сопереживать горю и адекватно выражать сопереживание. Не следует поверхностно успокаивать скорбящего, главные задачи консультанта — предоставить возможность клиенту выражать свои чувства и помочь близким скорбящего правильно реагировать на его скорбь.

Психологическое консультирование при тяжелой депрессии всегда сочетается с активной психотерапевтической работой. При работе с пожилым человеком, погруженным в состояние депрессии, консультанту постоянно следует подчеркивать, что он не может взять на себя ответственность за состояние клиента, а может лишь помочь его самоопределению. Задачи консультанта в работе с депрессивными пожилыми клиентами — показать, что их пессимистический взгляд на мир является результатом депрессивного состояния (его можно облегчить, и картина мира улучшится), а также поддержать клиента и помочь ему в психологическом объяснении его трудностей. При этом консультант должен активно расспрашивать пожилого человека о его переживаниях и обстоятельствах его жизни. В этом случае встречи должны быть частыми (2–3 раза в неделю), с постепенным уменьшением частоты встреч в зависимости от состояния клиента. Необходимо добиваться преодоления зависимости клиента от процесса консультирования и с каждой последующей встречей побуждать его к более активной роли в разрешении проблемы.

Беседа с умирающим старым человеком не является в полном смысле слова психологическим консультированием. Как уже говорилось, в конце жизни человек часто обращается мыслями к вечному, к Богу. Подводя итог своей жизни, он ищет закон человеческого существования и находит его в вере. У старого человека вера может быть глубокой и искренней, и поэтому присутствие священника у постели умирающего сейчас не является редкостью. Церковный ритуал подготовки к смерти выверен многими сотнями лет, он облегчает человеку переход в иной мир. Однако если у умирающего человека нет потребности в общении со священником, он может остаться один перед лицом смерти. Близкие, занятые своим горем, не могут оказать серьезную помощь умирающему. Это может сделать профессионал, но в настоящее время им редко становится психолог, скорее такую функцию может взять на себя врач.

В современной психологии разработаны общие принципы общения с умирающим старым человеком (Кочюнас Р., 1999). Так, консультанту следует внимательно выслушать умирающего и помочь ему поделиться мыслями о смерти и о том, что он оставляет в этой жизни. При этом внимание умирающего следует осторожно направить на важные дела, завершенные им при жизни, и на его духовное и экзистенциальное наследие, которое обеспечит ему существование

в этом мире после смерти (в памяти, чувствах, делах других людей). Следует внимательно выслушать жалобы, пожелания и последние распоряжения умирающего, по возможности удовлетворить их или пообещать сделать все возможное. У умирающего старого человека нередко появляется потребность вспомнить свои ошибки, простить своих врагов, выразить сожаления о нанесенных им самим обидах. Консультанту следует всем своим поведением и манерой активного слушания выразить важность этого момента. Не следует чрезмерно выражать сочувствие умирающему, но несправедливо было бы и недооценивать или отрицать значение умирания. Смерть — это торжественный момент жизни, такой же важный и неотъемлемый от нее, как и рождение. Поэтому, оставаясь в сознании, умирающий человек нуждается в сохранении достоинства и права распоряжаться собой на последнем этапе жизненного пути. Консультант-психолог может помочь ему в этом.

### **3.2.1. Техники индивидуального и группового консультирования и психотерапии пожилых людей в системе долговременного ухода**

Пожилые клиенты традиционно рассматривались как плохие кандидаты для психотерапии, хотя первые психотерапевтические программы для пожилых людей предлагались еще в первой половине XX века. Скептическое отношение к применению психотерапии у пожилых людей связано с возрастными особенностями психики, такими как ригидность, сужение жизненной перспективы и ослабление механизмов защиты, отсутствие ресурсов для надежды на будущее. Однако некоторые особенности психологии пожилых людей могут, наоборот, облегчить проведение психотерапии. Возрастающая зависимость рассматривается как терапевтический ресурс, а ослабление механизмов защиты улучшает и делает более прямым контакт с подсознательным. Кроме того, имеет значение, что пожилые люди легче связывают настоящие конфликты с прошлым, легче реагируют на интерпретации и освобождаются от комплексов. Стареющие люди склонны спонтанно пересматривать свою жизнь аналогично тому, как это делается в психоанализе, и нередко обнаруживают стремление к перестройке своей жизни, что составляет предпосылки к успешному проведению психотерапии.

Методов, разработанных специально для работы с людьми пожилого возраста, в арсенале современной психотерапии явно недостаточно. Более известны и распространены методы, разработанные для более ранних возрастов и адаптированные к психологическим особенностям пожилых людей. Так, Б. Д. Карвасарский (1998, 2000) описывает комплекс психотерапевтических средств, который может быть успешно использован в геронтологической практике. Этот комплекс нацелен на восстановление и активизацию телесных, психических и социальных функций, навыков и возможностей, а также на решение конкретных проблемных ситуаций, с которыми пожилой клиент не может справиться самостоятельно (Малкина-Пых И. Г., 2005).

Использование психотерапевтических методов в геронтопсихологической практике связано с отходом от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс проявляется общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей. В настоящее время психотерапевтическая практика исходит из положения о том, что поведение пожилого человека определяется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. Соответственно необходимы детальный анализ конкретной ситуации и ее когнитивного содержания, а также разнообразие мер вмешательства (медицинские, психологические, социальные и другие). Особенностью работы с пожилыми людьми является применение принципа активации и реактивации ресурсов клиента, так как невостребованные функции угасают. При этом необходимо внимательно следить за мерой «напряжения» функций, поскольку равно опасно как их недостаточное напряжение, так и перенапряжение. Особенности личности пожилого человека и его стратегия адаптации к возрастному фактору определяет характер психотерапевтического воздействия и конкретный выбор применяемых психотерапевтических методов и приемов.

Наименее эффективным в работе с пожилыми людьми являются глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии. В то же время в геронтологии активно развивается поддерживающая и когнитивно-поведенческая психотерапия пожилых людей. Благополучие семьи, имеющей одного или нескольких беспомощных (или считающих себя таковыми) стариков, часто бывает неустойчивым, особенно в случаях возникновения кризисных ситуаций, поэтому поддерживающая семейная терапия может оказать семье боль-



шую помощь (Эйдемиллер, Юстицкий 1999). К тому же при работе с пожилыми людьми психотерапия и консультации родственников, обсуждение с ними проводимых и планируемых мероприятий повышают их эффективность и делают более стабильными результаты психотерапевтических воздействий.

### **Работа с воспоминаниями**

Для людей, вступивших в период поздней взрослости, эти техники являются наиболее эффективными способами индивидуального мотивирования жизненной активности и формирования толерантного отношения к старению и неизбежности смерти. Они имеют несомненную коммуникативную, диагностическую и коррекционную ценность и направлены на то, чтобы дать человеку возможность осознать, как его прошлое определило его настоящее и продолжает влиять на него (Глуханюк Н. С., Гершкович Т. Б., 2002).

Воспоминания — универсальный процесс, который может начаться под влиянием чувства, образа предмета, звука, запаха или вкуса. Вспоминая, человек может испытывать различные эмоции: печаль, счастье, гнев или бурную радость. Воспоминания — нечто большее, чем простое припоминание фактов. Это процесс, который позволяет людям переживать личностный опыт как значимый и яркий.

Известны три основных вида техник, связанных с воспоминаниями: рассказ историй, личная биография и метод «обозрения жизни» (life review). Каждый из них должен применяться в соответствии с целями специалиста и его клиента: установление взаимоотношений, облегчение беспокойства старых людей, сталкивающихся с нерешенными конфликтами и проблемой смерти (Краснова А. В., 2002).

**Рассказ историй** имеет особенное значение «наведения моста» между специалистом и пожилым клиентом, позволяет преодолеть возрастные различия, создать доверие и конфиденциальность во взаимоотношениях. Не меньшее значение имеет знакомство с опытом клиента, с его ценностями, что поможет в дальнейшем определить перспективные направления работы с ним. Рассказываемые истории подтверждают идентичность личности старого человека, в которой Б.Хьюджес (Hughes B., 2000) определяет две особенности. Первая (личностная идентичность) относится к его личной истории, его прошлому опыту («был у меня такой случай...»). Вторая особенность заключается в том, что старый человек вмещает в себе знания и опыт

социальной истории, которые важны как для его социальной идентичности, так и для общества. Например, для него очень важно рассказывать о жизни в «другой эре», где были такие события, как, например, война. Кроме того, рассказывая какую-либо историю, клиент может научиться управлять текущей ситуацией.

**Личная биография** — это структурированная реконструкция событий и фактов жизни человека, которая включает не только их описание, но и чувства, которыми они сопровождались. П.Харрис (Harris P., 2001) указывает, что типичный ход событий жизни располагается в следующем порядке: дошкольный и школьный период, работа и карьера, общение с другими людьми, супружество и развод, рождение и воспитание детей, переезды и перемена дома, служба в армии или участие в войне, безработица и выход на пенсию, болезни и инвалидность, тяжелые потери. Однако личные биографии — это больше чем коллекция событий в жизни индивида. Такие события нуждаются в обсуждении в рамках схемы «Я» и теории идентичности (структурированный образ «Я»). В биографии человека отражаются негативный опыт и прошлые трудности, поэтому цель работы — подчеркнуть его силу, ресурсы и качества, которые были им проявлены в прошлом и помогли каким-то достижениям в настоящем. Работа с личной биографией позволяет человеку адекватно оценить изменения настоящего положения и разрешать текущие проблемы. Она может быть направлена на целый ряд целей: понимание другого и своих усилий, акцентирование способности принятия решений и оценки применения своих возможностей к настоящим проблемам. Иногда это может способствовать тому, что человек начинает разрешать застарелые конфликты или прошлые проблемы без руководства специалиста. Биографическая информация дает основу для индивидуального планирования терапевтического вмешательства, сохраняющего личность и идентичность клиента. Знания об истории жизни клиента, его потерях и пережитом могут вести к адекватным ответам на них и персонализации эмпатии. Использование биографического подхода позволяет практикам анализировать разную информацию (Dant T. et al., 1990). Воспоминания-биография — не инструмент для оценки, но гибкий подход, который дает возможность извлечь более богатую и чувствительную информацию наряду с традиционными инструментами оценки. Использование биографического подхода позволяет лучше понимать отношения, чувства и опыт пожилых людей. Этот метод позволяет

прояснить семейные взаимоотношения и социальные факторы, способствует пониманию проблем клиента. Биографический подход помогает клиенту осознать ценность прошлого, научиться использовать полученный опыт и стратегии, которые ранее помогали справляться с трудностями. Он позволяет специалистам оказать помощь клиентам в адаптации к изменившимся обстоятельствам, изменить стиль жизни.

**«Обозрение жизни»** тесно связано с концепцией направленных изменений: проблемы прошлого пересматриваются человеком «в порядке принятия» своей жизни, чтобы достойно встретить смерть. Это вариант психотерапевтического консультирования, прямо направленного на проблемы в прошлом, которые могут сдерживать, препятствовать достижению эго-интеграции или принятия своей жизни и ее особенностей (Butler R., 1963). Чтобы использовать этот метод, психолог должен пройти специальное обучение.

Методы работы с воспоминаниями зависят от опыта специалиста, его целей, а также от уровня активности воспоминаний, которые наиболее подходят для достижения намеченного результата. Полезно использовать материалы и различные приспособления. Например, рассказ истории может начинаться с рассматривания фотографий или какой-то вещи (как в приведенном выше примере). В работе с личной биографией и «обозрением жизни» используется целый ряд техник: разглядывание альбомов с вырезками из газет; посещение знакомых мест; записанные на бумаге, видео- и аудиокассетах автобиографии; альбом с фотографиями; семейные генеалогические деревья; можно говорить, смотрясь в зеркало.

Специалисту, работающему с воспоминаниями, Б.Хьюджес (Hughes B., 2000) советует учитывать следующее:

**Подготовку:** специалист должен подготовиться к работе сам и подготовить к ней клиента. Необходимо осознавать, что процесс воспоминаний предъявляет практические и эмоциональные требования ко всем участникам, особенно когда вспоминают о болезненном опыте.

**Избегание приписываний:** личная биография и «обозрение жизни» вовлекают в процесс чувства и эмоции, а не только факты. Однако специалист должен сознательно избегать одобрения или осуждения, которые может вызывать информация о событиях прошлого; вместо этого следует очень аккуратно и осторожно узнавать об актуальных чувствах клиента.

**Открытые вопросы:** для избегания приписываний применяет осознанное использование открытых вопросов с целью изучения опыта и сопровождающих его чувств клиента.

**Конфронтация болезненным воспоминаниям:** личная биография и «обозрение жизни» будут неизбежно обнаруживать события, которые не только были для клиента болезненными в прошлом, но и воспоминание о которых усиливает негативные чувства и эмоции, переживаемые им в настоящем. Для специалиста важно не уклоняться от выслушивания таких воспоминаний, хотя это может быть трудным.

**Обнаружение позитивных воспоминаний:** в работе очень важно возвращение (может быть, неоднократное) к позитивным воспоминаниям о событиях, в которых проявились сильные качества, ресурсы клиента.

Рассказ истории, личная биография и «обозрение жизни» — формы работы с воспоминаниями, которые способствуют развитию целостности личности, самоуважения и психологического здоровья. В работе с клиентами специалисты должны иметь ясные представления о причинах использования воспоминаний, четко определить цели работы и способы оценки уровня активности припоминания у пожилого или старого человека.

Работу с биографией пожилого человека можно вести двумя путями: описание и изучение преимущественно его внутренней жизни или описание и изучение ее фактологической, «наружной» стороны.

Главными задачами при движении по первому пути являются: выявление роли тех или иных событий и лиц, оказавших влияние на жизнь человека; исследование разрушительных ситуаций на его жизненном пути; выявление ситуации-лейтмотива, обусловившей жизненный урок всей биографии; обозначение собственных личностных ресурсов, заключенных в материалах биографии; формирование творческого отношения к кризисам поздней взрослости и обучение конструктивным способам выхода из них; создание адекватной временной перспективы.

Такой вариант реализации биографического метода имеет ряд несомненных достоинств. Главное из них — способность научить человека творчески относиться к борьбе с трудностями.

Второй путь реализации биографического метода основан на том, что прикосновение человека к своему прошлому само по себе, даже без его глубинного психологического анализа, без тщательного ис-

следования внутренней жизни, может дать весьма сильный психотерапевтический эффект и способствовать возникновению стойкого позитивного мироощущения. На этом пути используются такие частные техники, как создание «музея детства», работа с фотографиями, иллюстрациями из журналов, изучение генеалогии, написание мемуаров. Написание мемуаров является мощным психотерапевтическим средством, способным излечить человека от депрессии, побудить к его активной деятельности по подбору и чтению литературы, работе в архивах, к встречам с людьми. Это занятие включает человека в общественную жизнь и заставляет его отвлечься от мыслей о болезнях и прошедшей молодости. Это настолько сильное средство, что его правомерно рассматривать как особую биографическую технологию и назвать мемуаротерапией.

### **«Я и мой жизненный путь»**

Эта методика предназначена для индивидуальной терапии и предполагает письменное изложение своей истории жизни. Такой прием помогает человеку осознать, каким образом прошлое повлияло на настоящее и как это влияние продолжает сказываться до сих пор (Осухова Н., 2001).

Выполнение задания помогает увидеть повторяемость стереотипов поведения и принять решение о «прощании с прошлым», освобождении от стереотипов, которые не соответствуют новым жизненным условиям. Предлагаемые клиенту вопросы для размышления направляют его внимание не столько на панораму времени, сколько на его собственную историю жизни, помогают исследовать, каким образом условия быта, события и люди повлияли на его жизнь.

#### **Инструкция.**

1. Сначала кратко опишите внешние события вашей жизни (время и место рождения, национальность, социально-экономическое положение вашей семьи, число братьев и сестер, каким по счету родились вы, общие социальные условия, в которых вы жили). Как эти внешние обстоятельства повлияли на ваше развитие?
2. Излагать свою биографию можно по-разному. Некоторые делают это в хронологическом порядке, рассказывая о своей жизни год за годом; другие предпочитают начинать с того момента, который по каким-то причинам является для них значимым. Можно сначала набросать общий план основных событий в хронологическом

порядке, а затем подробно остановиться на том, что больше всего вас привлекает, и вновь вернуться к плану, чтобы не упустить важные моменты жизни. Пишите так, как вам удобно. Самое важное — это начать писать. Попробуйте излагать мысли в виде потока сознания. Это лучше, чем заранее ограничивать изложение жесткими рамками плана.

3. Описывая свою жизнь, будьте откровенными и беспристрастными, не бойтесь предстать в невыгодном свете. Обратите внимание на те моменты своей жизни, которых вы стесняетесь: их осмысление поможет многое понять, лучше осознать свою жизнь и найти конструктивные способы отношений с собой и другими, стать более успешным. Если текст покажется вам слишком длинным и бессвязным, можно сделать на его основе более короткий и четко организованный вариант для своего психолога. Такая работа поможет вам лучше увидеть собственные стереотипы.

#### **Вопросы для размышления.**

1. Каким вы были в разные периоды своей жизни?
2. В какую сторону вы изменились с тех пор?
3. Воспринимали ли вас окружающие так же, как вы воспринимали себя?
4. Какие маски вы носили? Как искажали свою истинную натуру, чтобы быть принятым окружающими? Чтобы защищаться от них?

#### **Задания.**

1. Опишите поворотные моменты, во время которых происходили изменения в вашем осознании жизни или отношении к ней. Такие события часто воспринимаются как испытание или инициация и могут происходить как кризис или проверка на прочность.
2. Опишите замеченные вами стереотипы или конфликты, которые повторялись в различных жизненных ситуациях, а также уроки, которые вы вынесли из своего жизненного опыта.
3. Опишите свои самые ранние воспоминания.
4. Отметьте любые события, которые травмировали вас (например, болезни, несчастные случаи, смерти, расставания, насилие, сексуальные оскорбления и т.д.). Как они повлияли на вас?
5. Расскажите о своей жизни, подумайте, как бы вы назвали книгу о своей жизни, если бы написали ее. Придумайте миф или сказку о своей жизни и проиллюстрируйте ее рисунками.

### **Итоговые вопросы.**

1. Вы принимаете свой жизненный опыт или относитесь к нему отрицательно?
2. В чем, на ваш взгляд, состоит более глубокое значение и предназначение вашей жизни?

### **«Похвальное слово самому себе»**

Упражнение лучше проводить в группе, но можно применять и при индивидуальном консультировании. Цель данного упражнения — помочь человеку подвести итоги прожитого, осознать то важное и ценное, что он уже осуществил.

**Инструкция.** В течение десяти минут с закрытыми глазами вспоминайте свою жизнь. Начните с самых ранних детских воспоминаний. Вспомните каждое ваше достижение, каждую заслугу, каждое совершенное дело, которым вы можете гордиться. Откажитесь от любых скромных и снижающих ваши достоинства замечаний (например, «В институте я был первым в группе. Правда, в ней было всего десять человек»). Отбросьте второе предложение и оставьте только первое! Обратите особое внимание на те события, которые без вашего участия приняли бы совсем другой оборот (например, случай, когда вы выступили и защитили вашего товарища по работе или когда вы опоздали на назначенную встречу, потому что помогли потерявшемуся ребенку добраться до дома). И не забудьте поступки, которые кому-то могут показаться легкими, но для вас были трудны.

### **«Уровень счастья»**

Цель этого упражнения — помочь человеку увидеть те существующие в его жизни источники радости, которые он не замечает, показать, что счастье — это состояние души, и оно не определяется немедленным удовлетворением всех желаний или уровнем материального благосостояния.

**Инструкция.** Составьте список всего того, за что вы можете быть благодарны судьбе в настоящий момент. Проследите, чтобы в ваш список было включено все, что стоит благодарности, — солнечный день, сбережения (даже если сумма не очень велика), свое здоровье, здоровье членов семьи, жилье, пища, красота, любовь, мир. Если работа по подведению итогов и нахождению источников радости, счастья

в настоящем проведена достаточно тщательно, можно перейти к поиску новых возможностей, новых путей, предоставляемых кризисом.

### **Созидающая визуализация**

Консультанту в своей работе с негативными эмоциональными переживаниями пожилых людей приходится учитывать целостную картину эмоциональной жизни клиента во всем ее многообразии. Эффективным методом регуляции самых разнообразных негативных эмоций пожилых людей является методика «созидающей визуализации», разработанная Ш.Гавэйи (1997). В данном подходе используется механизм работы воображения. Этот метод аналогичен методу «управляемого воображения», или «управляемого порождения образов» — «Guided Imagery», описанному в работе (Ермолаева М.В., 2002).

Использование метода созидательной визуализации способствует решению многих задач психорегуляции эмоциональных переживаний пожилых людей, важнейшими из которых является компенсация сенсорной депривации, обогащение ощущениями о внутреннем состоянии организма, формирование положительных эмоциональных переживаний, связанных с телесными ощущениями, энергетизация организма (дозированное повышение уровня бодрствования), оживление, обновление «красок окружающего мира». В то же время указанный метод пригоден для решения более сложных и долгосрочных задач, связанных с обновлением Я-концепции, обусловленной психологическими и социальными возрастными изменениями, частичной компенсацией старческого эгоцентризма, облегчением бремени старческого одиночества, потерь, характерных для этого возраста (Ермолаева М.В., 2002).

Среди многочисленных опытов по использованию образного мышления для лечения болезней наиболее известны клинические работы онколога К.Саймонтона и его жены, психолога С.Мэтьюз-Саймонтон (Саймонтон К., Саймонтон С., 2001). Они первыми использовали образное мышление в качестве дополнительного метода лечения раковых больных.

Созидающая визуализация является способом использования естественной мощи воображения. Воображение является способностью ума создавать идеи или ментальные образы. В созидательной визуализации воображение используется, чтобы создать отчетливый



образ того, что мы хотим. Затем внимание постоянно фокусируется на этой идее или картине, придавая ей положительную энергию до тех пор, пока она не станет действительно достигнутой реальностью.

Для использования созидающей визуализации необходимо иметь желание обогатить свои знания и опыт и быть достаточно открытым для нового. Согласно Ш.Гавэйну, «конечная цель созидающей визуализации — сделать прекрасным каждый момент нашей жизни, когда мы будем вполне естественно выбирать то лучшее, что обеспечивает наибольшую полноту жизни».

Вот основное упражнение созидающей визуализации. Сначала подумайте о том, чего вы хотели бы достичь. Выберите для этого упражнения что-нибудь простое, что вы легко себе представляете. Это может быть предмет, который вы хотели бы иметь, событие, ситуация, в которой вы желали бы оказаться, или какие-то обстоятельства вашей жизни, которые вы хотели бы улучшить.

Расположитесь поудобнее, сидя или лежа, в тихом месте, где вас никто не потревожит. Полностью расслабьте тело. Представьте, начиная с пальцев ног и кончая головой, поочередное расслабление всех мышц вашего тела, воображая, как все напряжение уходит из вас. Дышите животом глубоко и медленно. Считайте от 10 до 1, с каждым счетом чувствуя себя более расслабленно.

Когда вы почувствуете полное расслабление, начинайте представлять в точности то, что вы хотите. Если это предмет, представьте, что он у вас, что вы пользуетесь им, наслаждаетесь и восхищаетесь им, показываете его своим друзьям. Если это событие или ситуация, представьте себя в ней и вообразите, что все вокруг вас происходит так, как вы хотите. Вы можете представить, что говорят люди или представить любые детали, которые могут сделать картину более реальной.

Созидающая визуализация проводится в 4 этапа:

**Поставить задачу.** Клиент решает, чего бы ему хотелось достичь, ставя для начала цель, в достижение которой ему легко поверить, которую возможно реализовать в ближайшем будущем.

**Создать четкую мысленную картину.** Визуализировать предмет или ситуацию в точности так, как клиент того хочет. Думать о желаемом в настоящем времени, как о уже свершившемся, вообразить себя в желаемой ситуации, включив в картинку как можно больше деталей.

**Сосредотачиваться на ней чаще.** Клиенту дается задание чаще представлять свою мысленную картину, пока она не станет неотъем-

лемой частью его жизни. Нужно сосредоточиться и четко видеть ее, но делать это надо легко и непринужденно.

**Передать ей положительную энергию.** Сосредоточившись на своей задаче, подбадривать себя положительными мыслями. Давать себе мощные положительные установки, что это уже существует, уже осуществилось или происходит в настоящий момент. Такие положительные установки называются «аффирмации» (утверждения). Использование аффирмаций предполагает временное отбрасывание сомнений и неверия и представление желаемого как реального и возможного.

Вы можете заниматься этим относительно недолго, может быть, всего несколько минут — как хотите. Наслаждайтесь. Этот процесс должен приносить радость, подобную радости ребенка, мечтающего о подарке на день рождения.

Если у вас возникают сомнения или противоречивые мысли, не боритесь с ними и не пытайтесь их устранить, так как противодействие усилит их. Позвольте им свободно проходить через ваше сознание, а сами возвращайтесь к своим положительным установкам и образам.

Занимайтесь этим до тех пор, пока процесс кажется вам интересным и приносит радость. Может быть, пять минут, а может быть, и полчаса. Повторяйте упражнение каждый день, и как можно чаще.

Как видите, основной процесс относительно прост. Однако, чтобы использовать его действительно эффективно, требуется понимание деталей и постоянное совершенствование.

Важно полностью расслабиться, когда вы впервые приступаете к использованию созидающей визуализации. Когда тело и ум расслаблены, более глубокий, замедленный уровень сознания эффективнее воздействует на разум и тело. Если вы научитесь глубокому расслаблению и визуализации, то вы сможете эффективнее изменять свою жизнь, чем могли бы это делать при помощи размышлений, беспокойства, составления планов и попыток манипулировать вещами и людьми.

Один из важных элементов созидающей визуализации — аффирмация. Это положительная установка на то, что нечто воображаемое уже существует. Аффирмацией может быть служить любая положительная установка — очень общая или очень конкретная.

Мы в своем сознании почти постоянно ведем внутренний диалог, и эти бесконечные комментарии жизни, мира, чувств, наших проблем,

других людей и т. д. влияют на чувства и ощущения и окрашивают их, и в конечном счете именно эти мысленные формы притягивают и создают все происходящее с нами.

Аффирмации можно произносить про себя, вслух, записывать или даже петь. Ежедневные, всего лишь десятиминутные занятия могут перевесить стереотипы, приобретенные годами. Чем чаще вы будете вспоминать, что надо следить за тем, что вы «говорите себе», и выбирать положительные слова и мысли, тем более позитивной станет создаваемая вами жизнь.

Правила составления аффирмаций таковы:

- Составлять утверждения в настоящем времени. Важно осознавать желаемое так, как будто оно уже существует. Ошибочно утверждать: «У меня будет отличная новая работа», правильнее сказать: «У меня уже есть отличная новая работа». Это осознание факта, что все создается сначала на ментальном плане, прежде чем проявится в объективной реальности.
- Делать утверждения в как можно более положительной форме, утверждая то, что вы хотите. Ошибка: «Я теперь не просыпаю по утрам». Лучше сказать: «Я теперь просыпаюсь вовремя и каждое утро я полон энергии».
- Чем короче и проще аффирмация, тем она эффективнее. Утверждение должно быть четкой установкой, оно должно передавать сильное чувство; чем сильнее чувство, которое оно несет, тем сильнее впечатление, производимое на ваше сознание.
- Всегда выбирать ту аффирмацию, которая полностью подходит вам лично.
- Создавая аффирмации, надо все время помнить, что вы создаете нечто новое.
- Аффирмации не предназначены для противостояния вашим чувствам и эмоциям или для их изменения. В то же время они могут помочь вам выработать новый взгляд на жизнь, что позволит вам все больше и больше наслаждаться ею.
- Используя аффирмации, попытайтесь создать чувство веры, убежденности. Вложите в них всю умственную и эмоциональную энергию и временно откиньте все сомнения и колебания.

Типичные ошибки при работе с аффирмациями: сомнения или отрицательные мысли; механическое прочтение зазубренных утверждений; составление утверждений в будущем времени; использование

негативных формулировок; длинные, многословные и теоретические утверждения; сопротивление и манипулирование, противостояние своим чувствам.

Продолжайте работать в этом направлении, пока не добьетесь своего или пока не исчезнет желание. Помните, что задачи часто изменяются, не успев реализоваться, и это абсолютно естественный процесс, связанный с изменением и ростом человеческой личности. Поэтому не пытайтесь протянуть работу дольше, чем у вас имеется на это энергии; потеря интереса означает, что надо по-новому взглянуть на то, чего вы хотите.

Нужно осознать, что ваша цель изменилась. Нужно четко понять тот факт, что вы больше не интересуетесь старой задачей. Кончайте заниматься старым делом и приступайте к новому, тогда у вас не возникнет чувства поражения, ведь вы лишь поменяли цель.

Когда вы достигли цели, обязательно убедите себя, что задача выполнена полностью.

Три элемента определяют успех создающей визуализации в каждой конкретной ситуации:

**Желание.** Нужно иметь истинное желание создать то, что вы выбрали для визуализации. Имеется в виду не страстное болезненное желание, а ясное, сильное представление цели. Спросите себя: «Действительно ли я всем сердцем своим желаю достичь цели»?

**Вера.** Чем больше вы верите в поставленную цель и в возможность ее достижения, тем больше у вас шансов достичь ее. Спросите себя: «Верю ли я в свою цель? Верю ли я, что смогу достичь ее»?

**Восприятие.** Вы должны очень хотеть принять и иметь желаемое. Иногда мы ставим себе цель, но в действительности не желаем достичь ее, нам больше нравится процесс постановки цели. Спросите себя: «Действительно ли я хочу иметь желаемое»?

Совокупность этих трех элементов называют намерением. Когда у вас есть полное намерение создать что-либо — у вас есть сильное желание, вы полностью верите в достижение цели, и вы действительно хотите иметь желаемое — тогда ваше желание обязательно исполнится, и это обычно происходит очень быстро.

Ниже мы приводим несколько упражнений создающей визуализации.

### **Упражнение 1. «Создание святого места»**

Когда вы начинаете использовать созидающую визуализацию, то первым делом надо создать в себе святое место, куда вы могли бы пойти в любой момент, когда это вам необходимо. Ваше святое место должно идеально подходить для расслабления и успокоения, в нем вы должны чувствовать себя в безопасности, и вы можете создать его по своему желанию.

Займите удобное положение, закройте глаза и расслабьтесь. Представьте себя в каком-нибудь прекрасном уголке на природе. Это может быть любое место, которое вам больше нравится: лужайка, вершина горы, лес, морской берег. Оно может быть даже глубоко в океане или на другой планете. Где бы оно ни было, вам там должно быть удобно, приятно и спокойно. Принимайтесь за исследование окружающей обстановки, подмечая все детали, звуки, запахи и прочие возникающие у вас чувства и впечатления.

А теперь займитесь обустройством этого места, чтобы сделать его обстановку комфортной и домашней. Может быть, вы захотите построить какой-нибудь дом или другое пристанище, а может быть просто окружите это место золотым светом, который будет защищать вас. Создавайте и расставляйте по местам необходимые вам вещи так, как вам будет удобнее и приятнее.

Можете совершить какой-нибудь ритуал, чтобы обозначить свое святое место.

С этих пор это ваше собственное личное внутреннее святое место, куда вы можете возвращаться всегда, когда закроете глаза и захотите оказаться там. Это место особой энергии, и вы можете посещать его каждый раз, занимаясь созидающей визуализацией.

Может оказаться, что ваше святое место время от времени изменится независимо от вас, или, может быть, вы захотите внести какие-либо изменения и дополнения. В вашем святом месте вы можете свободно творить, но помните, что оно должно сохранять основные качества — быть местом мира, спокойствия и абсолютной безопасности.

### **Упражнение 2. «Познакомьтесь со своим проводником»**

Вся необходимая нам мудрость и знания находятся в нас. Они доступны нам через интуицию, однако часто нам кажется трудным найти путь к своей высшей мудрости. Лучше всего это сделать, познакомившись со своим внутренним проводником.

Этот внутренний проводник известен нам под многими именами, такими как советчик, духовный руководитель, воображаемый друг или учитель. Это высшая составляющая нас часть, которая приходит к нам в различных формах, но обычно принимает вид человека, с которым можно поговорить и который относится к нам как мудрый любящий друг.

Приводимое здесь упражнение поможет вам познакомиться со своим духовным проводником.

Закройте глаза и глубоко расслабьтесь. Идите в свое внутреннее святое место и проведите там несколько минут, расслабляясь и настраиваясь. Теперь представьте, что в этом святом месте вы стоите на дороге, уходящей вдаль. Вы идете по дороге, а навстречу вам движется существо, излучающее чистый, яркий свет.

По мере приближения вы начинаете различать, мужчина это или женщина, как он (она) выглядит, какого возраста, в какой одежде. Чем ближе он (она) приближается, тем больше деталей вы видите. Поприветствуйте этого человека и спросите, как его (ее) зовут. Пусть это будет любое имя, какое придет вам в голову, об этом не нужно заботиться.

Теперь покажите своему проводнику ваше святое место. Ваш проводник будет указывать вам на что-то, чего вы никогда до этого не замечали, вы оба будете рады общению друг с другом.

Спросите своего проводника, не хочет ли он (она) сказать вам что-либо или дать вам какой-либо совет. Если хотите, можете задавать любые вопросы. Возможно, вы получите незамедлительный ответ; если этого не произойдет — не отчаивайтесь, ответ придет к вам позже в той или иной форме.

Когда, насладившись присутствием своего проводника, вы почувствуете, что на этот раз достаточно, поблагодарите его, высказывая ему свое уважение, и попросите его (ее) снова посетить ваше святое место.

Откройте глаза и вернитесь к внешнему миру.

Ваш проводник может время от времени менять форму или имя, а может оставаться неизменным целые годы. В одно и то же время у вас может быть несколько проводников.

Ваш проводник ждет вас всегда, когда вам нужны помощь, поддержка, мудрый совет, знания, творческое вдохновение, любовь или дружба. Многие люди, наладив с ним свои отношения, встречают его каждый день во время медитации.

### Упражнение 3. «Исцеляющая медитация»

Сядьте или лягте, дышите медленно и глубоко расслабьтесь. Начав с пальцев, ступней, ног, таза и так далее переводите внимание по очереди на каждую часть тела, расслабляя ее и освобождаясь от напряжения. Почувствуйте, как напряжение уходит из вашего тела.

Теперь представьте золотистый целительный свет вокруг вашего тела... почувствуйте его... ощутите его... наслаждайтесь им.

Если какая-то отдельная часть вашего тела нездорова или вы ощущаете там боль, спросите ее, не хочет ли она послать вам какое-то сообщение. Спросите, что вам нужно сделать в данный момент или вообще в жизни.

Если в ответ вы получите совет, приложите все усилия, чтобы понять его и последовать ему. Если ответа не получите, продолжайте медитировать.

Теперь направьте энергию любви, целительную энергию в ту часть тела, которой она требуется, и почувствуйте исцеление.

Вы можете представлять, что ваш проводник, или учитель, или целитель помогают вам излечиться.

Представьте, что ваша проблема решена, и энергия исходит из вас, или любую картину, которая вам помогает.

Теперь вообразите себе в естественном состоянии отличного здоровья. Представляйте себя в различных ситуациях здоровыми и активными. Вы божественно, ослепительно красивы.

Утверждения:

- Я поборол все болезни. Я свободен и здоров!
- Я излучаю энергию и здоровье.
- Я люблю свое тело и полностью им доволен.
- Я добр к своему телу, и мое тело добро ко мне.
- Я полон энергии и жизненной силы.
- Мое тело сбалансировано и находится в полной гармонии со Вселенной.
- Я благодарен за здоровье, красоту и жизненную силу, которые прибывают во мне.
- Я — лучистое проявление Бога. Мои разум и тело божественно прекрасны.

С этих пор всегда, когда вы будете делать эту медитацию, представляйте себя исключительно в хорошем здоровье и в окружении

золотистого света. Не направляйте больше энергию на эту проблему, если только вы не почувствуете, что вам нужно еще что-то понять.

#### **Упражнение 4. «Медитация для избавления от боли»**

Здесь приводится медитация, которую можно делать с человеком, ощущающим головную или любую другую боль.

Пусть этот человек ляжет, закроет глаза и полностью расслабится. Попросите его на время сосредоточить внимание на дыхании, дышать надо глубоко, медленно и естественно. Пусть он не спеша считает от 10 до 1, с каждым счетом все более расслабляясь.

Когда он полностью расслабится, попросите его представить яркий свет любого цвета, который ему нравится, или первый, который придет ему в голову. Попросите его представить этот свет в виде небольшой яркой сферы. Теперь пусть он представляет, как она постепенно разрастается, пока наконец не заполнит все воображаемое пространство. Когда он почувствует это, попросите его представить, что сфера начала сжиматься и опять достигла прежних размеров. Пусть теперь эта сфера сожмется еще больше, примерно до сантиметра в диаметре, и, наконец, исчезнет совсем.

Проделайте это упражнение снова, но пусть теперь больной представит, что этот цвет — его боль.

#### **Упражнение 5. «Постановка цели»**

Понять, что вам нужно в жизни, будет легче, если вы используете процесс постановки цели.

Нужно помнить, что, если вы ставите цель, это не означает, что вы все время должны оставаться ей верны. Вы можете менять цели, когда хотите и когда это необходимо.

Помните, что постановка цели не означает, что нужно бороться за нее и прикладывать усилия к ее осуществлению. Не нужно эмоционально привязывать себя к достижению цели. Напротив, постановка цели может помочь вам идти по жизни с большим удовольствием, легче и без усилий.

Цели можно ставить, исходя из того факта, что жизнь — прекрасная и приятная игра. Не нужно воспринимать их слишком серьезно. В то же время нужно придать им достаточно веса и значимости, чтобы показать, что они обладают действительной ценностью для вас.



Может оказаться, что процесс выбора цели вызовет в вас эмоциональное сопротивление. У вас может возникнуть чувство подавленности, безнадежности и сопротивления при мысли о необходимости ставить цель, или вы можете почувствовать желание отвлечь себя едой, сном или чем-то еще. Такие эмоциональные реакции, если они у вас появляются, помогают понять те пути, которыми вы стараетесь избежать того, что вам нужно в жизни. Важно идти вперед, ощутить эти чувства и реакции, пройти через них и продолжить свой путь, встав на который, вы поймете его ценность.

Может оказаться и так, что вам понравится этот процесс, вы найдете, что он интересен и несет просветление. Не придавайте слишком большое значение постановке цели и не усложняйте процесс. Начните с простого и очевидного. Помните, что цели всегда можно изменить.

Возьмите карандаш и бумагу, сядьте и запишите следующие понятия: здоровье; деньги; образ жизни, имущество; отношения с людьми; творческое самовыражение; досуг, путешествия; личностный рост, образование.

Теперь под каждым из этих понятий запишите то, что вы хотели бы достичь, изменить или улучшить в ближайшем будущем. Не нужно долго думать — запишите все, что придет вам в голову.

Задача этого упражнения — раскрепостить вас и заставить думать о том, что вы хотите достичь в различных областях вашей жизни.

Возьмите еще один лист бумаги и вверху напишите:

Если бы я мог быть, кем хочу, делать и иметь все, что хочу, то идеальная ситуация была бы следующей:

Теперь перечислите те же семь понятий и под каждым напишите абзац или два (или сколько захотите!), описывая самую идеальную ситуацию, насколько у вас хватит фантазии.

Задача этого упражнения — вывести вас за существующие рамки вашего воображения и действительно позволить вам иметь все, о чем вы могли когда-либо мечтать.

Покончив с этим, добавьте еще одно понятие — «ситуация в мире, окружающая среда». Опишите те изменения, которые вы хотели бы произвести на планете в течение вашей жизни, если бы имели достаточно энергии для этого: установить мир во всем мире, покончить с бедностью, превратить школы в необыкновенные учебные заведения, а больницы в центры истинного исцеления и т.д. Будьте созида-

тельны; может обнаружиться, что у вас возникают интересные идеи, которые никогда раньше не приходили вам в голову.

Теперь заново прочтите все написанное и потратьте немного времени на соответствующую медитацию. Создайте мысленную картину прекрасной жизни в чудесном мире.

Снова возьмите чистый лист бумаги. На основании составленной прежде идеальной ситуации определите и запишите десять или двенадцать наиболее важных в вашей жизни целей — тех, что кажутся вам наиболее значимыми в данный момент.

Помните, что этот список вы можете изменить в любое время (и время от времени это следует делать).

Теперь запишите: «Мои цели на пять лет» и перечислите все наиболее важные цели, достичь которых вы хотите в течение ближайших пяти лет.

Очень важно записывать свои цели в форме утверждений, как будто они уже осуществились. Это позволяет достичь более четкого, сильного эффекта.

Обязательно записывать именно те цели, которые имеют для вас значение, то, что вы действительно хотите, а не то, что, как вам кажется, вы должны хотеть. Никто посторонний не должен знать о ваших целях, если только вы сами не захотите поделиться ими, и обязательно нужно быть абсолютно честным с собой.

Повторите тот же процесс с целями на один год. Не нужно брать много целей, в таком случае надо отбросить все лишние, оставив пять или шесть наиболее важных. Проверьте, чтобы они соответствовали вашим целям на пять лет — удостоверьтесь, что, выполнив их, вы будете ближе к выполнению своих пятилетних целей.

Теперь напишите цели на полгода, на месяц, и на неделю вперед. Они тоже должны быть простыми, и нужно выбрать три или четыре наиболее важных. Будьте реалистичны по отношению к своим ближайшим целям. Удостоверьтесь, что они соответствуют вашим более далеким целям.

Вам может показаться трудным точно определить события в далеком будущем, и при его планировании у вас может возникнуть неприятное чувство. Однако принятие плана не обязывает вас выполнять его. Цель этого упражнения: попрактиковаться в постановке цели, понять, что некоторые наши фантазии могут стать реальностью,

если мы хотим этого, и увидеть в своей жизни наиболее важные цели и направления.

Основные правила:

Ближайшие цели (на неделю или месяц) должны быть простыми и реалистичными. Выбирайте то, в достижении чего вы уверены, если только у вас нет желания рискнуть (а иногда и это бывает очень полезно). Чем более далекие цели вы ставите себе, тем живее будет ваше воображение, а ваши горизонты постоянно будут расширяться.

Если окажется, что вы не смогли достичь некоторых из своих целей (а это неизбежно произойдет), не критикуйте себя и не думайте, что вы потерпели поражение. Нужно просто понять, что цель не достигнута, и решить, является ли она до сих пор вашей целью, хотите ли вы снова поставить себе такую цель или нет. Чрезвычайно важно разобраться со своими недостижимыми целями, иначе они будут накапливаться в вашем подсознании, вы будете считать себя «проигравшим», и в результате будете избегать ставить цели.

Если окажется, что вы достигли цели, пусть даже она будет маленькой, этот факт вам нужно обязательно заметить. Хотя бы на минуту нужно почувствовать удовольствие и подбодрить себя. Слишком часто, достигая цели, мы даже забываем обратить на это внимание и насладиться победой.

Не ставьте себе труднодостижимых целей. Выберите наиболее подходящие для вас. Если возникает чувство подавленности, смятения, потери сил — упростите задачу. Может быть, вы захотите работать над какой-то определенной областью своей жизни, такой как работа или отношения с окружающими. В конечном итоге, этот процесс позволит вам получить от жизни более полное наслаждение.

### **Упражнение 6. «Карта ценностей»**

Карта ценностей — это действительная, физическая картина, изображающая желаемую реальность. Она имеет большое значение, так как позволяет сформировать ясный и отчетливый образ, который будет направлять и фокусировать энергию на вашу цель. Ее можно сравнить с проектом строящегося здания.

Карту ценностей можно нарисовать карандашом, красками, а можно составить коллаж из картинок и слов, вырезанных из журналов, книг, открыток, фотографий, различных надписей и рисунков.

Главное — чтобы карта ценностей изображала вас в идеальной ситуации, достигшим своей цели.

Для создания наиболее эффективных карт ценностей предлагается следующее:

Карта ценностей должна описывать определенную цель или определенную область вашей жизни, вы должны быть уверены, что не забыли ни одной детали, но и не усложнили картину. Тогда ваш разум сможет легче и четче сосредоточиться на поставленной задаче. Если вы на одной карте изобразите все свои цели, достичь их будет гораздо труднее. Можно сделать одну карту ценностей для улучшения своих взаимоотношений с другими людьми, другую — для своей работы, еще одну — для своего духовного роста и т. д.

Можно сделать ее любого размера. Она может помещаться в записной книжке или висеть на стене. Небольшую карту, нарисованную на нетолстом картоне, можно носить в кармане или в бумажнике.

Вы должны обязательно присутствовать на картине. Для большей реальности вы можете использовать свою фотографию, но можно и нарисовать себя. На изображении вы можете быть кем хотите, делать что хотите и обладать тем, что хотите иметь: вы путешествуете по планете, одеты в новую одежду, вы — гордый автор своей новой книги и т. д.

Изображаемая ситуация должна иметь идеальную, совершенную форму, как будто она уже существует. Не нужно показывать, как это достигалось. Это окончательный результат. Не рисуйте ничего нежелательного или отрицательного.

Используйте побольше красок, чтобы усилить влияние на ваше сознание.

Изображайте себя в реальной обстановке, она должна казаться вам правдоподобной.

Включите в картину какой-либо символ высшей силы, который имеет для вас значение. Это может быть знак «ом», крест, Христос, Будда, солнце, излучающее свет, или что-либо еще. Это признание и напоминание того, что все исходит из бесконечного источника.

В карту ценностей включите утверждения. Обязательно запишите космическое утверждение: «То, что нужно мне, гармонично и прекрасно проявляется для меня».

Процесс создания карты ценностей — это очень важный шаг на пути к достижению цели. Теперь вам нужно смотреть на нее по нескольку минут ежедневно и почаще думать о ней в течение дня.

## Упражнение 7. «Здоровье и красота»

Существует очень много способов использования созидающей визуализации для поддержания и улучшения здоровья, физического состояния и красоты. Как и все остальное, мы создаем свое здоровье и привлекательность своими умственными убеждениями; изменив их, а также способ общения со своей сущностью и с миром, можно добиться заметных результатов.

**Физические упражнения.** Не имеет значения, какие физические упражнения вы делаете, созидающая визуализация и утверждения помогут вам получить от них максимум пользы и удовольствия. Созидающую визуализацию можно использовать при выполнении упражнения или в любое другое время, во время медитации или при расслаблении.

К примеру, если вам нравится бег, вообразите себя бегущим быстро, свободно и легко. Во время бега представляйте, что с каждым шагом вы совершаете гигантский прыжок, без усилий покрывая огромное расстояние, почти летите. Во время расслабления утверждайте, что с каждым днем вы становитесь сильнее, бегаєте быстрее и находите все в лучшей и лучшей физической форме. Представляйте, что вы выигрываете соревнования в беге, если это является одной из ваших целей.

Если вы занимаетесь танцами или йогой, то во время занятий вкладывайте сознание в свое тело, мускулы; представляйте, что они расслабляются и растягиваются, а вы становитесь более гибким.

Используйте созидающую визуализацию для повышения своих спортивных возможностей в вашем любимом виде спорта, представляйте, что вы все более совершенствуетесь, пока не достигнете истинного превосходства.

**Красота.** Не забывайте регулярно заботиться о своем теле. Использование созидающей визуализации может превратить даже обычное умывание в ритуал поддержания красоты.

Например, примите горячую ванну или душ, визуализируя, что горячая вода расслабляет, успокаивает и исцеляет вас. Представьте, что все проблемы растворяются водой и смываются прочь, остается лишь ваш естественный внутренний свет.

Накладывая лосьон или мазь на лицо и тело, обратите на себя свое внимание и любовь; утверждайте, что ваша кожа становится гладкой и прекрасной. Когда моете волосы, обратите внимание на этот про-

цесс и утверждайте, что ваши волосы становятся густыми, блестящими и здоровыми. Когда чистите зубы, мысленно утверждайте их силу, здоровье и красоту, и так далее.

**Прием пищи.** Многие люди отрицательно относятся к еде. Мы боимся, что съедаемая нами пища сделает нас толстыми или нездоровыми. Но мы продолжаем насильно есть ту самую пищу, которой боимся; так мы создаем внутренний стресс и конфликт, и в конце концов создаем то, чего боялись — излишний вес и болезнь.

Многие люди едят абсолютно бессознательно. Мы так заняты разговорами и мыслями о других вещах, что не можем даже почувствовать восхитительный, приятный вкус и питательность нашей пищи.

Еда — поистине таинственный ритуал, удивительный процесс, превращающий различные формы вселенской энергии в энергию, формирующую наше тело. То, что мы думаем и чувствуем во время еды, является частью этого процесса.

Вот ритуал, который нужно делать по крайней мере раз в день, вне зависимости от того, что вы едите:

Сядьте за стол. Ненадолго закройте глаза, расслабьтесь и глубоко вдохните. Мысленно поблагодарите за пищу всех, кто имеет к ней отношение, включая растения и животных, людей, которые вырастили и приготовили ее для вас.

Откройте глаза и взгляните на пищу, посмотрите, что она из себя представляет, как пахнет. Начинайте медленно есть ее, наслаждаясь вкусом. Во время еды мысленно говорите себе, что эта пища превращается в необходимую вам жизненную энергию.

Скажите себе, что ваше тело использует все, что ему необходимо, а все, что не нужно, тело отбрасывает. Представляйте, что благодаря этой пище вы становитесь здоровее и прекраснее. Это нужно делать независимо от того, какие убеждения относительно доброкачественности вашей пищи у вас были прежде.

Если это возможно, ешьте медленно, а после еды нужно некоторое время, чтобы насладиться приятным теплым излучением, исходящим из наполненного желудка.

Чем чаще вы будете вспоминать, что нужно таким образом наслаждаться на свою еду, тем больше красоты и доброго здоровья вы сможете создать для себя.

Вот еще более простой ритуал. Перед сном, после пробуждения или в любое время дня налейте себе большой стакан прохладной

воды. Сядьте, расслабьтесь и начинайте медленно пить. Говорите себе, что эта вода является эликсиром жизни и источником молодости. Представьте, что она смывает прочь всю грязь и дает вам энергию, бодрость, красоту и здоровье.

Несколько примеров утверждений здоровья и красоты:

- С каждым днем я становлюсь здоровее и прекрасней!
- Все, что я делаю, я делаю на пользу своему здоровью и красоте.
- Все, что я ем, улучшает мое здоровье, красоту и привлекательность.
- Я добр к своему телу, и мое тело добро ко мне.
- Что бы я ни делал, я строен, силен и в отличном состоянии.
- Я становлюсь крепче и сильнее с каждым днем.
- Я желаю есть только то, что лучше всего подходит мне.
- Чем больше я люблю себя, тем прекраснее я становлюсь.
- Я неотразим (а) для мужчин (для женщин).

### **Упражнение 8. «Методика релаксации»**

Вы можете попросить кого-нибудь прочесть вам эти инструкции вслух или сами записать их на пленку. После каждого этапа оставляйте побольше времени для того, чтобы выполнять все указания спокойно и не спеша.

Найдите тихое место с мягким освещением. Закройте дверь и поудобнее устройтесь на стуле или в кресле. Ноги поставьте так, чтобы стопы полностью касались пола. Закройте глаза.

Сосредоточьте внимание на своем дыхании.

Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов и с каждым выдохом мысленно произнесите слово «расслабься».

Сосредоточьте внимание на лице и постарайтесь ощутить любое напряжение мышц лица и глаз. Мысленно представьте себе это напряжение в виде какого-то образа. Это может быть сжатый кулак или завязанная узлом веревка. Затем представьте себе, как напряжение разжимается, развязывается, повисает, подобно натянутой, а затем отпущенной резинке.

Ощутите, как расслабляются ваше лицо и глаза. Почувствуйте, как одновременно с этим волна расслабления распространяется по всему вашему телу.

Напрягите лицо и глаза, зажмурив как можно сильнее, а затем расслабьтесь и почувствуйте, как расслабляется все ваше тело.

Повторите то же самое со всеми остальными частями тела. Медленно продвигайтесь по лицу вниз, к нижней челюсти, к шее, спине, плечам, предплечьям, к ладоням, груди, животу, бедрам, голеникам, лодыжкам, стопам, пальцам ног, пока все тело не будет расслаблено. Для каждой части тела мысленно представляйте себе напряжение, а потом воображайте, как оно исчезает, тает. Сначала вы напрягаете эту часть тела, а затем расслабляете ее.

Расслабив все тело, оставайтесь в этом приятном состоянии от двух до пяти минут.

Теперь почувствуйте, что мышцы ваших век стали легче. Будьте готовы к тому, чтобы открыть глаза и вновь оказаться в комнате.

Откройте глаза. Вы готовы снова вернуться к своим обычным делам.

### **Упражнение 9. «Преодоление затаенных обид»**

Затаенная обида — не то же самое, что гнев или злоба. Чувство гнева обычно бывает однократной и не слишком продолжительной эмоцией, тогда как затаенная обида — это продолжительный процесс, оказывающий на человека постоянное стрессовое воздействие.

У многих людей на душе лежат обиды, копившиеся годами. Нередко во взрослом человеке живет горечь детских переживаний, и какое-то болезненное событие он помнит всю жизнь в мельчайших подробностях. В самом начале такие чувства могут быть абсолютно оправданы, но в дальнейшем, продолжая носить их в себе, человек будет обязан оплачивать это повышенным физиологическим и эмоциональным напряжением.

Метод для преодоления обид описан ниже. Однако, прежде чем вы начнете его использовать, необходимо наметить подходящую цель. Определить ее не так уж сложно — если вы до сих пор переживаете какую-то старую боль, вновь и вновь возвращаетесь к вызвавшему ее эпизоду, повторяете в уме, что вам следовало тогда сказать или сделать, вспоминаете возмутительное поведение своего обидчика, значит, в вас живут не нашедшие выхода чувства. Вот как это делается:

Сядьте поудобнее. Закройте глаза. Стопы поставьте на пол.

Если вы чувствуете, что напряжены или вам трудно сосредоточиться, воспользуйтесь методикой расслабления, описанной ранее.

Мысленно представьте себе человека, к которому вы испытываете неприязнь.



Представьте, что с этим человеком происходит что-то хорошее, например он добивается внимания, любви или получает много денег. Пусть с ним случится что-то, что он сам рассматривал бы как благо.

Постарайтесь осознать свою реакцию на это. Если вам трудно представить, что с этим человеком происходит что-то хорошее — это вполне естественно. Постепенно, по мере того как вы будете повторять данное упражнение, вам будет все легче и легче это сделать.

Подумайте о роли, которую, возможно, вы сыграли в той стрессовой ситуации. Попробуйте по-иному увидеть событие и поведение того человека. Представьте себе, как ситуация могла выглядеть с его точки зрения.

Обратите внимание — чем больше вы расслаблены, тем меньше чувство обиды. Обещайте себе, что вы постараетесь сохранить в себе новое понимание этой ситуации.

Теперь вы можете открыть глаза и вернуться к обычным делам.

Это упражнение обычно занимает менее пяти минут. Постарайтесь выполнять его каждый раз, когда чувствуете, что ваши мысли снова вернулись к неприятному, вызвавшему гнев эпизоду. Возможно, иногда вам месяцами не придется выполнять это упражнение, а иногда вы будете делать его по нескольку раз в день.

Можно попробовать применять этот метод и сразу же после неприятного события.

### **Упражнение 10. «Увидеть свою жизнь и смерть»**

Вероятно, из всех жизненных проблем самой эмоционально тяжелой и пугающей является проблема смерти. Смерть вызывает у человека такой страх, что в нашем обществе эта тема, по существу, является запретной. Не имея возможности открыто обсуждать или даже просто признавать смерть, мы тем самым способствуем усилению ее власти над нами, подкрепляем неопределенность своего отношения к ней. Необходимо помочь клиенту разобраться со своими страхами и представлениями о смерти. Когда человек может открыто взглянуть на возможность смертельного исхода, это не только снижает уровень его тревоги, но, по-видимому, и уменьшает физическую боль, связанную со смертью.

Приведенное здесь упражнение по визуализации (можно было бы назвать его «направляемой фантазией») дает возможность более широко взглянуть на жизнь и ее закономерное завершение, сформулировать свои представления о смерти и умирании. Это упражнение —

не «репетиция» смерти, оно скорее направлено на то, чтобы провести «общий обзор жизни» и помочь человеку увидеть то важное, что он еще может осуществить. Оно поможет отказаться от старых предрассудков, представлений и поведения и будет способствовать формированию новых установок и чувств, новых способов отношения к жизни.

Поскольку понятие смерти для многих людей связано с определенными религиозными представлениями, инструкции составлены таким образом, чтобы они не предполагали и не навязывали никаких конкретных религиозных установок. Постарайтесь перевести эти указания на язык своей веры. Как и всегда при визуализации, можно попросить кого-нибудь медленно прочитать эти инструкции вслух или заранее записать текст на магнитофон.

Выберите тихую комнату, сядьте поудобнее и начните с упражнения на расслабление.

Когда вы почувствуете, что полностью расслабились, представьте себе, что вам говорят, что вы умираете. Представьте все чувства и мысли, которые это сообщение у вас вызовет. Куда вы пойдете? С кем будете говорить? Что скажете? Не торопитесь, постарайтесь представить себе все это в мельчайших подробностях.

Теперь представьте себе, что вы постепенно умираете. Мысленно нарисуйте подробную картину ухудшения вашего здоровья. Постарайтесь сосредоточиться на всех подробностях процесса умирания. Осознайте, что вы потеряете, когда умрете. Дайте себе возможность в течение нескольких минут пережить все эти чувства и тщательно в них разобраться.

Представьте людей, окружающих ваше смертное ложе. Постарайтесь увидеть, как они будут реагировать на то, что теряют вас. Что они говорят, что чувствуют? Не спешите, подробно представьте себе все, что происходит, включая момент вашей смерти.

Теперь вообразите, что присутствуете на своих похоронах или на церемонии прощания. Кого вы там видите? Что чувствуют пришедшие люди? И снова не спешите, дайте себе возможность пережить все в подробностях.

Представьте себя мертвым. Что происходит с вашим сознанием? Пусть оно попадет туда, где, по вашей вере, находится сознание после смерти. Оставайтесь там какое-то время и все прочувствуйте.

Дайте возможность вашему сознанию отправиться во вселенную и встретить там то, что, как вы считаете, является источником

или первопричиной вселенной. В присутствии этого источника оглянитесь на прожитую жизнь и вспомните ее во всех подробностях. Не спешите. Чем из того, что было сделано, вы остались довольны? Что сделали не так? Какие обиды носили в себе в течение жизни? Какие из них живы в вас до сих пор? Попытайтесь провести такой обзор своей жизни и задать себе эти вопросы вне зависимости от того, что, по вашему представлению, происходит с сознанием после смерти.

У вас теперь есть возможность вернуться на землю в новом теле и начать жизнь заново. Выберите ли вы тех же родителей или найдете новых? Какими качествами они будут обладать? Будут ли у вас братья и сестры? Это те же самые братья и сестры или другие? Какую профессию вы выберете? Что самое главное из того, чего вы хотите добиться в этой новой жизни? Что будет для вас важно? Тщательно обдумайте все новые возможности.

Осознайте, что этот процесс смерти и перерождения в вашей жизни непрерывен. Каждый раз, когда вы меняете что-то в своих представлениях и чувствах, вы умираете и вновь рождаетесь. Теперь, пережив смерть и новое рождение в своем воображении, вы можете увидеть, как это происходит и в вашей реальной жизни.

Спокойно и не торопясь возвращайтесь обратно в настоящий момент времени. Будьте готовы снова вернуться к обычной жизни.

Обычно для людей, выполнявших это упражнение, наиболее полезной оказывается та его часть, в которой они оглядываются на прожитое. Это помогает человеку понять, каких изменений в своей жизни он хотел бы добиться. Постарайтесь обратить внимание клиента на то, что у него еще есть время, чтобы, воспользовавшись полученными во время подобной визуализации знаниями, кое-что изменить в своей жизни. Тогда ему не придется жалеть о том, о чем он сожалел во время воображаемой смерти. Представляя себе человека, которым бы они хотели стать, если бы получили возможность родиться заново, люди на самом деле решают, что бы им хотелось изменить в себе. Помогите клиенту попытаться найти способ, чтобы стать таким человеком сейчас, в этой жизни.

### **3.2.2. Групповая психотерапия пожилых людей**

Целью групповой психотерапии лиц пожилого возраста является привлечение их к социальному взаимодействию, повышение самоо-

ценки, усиление независимости, ориентация на реальность и постоянно меняющуюся действительность.

Сложные современные психотерапевтические техники у пожилых клиентов, как правило, не применяются. Жесткие принципы формирования группы по синдромально-нозологическому принципу не соблюдаются. Особенностью состава групп является их малочисленность и создание групп открытого типа с целью облегчить начинающим понимание перспектив лечения. Традиционная психокоррекционная методика состоит из комплексного воздействия на психическую деятельность человека через психологический тренинг, направленный на общую коррекцию эмоционального фона и тренинг отдельных функций: памяти, самоконтроля, концентрации и переключаемости внимания.

При работе с пожилыми людьми включаются не все, но некоторые механизмы лечебного действия групповой психотерапии:

**Сообщение информации:** получение клиентом в ходе групповой психотерапии разнообразных сведений об особенностях человеческого поведения, межличностного взаимодействия, конфликтов, нервно-психического здоровья и т.д.; выяснение причин возникновения и развития нарушений; информация о сущности психотерапии и ходе терапевтического процесса; информационный обмен между участниками группы. Подобная информация поступает не столько дидактически, сколько в процессе общения с другими участниками и знакомства с их проблемами.

**Внушение надежды:** появление надежды на успех лечения под влиянием улучшения состояния других клиентов и собственных достижений. Успешные, продвинутые в психотерапии клиенты служат остальным позитивной моделью, открывая им оптимистические перспективы. Наиболее сильно этот фактор действует в открытых группах.

**Универсальность страданий:** переживание и понимание клиентом того, что он не одинок, что у других членов группы также имеются проблемы, конфликты, переживания, симптомы. Такое понимание способствует преодолению эгоцентрической позиции и появлению чувства общности и солидарности с другими, а также повышает самооценку.

**Альтруизм:** возможность помогать друг другу, делать что-то для другого в процессе групповой психотерапии. Помогая другим, клиент становится более уверенным в себе, он ощущает себя

способным быть полезным и нужным, начинает уважать себя и верить в собственные возможности. Особенно важны такие переживания для клиентов с низкой самооценкой.

**Имитационное поведение:** клиент может обучаться более конструктивным способам поведения за счет подражания консультанту и более успешным членам группы. Очевидно, что в большей степени образцом для подражания является консультант, и это накладывает определенные ограничения на его поведение, предъявляет особые требования к его самоконтролю и саморегуляции (Ялом И., 2000).

Психотерапевтические методы в групповой работе с пожилыми людьми следует использовать крайне осторожно, т.к. основной эффект различных психотерапевтических техник — возможность адекватнее и глубже понять себя, увидеть собственные неадекватные отношения и установки — ввиду особенностей изменения личности в пожилом возрасте может создать ситуацию, провоцирующую повышение уровня тревожности, озабоченности, углубление депрессии.

В связи с этим среди противопоказаний к использованию групповых техник в работе с пожилыми людьми специалисты отмечают выраженные «заострения» личностных черт клиентов, сильные депрессивные симптомы, снижение слуха, затрудняющее участие в групповых дискуссиях. В то же время групповые занятия могут быть полезны, когда пожилые люди объединены общими заботами и интересами, разделяют проблемы друг друга, могут использовать группу для получения информации и организации поддержки. Примером может служить роль группы для недееспособных стариков или людей с хроническими болезнями.

Трудности групповой работы с пожилыми людьми заключаются в следующем (Малкина-Пых И.Г., 2005):

- Неоднородность состав группы по возрасту, образованию, состоянию здоровья — от нормы до инвалидности по зрению, слуху, опорно-двигательному аппарату).
- Повышенные по сравнению с другими возрастными группами вероятность конфликтов в группах, зависимость психологического климата от индивидуальных особенностей участников.
- Чрезмерно идеалистическое или, напротив, предвзятое отношение к консультанту и к возможностям психотерапии в целом.

При групповой работе с пожилыми людьми желательно:

- Вести работу только в позитивном ключе.

- Предотвращать развитие групповой динамики, т.к. ее возможные негативные проявления — конфликты, споры — могут разрушить групповую работу уже в самом ее начале.
- Обращать внимание на самочувствие всех участников на протяжении всего тренинга.
- Учитывать индивидуальные особенности физического состояния участников (например, предложить слабослышащим сесть поближе; даже во время медитаций необходимо говорить медленно, мягко, но достаточно громко).
- Тщательно продумать организацию занятий и необходимое оборудование. Важно, чтобы помещение было хорошо проветрено, стулья были удобными и т.д.; в центре круга можно поставить цветы. Не рекомендуется использовать свечи, так как это иногда вызывает настороженность у верующих людей.

Далее приводятся конкретные групповые методы и техники работы с психологическими проблемами, характерными для пожилого возраста.

### **Тренинг «Работа с психосоматическими проблемами».**

К психосоматическим болезням в узком смысле этого слова первоначально относили семь заболеваний («holy seven»): бронхиальную астму, язвенный колит, эссенциальную гипертонию, нейродермит, ревматоидный артрит, язву двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился — к психосоматическим расстройствам относят многие другие заболевания. В основе их возникновения лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Соответствующая предрасположенность, личностные предпосылки влияют на «выбор органа» при психосоматических заболеваниях.

Существует тенденция к учащению психосоматических заболеваний в старости (Малкина-Пых И.Г., 2022). У пожилых людей наблюдается учащение дерматозов, хронического гастрита, спастического колита, запоров, часто встречаются психосоматические боли в области головы и верхнего отдела позвоночника. Мужчины часто страдают от функциональных сердечных заболеваний. Это происходит по разным причинам. С одной стороны, в старости увеличивается психическая нагрузка с одновременным снижением способности

компенсировать внутренний стресс повышением продуктивности и другими формами защиты. С другой — пожилые люди чаще всего уже имеют обусловленную износом организма ту или иную соматическую патологию, через которую может проявляться и психическая проблематика. Вследствие этого пожилые люди более склонны к тому, чтобы вместо невротических симптомов или функциональных синдромов манифестировать психосоматические заболевания.

Кроме того, рост частоты психосоматических заболеваний, особенно у мужчин, часто вызывают эмоциональные реакции на окончание профессиональной деятельности. Это особенно относится к людям, которые отождествляют себя с работой и имеют сильное профессиональное «Я» или же компенсируют фрустрации и депрессивные реакции с помощью социального успеха и работы. Достаточно частые случаи смерти через 1–2 года после выхода на пенсию могут иметь в основе психосоматические причины.

Следующий распространенный источник психосоматических болезней — это неудовлетворенность пожилого человека прожитой жизнью. Многим старикам слишком больно обращаться к своему прошлому, поскольку это вызывает мысли о том, что они не управляли своей жизнью, не сумели полностью реализовать свои способности. Поэтому они избегают диалога с прожитой жизнью, вытесняют приносящие боль чувства и мысли. Это проявляется в форме отчаяния, апатии или же бесцельной суетливости (Ермолаева М. В., 2002).

Важнейшим источником психосоматозов являются также трудности пожилых людей в осознании и проявлении чувства гнева. Понятно, что объективных и субъективных причин для появления гнева у пожилого человека достаточно много. Гнев может быть направлен на близких людей, врачей, соседей или переноситься на общество в целом, правительство и т. д. Однако гнев является наименее социально одобряемой реакцией. Поэтому часть пожилых людей прибегают к *ретрофлексии* гнева: делают с собой то, что хотели бы сделать другим — прибегают к саморазрушению. Другие *дефлексируют* гнев — никак не выражают это чувство, даже забывают о нем, но в какой-то момент вдруг выражают его столь резко, что вызывают удивление у окружающих. Некоторые пожилые люди *проецируют* свой гнев на других, представляя, что все остальные гnevаются на них, а не они сами. Все эти способы защиты от осознания чувства гнева могут привести к возникновению психосоматических заболе-

ваний. К примеру, многие авторы отмечают, что гипертония и ревматическая патология у пожилых людей часто обусловлены направленной вовнутрь агрессией.

Поскольку соматизация психологического конфликта связана с работой механизма психологической защиты, с вытеснением из сознания, подавлением истинных, психологических по своей природе, причин заболевания, то клиенты не просто не понимают психогенную природу своей болезни, но и вынуждены бессознательно сохранять симптом (феномен условной желательности болезни). С учетом типичных личностных изменений психологическая коррекция неосознаваемой душевной причины телесного страдания у пожилых людей требует от консультанта (психотерапевта или психолога) особого подхода, модификации традиционной психотерапевтической помощи.

В данном тренинге представлены техники, которые используются вне зависимости от конкретного психосоматического заболевания и направлены на определение причин болезни, прояснение ее смысла и выявление ее вторичных выгод.

Существует пять основных областей причин и смыслов болезни. Любая болезнь: «дает разрешение» уйти от неприятной ситуации или от решения сложной проблемы; предоставляет возможность получить заботу, любовь, внимание окружающих; «дарит» условия для того, чтобы переориентировать необходимую для разрешения проблемы психическую энергию или пересмотреть свое понимание ситуации; предоставляет стимул для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения; «убирает» необходимость соответствовать тем требованиям, которые предъявляют к человеку окружающие и он сам.

Чтобы разобраться в проблеме вторичных выгод болезни, необходимо решить две основные задачи: определение потребностей, которые удовлетворяются благодаря болезни; поиск путей удовлетворения этих потребностей иным образом (без участия болезни).

Приведенные ниже техники взяты из (Малкина-Пых, 2004).

### **Техника 1. «Определение вторичных выгод болезни»**

Возьмите лист бумаги и перечислите пять главных преимуществ, которые вам дала самая серьезная из всех ваших болезней (их — преимуществ — может оказаться и больше).



Преимущества моей болезни:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Просмотрите составленный вами список и подумайте, какие потребности лежат в основе преимуществ, которые предоставила вам болезнь: ослабление стресса, любовь и внимание, возможность высвободить свою энергию и т.д. Затем попытайтесь определить те правила и представления (убеждения, фиксированные идеи), которые мешают вам удовлетворить эти потребности, не прибегая к болезни.

### **Техника 2. «Список того, что я терплю»**

Каждый участник группы молча решает, с каким психосоматическим симптомом он будет сегодня работать.

Участникам раздаются листы бумаги и авторучки или карандаши. Предлагается написать все то, что приходится терпеть в жизни — дождь (или солнце) за окном, прохладное (или жаркое) помещение, не тот цвет носков, маленький (или высокий) рост партнера по браку, отсутствие денег, собственную лень, мужа-алкоголика, плохое правительство, пожары в Африке и Сибири, перхоть в волосах и т.д. Ограничений нет. Участники предупреждаются, что все написанное остается у них и их список не будет читать.

Когда списки составлены, участникам предлагается на этом же или на втором листе бумаги разделить все написанное на 2 части, которые могут быть равными или неравными и имеют заголовки:

1. Это я терплю и буду терпеть, потому что ...
2. Это я терплю, но не хочу терпеть, потому что ...

Рекомендуется при разделении списка проговаривать про себя фразу из заголовка завершать ее обоснованием для каждого из пунктов.

После завершения этого этапа работы группе предлагается продолжить работу со вторым списком. Его также предлагается разделить на 2 части:

- 1.1. Это я терплю, не хочу терпеть и знаю, как изменить.
- 1.2. Это я терплю, не хочу терпеть, но не знаю, что делать.

Работа заканчивается анализом содержания последнего из списков. Участникам предлагается ответить на вопросы:

«Каким образом ваше заболевание помогает вам терпеть то, то вы не хотите терпеть и не знаете, как изменить?».

«Почему вы выбрали именно это заболевание — от кого вы этому научились?».

После этого каждому из желающих дается пять минут на то, чтобы с помощью других членов группы и любых подручных предметов создать скульптуру своей болезни.

### **Техника 3. «Выявление главных преимуществ болезни»**

Несмотря на очевидный факт существования целого букета причин заболевания, среди них всегда присутствует некое Главное Преимущество, являющееся причиной и болезни, и Преимуществ-Следствий. При этом Главное Преимущество выступает своеобразным ядром вторичных выгод болезни, и зачастую переопределение одного только его приводит к исчезновению связанных с ним Преимуществ-Следствий.

Попробуйте определить свое собственное Главное Преимущество, чтобы проработать в первую очередь именно его. На самом деле вам нужно определить не одно, а два Главных Преимущества:

1. возникновения болезни и ее
2. сохранения.

Часто случается так, что болезнь возникает в силу какой-то одной вторичной выгоды (например, уход от ответственности). Но, возникнув и укоренившись, она сохраняется уже ради какого-то другого преимущества (например, удерживание внимания близких). Попробуйте разобраться и с тем, и с другим.

Оцените вероятности преимуществ возникновения и сохранения болезни по десятибалльным шкалам, от 1 — «маловероятно» до 10 — «весьма вероятно».

Преимущества любой болезни	Вероятность того, что это преимущество выступает в качестве причины:	
	возникновения моей болезни	сохранения моей болезни
1. Уход от неприятной ситуации или решения сложной проблемы	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

Преимущества любой болезни	Вероятность того, что это преимущество выступает в качестве причины:	
	возникновения моей болезни	сохранения моей болезни
2. Получение заботы, любви и внимания окружающих	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
3. Получение энергии, необходимой для решения проблем, условий для переориентации или пересмотра понимания ситуации	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
4. Получение возможностей и стимулов для переоценки себя как личности или изменения привычных стереотипов поведения	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10
5. Исчезновение необходимости соответствовать требованиям, которые предъявляю к себе я сам или окружающие	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10	1_2_3_4_5_6_7_8_9_10

Преимущества, которые ваше бессознательное оценит как наиболее вероятные причины возникновения и сохранения болезни (по отдельности), скорее всего и окажутся теми самыми Главными Преимуществами, с которыми вам следует разобраться в первую очередь.

#### **Техника 4. «История вашей болезни»**

Чтобы работа по выяснению причин преимуществ вашей болезни оказалась успешной, следует вспомнить события, которые происходили с вами непосредственно перед возникновением заболевания. Скорее всего, этот период жизни был очень трудным, и для того, чтобы преодолеть эти трудности, вам чего-то не хватало — либо собственных сил и времени, либо помощи окружающих, либо еще чего-нибудь важного. Теперь представьте, что болезнь оказалась для вас благом, позволившим вам «на законных основаниях» как-то преодолеть неприятную ситуацию. Так в чем же заключались преимущества, которые давала вам ваша болезнь?

Определите в вашем прошлом 3–6 случаев, когда у вас возникала периодически повторяющаяся «острая» болезнь или происходило обострение хронического заболевания.

Теперь, начиная с самого первого случая, приступайте к заполнению следующей таблицы. Ответы должны быть достаточно пространными.

	Случаи возвращения или обострения болезни (укажите даты периодов)		
1. Что предшествовало возникновению этого случая болезни? Что вас к нему подвело или привело? Что оказалось «последней соломинкой»?			
2. Что вы делали во время этой болезни? Как лечились? Как отдыхали? От чего отходили и к чему стремились?			
3. Чему вы научились во время этой болезни? Что для себя определили? Какие выводы сделали?			
4. В чем была ценность того, чему вы научились? В чем заключалась ценность полученного опыта и сделанных выводов?			

Данная техника предоставляет две возможности.

Во-первых, определить циклы и петли вашей жизни. Жизнь любого человека состоит из периодически повторяющихся циклов. Внутри каждого цикла мы решаем определенные классы проблем, обучаясь неким новым жизненным навыкам. Но если проблемы цикла не разрешаются, и мы не обучаемся тому, чему должны были обучиться, возникает петля, и одни и те же проблемы будут снова и снова возникать в вашей жизни, не давая вам двигаться дальше. В подавляющем большинстве случаев болезнь — это именно следствие такой петли — незавершенного цикла или неосвоенных навыков.

Во-вторых, пункты 3 и 4 этой таблицы предназначены для того, чтобы вы разобрались с тем, чему вы научились там и тогда (или чему вы должны были научиться), и определили, в чем заключалась (или должна была заключаться) ценность опыта, который, по-видимому, до сих пор так и остается не освоенным вами.

### **Техника 5. «Определение смыслов и выгод болезни»**

Попробуйте самостоятельно и максимально честно ответить на вопросы о вашей болезни, как бы «разворачивающие» ее психологические аспекты в плоскость «смысл и потребности».

*Что болезнь значит для вас? Что для вас означает избавиться от болезни? Как болезнь помогает вам, какие выгоды и компенсации вы получаете от болезни? Каким образом болезнь дает вам больше силы и уверенности? Как болезнь помогает вам чувствовать себя в безопасности? Чего болезнь помогает вам избежать? Каким образом болезнь предоставляет вам возможность получать больше внимания и любви? Какие чувства помогает вам выразить болезнь? Каким вы были до того, как появилась болезнь? Что происходило в вашей жизни, когда появилась болезнь? Как все изменилось после того, как появилась болезнь? Что произойдет, когда не будет болезни? После того как болезнь исчезнет, какой будет ваша жизнь через год (через 5, 10, 20 лет)? У кого еще когда-нибудь была ваша болезнь или есть сейчас?*

### **Техника 6. «Разгрузка болезни»**

Разгрузка заключается в использовании списка специальных ключевых слов для прояснения какой-то запутанной или затуманенной области. В общем смысле это может быть и «Работа», и «Семья», и «Женщины», и многое другое. В данном случае такой общей темой для вас является «Причины болезни».

Список «ключей разгрузки» — это великолепный способ проведения диалога с самим собой или с кем-то другим. Он позволяет либо просто прояснить тему, либо выявить то, что нуждается в дополнительном прояснении или проработке.

Список ключей разгрузки: Известно; Мысли; Идеи; Мнения; Чувства; Реакции; Решения; Неразрешимо; Попытки; Интересно; Загадочно; Скрыто; Удивительно; Положительно; Отрицательно; Полезно; Постоянно; Меняется; Многообещающе; Любопытно; Желательно; Навязано; Сдерживается; Не существует; Осталось без ответа; Неправильно понято.

Осуществляя работу по технике разгрузки, вы должны составить серию вопросов на основании каждого из этих ключей и ответить на них. Так, для вашего случая (разгрузки темы «Причины болезни») эти вопросы могут выглядеть следующим образом:

Что мне *известно* о причинах моей болезни? Какие *мысли* у меня есть по этому поводу? Какие *идеи* имеются на этот счет? Какие *мнения* существуют по поводу причин моей болезни? Какие *чувства* вызывает у меня вопрос об этих причинах? Какие *реакции* возникают при вопросах на этот счет? Какие *решения* я имею по поводу при-

чин моей болезни? Что *неразрешимо* в этом вопросе? Какие *попытки* я делал, чтобы обнаружить причины моей болезни? Что *интересно* в причинах моей болезни? Что *загадочно* для меня в этих причинах? Что *скрыто* от меня и других в причинах моей болезни? Что *удивительно* в этих причинах? Что в них *положительно*? Что *отрицательно*? Что *полезно*? Что *постоянно*? Что *меняется*? Что *многообещающе*? Что *любопытно*? Что *желательно*? Что *навязано*? Что *сдерживается* в причинах моей болезни? Что *не существует* в этих причинах? Что *осталось без ответа* в вопросе о причинах моей болезни? Что *неверно понято* в этом вопросе?

### **Техника 7. «Разблокирование выздоровления»**

Разблокирование — это также использование в диалоге специального списка ключей для высвобождения какого-то положительного направления развития вашей личности. Эти ключи дают вам возможность составить список содержательных вопросов, которые способны разблокировать скрытые в подсознании ответы.

Эту работу необходимо начинать с чего-то обязательно положительного: намерения, способности или области жизни, в которой вы достигли успеха. Это положительное направление должно быть (хотя бы расплывчато) определено или названо и нести «причиняющий» смысл, то есть вы должны в нем быть причиной, а не следствием. Именно поэтому мы используем слово «выздоровление», а не «болезнь».

Ключи в списке разблокирования — это в основном те факторы, которые могут мешать вам достигнуть положительного результата в выздоровлении.

Список ключей разблокирования: Сдерживать; Препятствия; Ресурсы; Попытки; Неудачи; Последствия; Оценки; Внутренние запреты; Неудержимое; Навязчивое; Ошибки; Беспокойство; Мешать; Игнорировать; Неправильно понимать; Изменяться; Подавлять; Скрывать; Забывать; Возражать; Не хватает; Достигать; Учиться; Убеждения.

Чтобы использовать технику разблокирования, вам не важен порядок ключей. Важен вопрос, который составляется по каждому ключу. Конкретная формулировка не важна — она зависит от вашего подхода к теме. Она может быть прямой, косвенной, опосредованной и т.п. Например, ключ «Неправильно понимать» может быть переведен в вопрос, как минимум, четырьмя способами:

Может быть, я *неправильно понимаю что-то*, что касается выздоровления? Может быть, я *неправильно понимаю себя* в отношении выздоровления? Может быть, *кто-то неправильно понимает меня* в связи с выздоровлением? Может быть, я *неправильно понимаю, что такое* выздоровление?

Задавать эти вопросы (себе и другим) следует как в прошедшем, так и в настоящем времени, оставаясь, однако, в основном заинтересованным в «настоящем-для-будущего». Учтите, что тема может проясниться в любой момент, после чего дальнейшая ее проработка окажется просто ненужной, и вы можете прекратить задавать вопросы. Если же тема не прояснилась, вернитесь обратно и продолжайте «идти по списку».

Формулировка разблокирующих вопросов зависит от того, над чем вы работаете и какой подход кажется вам самым подходящим. Ниже приводятся примеры вопросов для выздоровления с каждым ключом, которые могут дать вам представление о формулировках.

Может быть, я как-то *сдерживаю* свое выздоровление? Есть ли какие-то *препятствия* к моему выздоровлению? Какие *ресурсы* у меня есть для выздоровления? Какие *попытки* я делаю для выздоровления? Бывали ли у меня какие-то *неудачи* с выздоровлением? Какие могут быть *последствия* моего выздоровления? Делает ли кто-то какие-то *оценки* насчет моего выздоровления? Есть ли у меня какие-то *внутренние запреты*, связанные с выздоровлением? Есть ли у меня *неудержимые* желания в отношении выздоровления? Может быть, у меня есть *навязчивые* мысли насчет моего выздоровления? Делаю ли я какие-то *ошибки* в отношении своего выздоровления? Может, меня что-то *беспокоит* по поводу моего выздоровления? *Мешает* ли мне (кто-то или что-то) что-то делать для моего выздоровления? *Игнорирую* ли я что-то в моем выздоровлении? Может быть, я и (или) другие *неправильно понимаем* что-то о моем выздоровлении? *Изменилось* ли что-то в вопросе моего выздоровления? *Подавляю* ли я что-то в отношении своего выздоровления? Может быть, кто-то что-то *скрывает* насчет моего выздоровления? Не *забыл* ли я что-то про мое выздоровление? *Возражаю* ли я против чего-то в своем выздоровлении? Может быть, мне чего-то *не хватает* в связи с моим выздоровлением? *Достигну* ли я чего-то в том, что касается моего выздоровления? Какие *уроки* я извлекаю из процесса своего выздоровления? Есть ли у меня какие-то *убеждения* насчет моего выздоровления?

## Техника 8. «Изменение образа жизни»

Ответьте на приведенные ниже вопросы:

Что значит для меня моя жизнь сейчас?

Что она могла бы значить?

Что моя жизнь значит для других сейчас?

Что она могла бы значить для других?

Что является для меня действительно важным? (Укажите пять вещей, явлений и т.д., которые вы цените больше всего в жизни.)

Каковы приоритеты моих ценностей (проранжируйте их в порядке важности или значимости)?

Насколько отображает мой нынешний образ жизни те ценности, которые для меня важны?

Какие три действия я могу совершить, чтобы изменить свою жизнь к лучшему?

Что еще я для этого сделаю?

Какие обязательства придают моей жизни смысл?

Какие переживания придают моей жизни смысл?

Какие достижения придают моей жизни смысл?

Что заставляет мое сердце петь?

Что служит для меня неизменным источником радости?

Что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым?

Что просто доставляет мне регулярное удовольствие?

Насколько сейчас мой образ жизни вмещает и включает: то, что придает моей жизни смысл? то, что заставляет мое сердце петь? то, что служит для меня источником радости? то, что позволяет мне ощутить себя по-настоящему счастливым? то, что регулярно доставляет мне удовольствие?

Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что придает моей жизни смысл?

Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что заставляет мое сердце петь?

Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что делает меня по-настоящему счастливым?

Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что служит для меня неизменным источником радости?

Какие три действия я могу совершить, чтобы в моей жизни стало больше того, что регулярно доставляет мне удовольствие?



### 3.2.3. Семейное консультирование

Семейное психологическое консультирование — весьма эффективное направление в работе с пожилыми людьми. Наиболее востребованным является консультирование семей, в которых совместно проживают представители разных возрастов. В последнее время возможности удовлетворения потребностей престарелых людей на основе внутрисемейного общения все более суживаются в связи с высокой занятостью трудоспособного населения, а также развивающимся процессом ослабления внутрисемейных связей, обособления младшего поколения от старшего.

Семейное консультирование — это модификация отношений между членами семьи как системы с помощью психотерапевтических и психокоррекционных методов с целью преодоления негативной психологической симптоматики и повышения функциональности семейной системы. В семейном консультировании психологические симптомы и проблемы рассматриваются как результат неоптимальных, дисфункциональных взаимодействий членов семьи, а не как атрибуты того или иного члена семьи («идентифицируемого клиента»). Семейное консультирование реализует не интра-, а интерперсональный подход к решению проблем, и задача консультанта состоит в том, чтобы с помощью соответствующих воздействий изменить семейную систему в целом.

Общение с членами семьи помогает консультанту воссоздать жизненный путь пожилого человека, что является необходимой процедурой возрастно-психологического консультирования. При этом собираются следующие сведения:

- Анкетные данные и основные сведения о семье.
- Особенности прохождения основных этапов жизни: успешность обучения в школе, в среднем (высшем) учебном заведении, этапы профессионального роста, случаи перемены мест работы.
- Особенности личности, эмоциональных переживаний, типичные психические состояния.
- Характер межличностных отношений с членами семьи, друзьями, коллегами. Эти данные потом сличаются со сведениями, получаемыми от самого клиента. Консультант не должен показать пожилому человеку, что он располагает данными о нем, полученными от других людей.

- Сведения о состоянии здоровья к моменту обследования, перенесенных заболеваниях, травмах и операциях, случаях госпитализации, психических и психосоматических заболеваний, постановке на учет у психиатра и психоневролога, а также о существующих в данный момент или имевшихся в прошлом хронических, частых, тяжелых переживаниях. Эти данные необходимо дополнить сведениями, полученными у лечащего врача клиента. К сведениям, полученным у врача, следует относиться как к сугубо конфиденциальным, их не следует обсуждать даже с клиентом.

В целом вопросы, касающиеся здоровья, желательно задавать в обобщенной форме («Как вы себя чувствуете сегодня?») — клиент вправе рассказать консультанту о своем здоровье ровно столько, сколько считает нужным. Так, некоторые пожилые люди из гордости стремятся скрыть свои тяжелые болезни, другие, напротив, движимые ипохондрической фиксацией, готовы преувеличить тяжесть и объем своих недугов. Последним надо дать время высказаться (возможность обсудить с консультантом свои телесные ощущения подчас бывает первым подводом для обращения к нему). В общении с пожилыми людьми, характеризующимися ипохондрической фиксацией, нельзя показывать неверие в тяжесть их недугов: это сразу повлечет потерю контакта с ними (Кочюнас Р., 1999). Консультант должен внимательно выслушать жалобы и в дальнейшей беседе подчеркнуть, что он понимает страдания клиента, но полагается на его внутреннюю силу и способность преодолеть недуги.

Семейное консультирование при работе с пожилыми людьми основывается на знании объективных и субъективных детерминант развертывания процесса старения человека в семье. К первым относятся конкретные условия его жизни в семье, его участие в системе жизнеобеспечения семьи, участие в воспитании внуков; ко вторым — психологический уклад и климат в семье, способы общения между ее членами, характер взаимоотношений пожилого человека с близкими. Консультанту важно выявить роль пожилого человека в семье, установки и ожидания по отношению к нему других членов семьи, стиль и стереотипы общения с ним (уважительное отношение, снисходительное, грубое; опека, руководство им, формальное или неформальное проявление подчинения по отношению к нему). В настоящее время характерные типы таких стилей, установок и стереотипов отношения к пожилым людям в семье экспериментально

не выявлены. Поэтому конструктивные семейные отношения в ходе консультирования могут быть построены при активном участии самих членов семьи на основе конкретного анализа психологического климата и уклада семьи и специфической стратегии адаптации к старости ее пожилых членов.

В проведении семейного консультирования выделяют 4 этапа: диагностический (семейный диагноз); ликвидация семейного конфликта; реконструктивный; поддерживающий.

Под семейным диагнозом понимается типизация нарушенных семейных отношений с учетом индивидуально-личностных свойств членов семьи. Особенность процедуры семейной диагностики заключается в том, что она носит сквозной характер, то есть сопровождает консультирование на всех этапах и предопределяет выбор психотерапевтических техник. Другая особенность диагностики семейных отношений заключается в ее стереоскопическом характере. Это означает, что информацию о происходящем, полученную от одного из членов семьи на односторонних встречах, следует сопоставить с информацией от других членов семьи и тем впечатлением, которое сложилось у консультанта на основании расспроса и наблюдения за поведением всех участников консультирования.

На втором этапе в ходе односторонних встреч консультанта с клиентом и членами его семьи осуществляется выявление и проявление истоков семейного конфликта и ликвидация его посредством эмоционального отреагирования каждого члена семьи, вовлеченного в конфликт, в результате установления адекватного контакта с консультантом. Консультант помогает каждому из участников конфликта научиться говорить на языке, понятном всем. Кроме того, он берет на себя роль посредника и передает в согласованном объеме информацию о конфликте от одного члена семьи к другому.

На этапе реконструкции семейных отношений осуществляется групповое обсуждение актуальных семейных проблем либо в отдельно взятой семье, либо в параллельных группах клиентов со сходными проблемами и их родственников. В этих же группах проводится ролевой поведенческий тренинг и обучение правилам конструктивного спора.

На поддерживающем этапе, или этапе фиксации, в естественных семейных условиях закрепляются навыки эмпатического общения и возросший диапазон ролевого поведения, приобретенные на пре-

дыдущих этапах, заслушиваются ответы о динамике внутрисемейных отношений, проводятся консультирование и коррекция приобретенных навыков общения применительно к реальной жизни.

Выделение этапов позволяет структурировать процесс семейного консультирования, обосновывает последовательность применения тех или иных психотерапевтических методов в зависимости от целей и объема диагностических сведений. Чаще всего применяются приемы, используемые в групповой психотерапии: эффективное использование молчания; умение слушать; обучение с помощью вопросов; повторение (резюмирование); суммарное повторение; уточнение (прояснение) и отражение эмоций конфронтация; проигрывание ролей; создание «живых скульптур»; анализ видеозаписей.

Теоретической основой семейного консультирования является принцип системности формирования семейных отношений, взаимосвязи отдельных личностей и межличностных отношений. Согласно этому принципу, стиль общения, характер взаимодействия, тип воспитания, с одной стороны, и личностные особенности членов семьи — с другой, образуют замкнутый, постоянно воспроизводящийся гомеостатический цикл. Семейное консультирование является методом разрушения такого цикла, когда он становится патологическим, и создания конструктивных альтернатив семейного взаимодействия.

Для описания семейной системы можно выделить шесть информативных параметров: особенности взаимоотношений членов семьи; гласные и негласные правила жизни в семье; семейные мифы; семейные границы; стабилизаторы семейной системы; история семьи.

Все вышеперечисленные параметры семейной системы подразумевают некую историю становления семьи. Иначе говоря, для успешной работы с семьей необходимо знать не только сегодняшнее положение дел, которое описывается этими параметрами, но и то, каким образом в семье сформировалось это состояние. Подробно о различных теориях семейной терапии можно прочесть в работа (Малкина-Пых И.Г., 2022).

### **Техника 1. «Циркулярное интервью»**

Это основная и широко используемая техника. Консультант по очереди задает членам семьи особым образом сформулированные вопросы или один и тот же вопрос. Для того, чтобы эта техника

«работала» не только на консультанта, то есть была не только диагностическим инструментом, но и инструментом психотерапевтического воздействия, нужно владеть ею виртуозно.

В беседе с семьей с помощью круговых вопросов необходимо затронуть следующие темы: «С какими ожиданиями пришла семья? Кто направил их на консультацию, к кому они обращались прежде?»; «Как семья видит свою актуальную проблему?»; «Какова ситуация в семье в настоящее время?»; «Как раньше семья справлялась с трудностями и проблемами? Какие способы решений применяла?»; «Как семья взаимодействует по поводу текущей проблемы? Необходимо прояснить круги взаимодействия на уровне поведения, на уровне мыслей и чувств.»; «Какая система понимания проблемы и причин ее возникновения существует в семье?»; «Какие существуют ключевые, пусковые ситуации?»; «Как ситуация может развиваться наихудшим образом? Как можно усугубить проблему?»; «Какие положительные стороны есть у проблемы?»; «Вопросы о психологических ресурсах каждого»; «Вопросы о том, как каждый представляет себе будущее с проблемой и без нее»; «Какой была бы жизнь семьи без проблемы, без симптома?».

Разумеется, весь этот круг тем невозможно затронуть за один сеанс. Обычно его можно пройти за две-три встречи. После этого системная гипотеза становится достоверной. Конкретная формулировка вопросов в круговой форме определяется индивидуальным мастерством и творческим потенциалом консультанта, его способностью строить контакт с семьей.

## **Техника 2. «Положительное переформулирование»**

Эта техника подачи обратной связи семье применяется после того, как консультант утвердился в своей гипотезе о состоянии проблемы в данный момент работы с семьей.

Консультант рассказывает семье о том, как он воспринял и понял содержание семейной дисфункции. Рассказ строится по определенным правилам:

1. Устранение тревоги по поводу происходящего. Для этого подходит прием нормализации: содержание семейной дисфункции рассматривается в более широком социокультурном, возрастном, статистическом аспекте. В случае дисфункции, связанной с определенной стадией жизненного цикла семьи, полезно сообщить клиентам о закономерности и повсеместной распространенности

происходящего. Это сообщение снимает с членов семьи чувство вины и представление об уникальности их проблемы. Нормализация в системном подходе выполняет ту же функцию, что и сообщение диагноза в медицине: она дает людям определенность и надежду, связанную с тем, что профессионалы уже имели дело с подобными проблемами и знают, как к ним подступиться.

2. Фокусировка на положительной стороне дисфункции. Любая психологическая, в т.ч. семейная, дисфункция имеет положительную сторону — как минимум, стабилизирует существующее положение дел. Положительно переформулировать можно не только текущий симптом, но и любые прошлые события.
3. Включение в текст обратной связи противоречия, парадокса. Это необходимо для того, чтобы парадокс консультанта мог нейтрализовать парадокс реальной семейной ситуации. Положительно переформулировать можно любой симптом в семейной системе, потому что он обеспечивает гомеостаз системы и в этом смысле имеет положительное значение для семьи.

### **Техника 3. «Предписание»**

Эта техника заключается в назначении каждому из членов семьи определенного поведения. Консультант просит членов семьи выполнять определенные задания, в основном — конкретные действия. Предписания могут быть прямыми и парадоксальными.

Нередко парадоксальные предписания практически невозможно выполнить. В этих случаях цель предписания — дать семье возможность подумать и обсудить с консультантом на приеме, почему данное предписание невыполнимо для этой семьи. Например, семье, в которой спутаны семейные роли и нарушены границы подсистем, рекомендуется в течение недели жить так: никто не имеет своего спального места; каждый вечер дети ложатся, где хотят, а родители — где найдут себе место. Это предписание доводит до абсурда хаотические, неструктурированные привычки этой семьи и вызывает протест у ее членов. На следующей встрече обсуждаются чувства, испытанные за время выполнения невыполнимой задачи, и предлагаются более конструктивные варианты устройства жизни, распределения ответственности и т.п.

Прямые предписания, как правило, не вызывают протеста, они на первый взгляд просты для исполнения. Например, семье, в кото-

рой не произошло распределения ролей и функций, в которой основная тема — борьба за власть и контроль, эффективно предложить предписание действий по времени: в понедельник, среду и пятницу все решает старший член семьи, а остальные подчиняются; во вторник, четверг и субботу все решает кто-то другой из членов семьи; в воскресенье предлагается спорить и ругаться, как обычно. Опыт применения нового ритуала и обсуждение этого опыта обеспечивают терапевтический эффект.

#### **Техника 4. «Контрконцепция»**

Центральным понятием позитивной семейной терапии является «концепция». Здесь это понятие употребляется, например, в таких сочетаниях, как Я-концепция или «концепция другого».

Концепции — это когнитивные и эмоциональные структуры, задающие человеку схему интерпретации отношений к себе, к другим людям, к окружению.

Семье принадлежит особая роль во всем, что касается концепций. В семейном коллективе типичные концепции передаются из поколения в поколение, во взаимодействии членов семьи формируются новые концепции, которые затем усваиваются в повседневном общении.

Каждый человек обладает типичными формами поведения, происхождение которых может быть прослежено до одной из семейных концепций. Например, семейная концепция времени может выражаться в требованиях ложиться спать вовремя, вставать в предписанное время, есть вместе с семьей в определенные часы, быть пунктуальным, возвращаться к определенному времени, выполнять в срок свои обещания, испытывать неудобство, если есть опасность опоздать, переживать, когда опаздывают другие, и т. д.

Одним из эффективных способов разрешения неблагоприятной семейной ситуации является контрконцепция. Консультант предлагает клиенту контрконцепцию его поведения и отношений. Форма, в которую облекается контрконцепция, зависит от обстоятельств. Это могут быть поэтически образные истории, предоставляющие информацию со множеством отступлений; «мораль» истории, где кратко резюмируется концепция; поговорка или пословица, пригодная в качестве рецепта; парадоксальная контрконцепция, которая доводит проблемы клиента до абсурда и тем самым позволяет осознать их.

## Техника 5. «Парадоксальные предписания»

Психотерапевтические парадоксы являются структурированной разновидностью парадоксальных сообщений. Их применение особенно показано для семей с неконгруэнтной системой коммуникаций. Парадоксальные вмешательства можно использовать в тех случаях, когда симптоматическое поведение клиентов исполняет в семье определенную роль и заранее понятно, что вся семья или хотя бы один из ее членов не будет выполнять прямые инструкции.

Парадоксальные сообщения только выглядят противоречивыми. Они содержат двойное послание семье: одно послание указывает на то, что им было бы неплохо измениться, а второе — на то, что это будет не так уж хорошо. При этом оба послания передаются одновременно.

Парадоксальные сообщения используются для того, чтобы давать определение кажущемуся противоречивым поведению членов семьи по отношению друг к другу. Парадоксальные сообщения основаны на противодействии, поскольку есть надежда на то, что члены семьи начнут противодействовать той части сообщения, что удерживает их от изменения.

При разработке системного парадокса консультант соединяет симптом с выполняемой им в системе функцией и предписывает симптому функцию, а функции — симптом. Перечисляются последствия ликвидации симптома, и консультант рекомендует семье продолжать разрешать свою проблему через симптом.

В разработке системного парадокса выделяют три главных этапа:

**Переопределение** — симптом переопределяется как выполняющий позитивную функцию. В тех случаях, когда совершается насилие, инцест или незаконные деяния, положительно определяется мотивация, стоящая за такими поступками.

**Предписание.** Определенные положительно, как служащие один другому, предписываются и симптом, и функция. Предписание должно быть кратким, сжатым и *неприемлемым* для семьи. Чтобы выглядеть убедительным, консультант должен представить веские доводы в пользу такого предписания и говорить очень убежденно.

**Сдерживание.** Если консультант хочет быть последовательным на двух вышеописанных этапах, то ему следует сдерживать семью каждый раз, когда в ней будут проявляться признаки изменения, до тех пор, пока он не почувствует, что семья к этому действительно готова. Очень важно не ошибиться с определением этого момента.



## **Техника 6. «Реверсирование на основе согласия и противодействия»**

Реверсирование — это вмешательство, в ходе которого консультант указывает одному из членов семьи изменить на противоположную свою позицию или поведение по отношению к какому-то критическому вопросу в надежде на то, что это породит парадоксальную реакцию другого члена семьи.

Реверсирование основано одновременно и на противодействии, и на согласии. Оно требует осознанного содействия того члена семьи, который постоянно получает инструкции от консультанта, и противодействия другого члена семьи.

Если некоторые из членов семьи отказываются принимать участие в консультировании, то присутствующим членам семьи можно дать указания, как коренным образом изменить данную ситуацию путем изменения своего поведения дома на полностью противоположное. Когда в терапии участвуют все члены семьи, те из них, кто является объектом данного реверсирования, не должны присутствовать на сессии, поскольку успех зависит от того, насколько удастся застать врасплох этих людей, и от их стихийной реакции на неожиданное изменение в позиции других.

Реверсирование планируется и проводится в три этапа:

**Побуждение.** Эффективность реверсирования зависит от умения терапевта побудить члена семьи к тому, чтобы он изменил на противоположную свою позицию в отношении отравляющего его жизнь вопроса.

**Поддержка.** После того, как удалось добиться начального содействия изменению данного человека, консультанту предстоит обеспечить ему постоянную поддержку перед лицом могучей системы, которая неуклонно стремится противодействовать любому движению в противоположном направлении. Чаще всего семья начинает еще сильнее стремиться восстановить старый порядок. Консультанту следует предвидеть такую реакцию. Возможно возвращение к парадоксальному вмешательству, объясняя отказ от дальнейших действий тем, что это служит интересам других.

**Пересмотр отношений.** Если человеку удалось изменить свою позицию на обратную и сохранить ее на какое-то время, необходимо выработать новые отношения, основанные на этой позиции.

Консультант должен быть готов как к отрицательным, так и к положительным реакциям, и помогать своему клиенту оговаривать взаимоотношения на различных условиях.

Результатом парадоксальных вмешательств являются устойчивые позитивные изменения отношений между членами семьи.

### **Техника 7. «Семейные роли»**

Цель этой техники — осознание и обсуждение ролевой структуры своей семьи, вклада каждого члена семьи в организацию совместной жизни (роли-обязанности), типичных вариантов поведения, в том числе в ситуации конфликта (роли-взаимодействия).

Методика очень наглядна, информативна и может служить основой для обсуждения семейной ситуации и различий в ее восприятии членами семьи. Анкета обычно не вызывает сопротивления, легко встраивается в обсуждение многих семейных тем, привнося в дискуссию атмосферу юмора и шуток.

**Анкета «Семейные роли» включает список ролей-обязанностей** (организатор домашнего хозяйства; закупщик продуктов; зарабатывающий деньги; казначей; убирающий квартиру; выносящий мусор; повар; убирающий со стола после обеда; тот, кто ухаживает за животными; организатор праздников и развлечений; мальчик на побегушках; человек, принимающий решения; починающий сломанное; плохой исполнитель всех своих обязанностей) и ролей-взаимодействий (буфер, посредник в конфликте; любитель поболеть; сторонник строгой дисциплины; главный обвинитель; одинокий волк; утешающий обиженных; уклоняющийся от обсуждения проблем; создающий другим неприятности; держащийся в стороне от семейных разборок; приносящий жертвы ради других; семейный вулкан; затаивающий обиду; шутник) в первом столбце.

Каждому из участников предлагается заполнить анкету: вписать имена членов семьи в верхней строке и отметить количеством звездочек в ячейках на пересечении имени и роли, насколько перечисленные роли характерны для каждого из них: \*\*\* — его (ее) постоянная роль; \*\* — он (она) делает это довольно часто; \* — иногда это относится к нему (к ней).

Некоторые из этих ролей не свойственны данной семье и никогда не исполняются ни одним из ее членов. В этом случае следует оставить графу пустой. В каждой семье есть свои уникальные роли, от-

сутствующие в общем списке; каждый из участников может вписать их в пустые строчки.

### Анкета «Семейные роли»

	Имена					
<b>Роли-обязанности</b>						
Организатор домашнего хозяйства						
Закупщик продуктов						
Зарабатывающий деньги						
Казначей						
Убирающий квартиру						
Вносящий мусор						
Повар						
Убирающий со стола после обеда						
Тот, кто ухаживает за животными						
Организатор праздников и развлечений						
Мальчик на побегушках						
Человек, принимающий решения						
Починяющий сломанное						
Плохой исполнитель всех своих обязанностей						
<b>Роли-взаимодействия:</b>						
Буфер, посредник в конфликте						
Любитель поболеть						
Сторонник строгой дисциплины						
Главный обвинитель						
Одинокий волк						
Утешающий обиженных						
Уклоняющийся от обсуждения проблем						
Создающий другим неприятности						
Держащийся в стороне от семейных разборок						
Приносящий жертвы ради других						
Семейный вулкан						
Затаивающий обиду						
Шутник						

### **Техника 8. «Прояснение коммуникаций»**

Техника особенно эффективна в ситуации острого семейного кризиса, когда клиенты испытывают сильные и противоречивые чувства по отношению друг к другу. Она позволяет организовать конструктивное выражение этих эмоций и добиться более глубокого принятия клиентами друг друга.

В недостижимом идеале для выполнения этой техники требуется несколько консультантов — по одному на каждого из участников; на практике желательно присутствие как минимум двоих консультантов разного пола. Консультант-мужчина, как правило, дублирует женщин, в то время как женщина-консультант озвучивает мужчин. Таким образом удастся избежать мужеско-женской коалиции. Для эффективной работы у консультантов должны быть «чистые» коммуникации и проанализированные трудности взаимодействия друг с другом. При определенной тренировке эту технику может провести и один специалист.

По сути, техника проявления коммуникаций является развитием психодраматической техники дублирования. Клиентов просят обсудить одну из семейных тем. По мере того, как диалог между ними становится все более и более эмоционально насыщенным, возникает удобный момент для перехода к прояснению коммуникаций. При этом консультанты пересаживаются, располагаясь чуть сзади и сбоку каждый от своего клиента. Далее консультанты, как и при дублировании в психодраме, стараются подключиться к эмоциональному состоянию своих клиентов, озвучить их переживания от первого лица и помочь выразить себя более полно, не прибегая к защитным маневрам. Время от времени следует останавливать клиентов и просить их оценить, насколько верно консультанты отражают их сообщения друг другу.

«Перевод» должен соответствовать внутреннему состоянию клиента настолько, что у того может создаться впечатление, что консультант выражает его чувства лучше него самого. Сообщения участников становятся более ясными, проявляются скрытые ранее эмоции, и семья переходит к реальному живому диалогу, все глубже продвигаясь в понимании себя и друг друга.

Одновременно происходит научение членов семьи через моделирование процесса открытого общения. Консультанты трансформируют критические Ты-высказывания в Я-высказывания, что позволяет

управлять переговорным процессом, сдерживают поток обвинений и взаимных нападок, обучая клиентов более конструктивному взаимодействию.

### **Техника 9. «Незаконченные предложения»**

Эта техника может использоваться самостоятельно или служить хорошим разогревом для дальнейших переговоров. Она помогает видоизменить характер коммуникаций членов семьи, а именно: стимулировать диалог дистанцированных членов семьи; обеспечить равный вклад в разговор, сдерживая многословных и поощряя молчаливых участников; структурировать общение между членами семьи и сделать его более безопасным для них.

Участники тренинга обучаются использовать формулировки в виде Я-высказываний, осознавать баланс выражения негативных и позитивных чувств, обозначают направление изменений. Озвучивание позитивных характеристик особенно важно в ситуации семейного конфликта, когда члены семьи обмениваются в основном негативными подкреплениями, провоцируя нарастание ссоры.

Помимо изменения процессуальных характеристик общения, данная техника позволяет исследовать основное содержание взаимных претензий.

Выбираются два члена семьи, отношения между которыми предполагается исследовать. Их просят расположиться напротив друг друга и поочередно заканчивать следующий ряд незавершенных предложений: «Мне нравится, что ты...»; «Я расстраиваюсь, когда...»; «Я злюсь, когда...»; «Я благодарен тебе за...»; «Мы могли бы по-другому...».

Оптимальным в такой работе является завершение пяти предложений. Желательно, чтобы каждый из членов семьи поработал в паре со всеми остальными. Ограничением в использовании этой техники может быть только возраст самых младших членов семьи, если они принимают участие в тренинге. Обычно упражнение не занимает более двадцати минут и, как правило, не встречает сильного сопротивления — наоборот, может стимулировать шутки и смех. Все присутствующие могут наглядно убедиться, с какой скоростью вылетают негативные чувства и в каких муках рождается признание достоинств друг друга. Если в тренинге участвуют подростки, они часто говорят, что они впервые услышали о себе что-то хорошее.

## **Техника 10. «Семейные правила»**

### **Упражнение 1. «Свод законов семьи»**

Участники составляют список правил, действующих в их семье. Консультант играет роль секретаря, который записывает каждое из семейных правил, и председателя собрания, который следит за тем, чтобы обсуждение носило конструктивный характер: не допускать споров о том, хорошим или плохим является каждое из существующих в семье правил, обсуждения того, кем и насколько они выполняются, и т.д. Задача участников на данном этапе — с помощью консультанта составить максимально полный перечень семейных концепций и их конкретных проявлений.

Легче всего выявить правила, связанные с тем, как распоряжаться деньгами, с выполнением домашних обязанностей и нарушениями правил. Составление списка следует начать с этих открытых правил.

При выполнении этого упражнения участники могут узнать много нового о себе — например, то, что не каждый член семьи знает некоторые семейные правила, что каждый из них по-разному понимает многие из этих правил, и что именно это часто является причиной конфликтов. Для многих семей просто сидеть и выяснять эти правила — это нечто новое и познавательное. После составления «свода законов» причины недопонимания и проблем в семье могут стать более очевидными.

### **Упражнение 2. «Поправки к своду законов»**

После того, как все семейные правила записаны и участники прояснили все недоразумения по поводу этих правил, нужно решить, какие правила являются точным отражением семейных ценностей на сегодняшний день, а какие уже неактуальны.

«Поскольку правила принадлежат вам и вашей семье, у вас есть право менять и совершенствовать их или полностью отбросить. Обсудите, какие семейные правила помогают взаимодействию между вами, а какие — мешают. Чего вы хотите достигнуть с помощью этих правил? Насколько эффективно вы этого достигаете? Хорошие правила помогают семье; плохие правила ее ограничивают.

Правила могут быть устаревшими, несправедливыми, неясными или неподходящими, и их можно изменить. Давайте исследуем, как можно изменить правила.

Обратите внимание на то, каков процесс изменения правил в вашей семье. Кому позволено просить об изменении? Кто принимает

решение? В юридической системе можно обжаловать решение. Можно ли обжаловать решение в вашей семье?

Давайте пойдем дальше в наших исследованиях. Обсудите, как создаются правила в вашей семье? Их создает один человек? Это самый старший, самый тактичный, самый ограниченный, самый влиятельный человек? Вы берете эти правила из книг? У соседей? Из семей, в которых выросли ваши родители? Откуда берутся эти правила?

До этого момента мы обсуждали довольно очевидные правила, которые легко обнаружить. Однако есть и другой набор правил, они часто являются скрытыми, и их трудно уловить. Это влиятельная и незримая сила, она управляет жизнью всех членов семьи».

### **Упражнение 3. «Выявление скрытых правил»**

Некоторые из правил, регулирующих взаимодействия в семье, являются неосознанными, скрытыми. Для их выявления и обсуждения необходима помощь консультанта. Ниже приводится пример такой беседы с семьей. Необходимо дать каждому из участников возможность высказаться по каждому из затронутых вопросов.

«Что вы можете рассказать в своей семье о том, что вы думаете, чувствуете, видите, слышите; о вкусах и запахах, которые вы ощущаете? Можете ли вы комментировать только то, что должно быть, или также и то, что есть на самом деле?»

(Вопросы о свободе мнений в семье можно разделить на 4 подгруппы.)

1. Что вы можете сказать о том, что вы видите и слышите?

Вы только что видели, как два члена вашей семьи сильно поссорились. Можете ли вы выразить свой страх, беспокойство, гнев, агрессию?

Можете ли вы выразить свое одиночество, нежность, вашу потребность в утешении?

2. Кому вы можете это сказать?

Вы ребенок, и вы только что услышали, как ваш отец выругался. Существует семейное правило, запрещающее ругаться. Можете ли вы указать ему на это?

3. Как вы можете прокомментировать тот факт, что вы не согласны с чьим-нибудь поведением или не одобряете его?

Если пятнадцатилетний сын (или внук) напивается, можете ли вы прямо об этом сказать?

4. Можете ли вы свободно попросить объяснения, если вы не понимаете кого-нибудь из членов семьи?

Если между словами и тоном голоса вашего собеседника есть противоречие, можете ли вы прокомментировать это?

Каждый день члены семьи видят и слышат разные вещи. Некоторые из них приносят удовольствие. Другие вызывают замешательство и даже боль, третьи могут вызвать чувство стыда. Если членам семьи не позволено признавать и комментировать то, что они замечают, и выражать чувства, которые это вызывает у них, тогда эти чувства подавляются и начинают подтачивать семейное благополучия.

Считаете ли вы, что есть ли такие темы, которые никогда не должны подниматься в семье? Как можно вести себя так, как будто этих фактов семейной жизни не существует?

Семейные запреты против обсуждения того, что есть и что было, создают плодородную почву для конфликтов. Предположим, что существует такое неписаное семейное правило, согласно которому члены семьи могут говорить только то, что правильно, хорошо, значимо, уместно. В этом случае значительную часть действительности нельзя комментировать. Никто не бывает постоянно хорошим, уместным, значимым и т.д.

Когда правила запрещают комментировать многие вещи о себе и других членах семьи, и когда вы не можете комментировать то, что есть на самом деле, то, что тогда происходит? Некоторые люди лгут, некоторые начинают ненавидеть, а некоторые становятся чужими в своей семье. Самое худшее состоит в том, что у них появляется низкая самооценка, которая выражается в беспомощности, враждебности, глупости и одиночестве».

### **Техника 11. «Семейное кукольное интервью»**

В этой технике члены семьи и консультант разговаривают друг с другом не непосредственно, а разыгрывая кукольный спектакль. Каждый из участников может пользоваться одной или несколькими куклами, соответствующими различным ситуациям и семейным ролям. Техника дает много возможностей для наблюдения как видимых, так и скрытых путей взаимодействия членов семьи друг с другом. Выбор кукол, конфликты, выраженные в фантазиях, обсуждение после спектакля, когда членов семьи просят дать свои свободные ассоциации по поводу пьесы, изучение вопроса о том, какое отноше-



ние имеет разыгранная история к функционированию семьи — все это помогает понять внутрисемейные взаимоотношения. Конфликт между персонажами драматизируемой истории отражает фантазии членов семьи, форма и содержание которых, как правило, вращаются вокруг одной или нескольких тем, что часто представляет собой символический ответ на подспудно присутствующий у консультанта вопрос семье: «Зачем вы сюда пришли?».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современная психология представляет возрастное развитие человека как процесс, имеющий стадийный характер, проходящий через определенные периоды, кризисы. При этом развитие человека рассматривается как единство процессов онтогенетической эволюции и жизненного пути. Одним из главных вопросов развития человека является вопрос о соотношении возрастных, типологических и индивидуальных особенностей и об изменяющихся и противоречивых взаимосвязях между ними. Установлено, что индивидуальное развитие с возрастом приобретает все более своеобразный индивидуализированный характер. Очевидно, что формирование человека от рождения до зрелости не исчерпывает всего цикла индивидуально-психического развития.

Выделяют несколько узловых моментов в изучении психологии взрослого человека:

1) развитие человека продолжается и после периода юности, в зрелости и старости; для процесса развития человека не существует какого-либо предела или конечного состояния;

2) период взрослости состоит из ряда собственных фаз, каждая из которых характеризуется качественным своеобразием психосоциального, личностного и когнитивного развития;

3) развитие человека в период взрослости не есть простое продолжение детского развития. Основа развития личности, события, главные его вехи — иные по сравнению с периодом детского развития. Изменяются социальные и психологические задачи, встающие перед человеком;

4) процесс развития взрослого человека характеризуется гетерохронностью (то есть асинхронностью фаз развития различных психических функций, несовпадение сроков формирования и темпов их развития); неравномерностью развития различных психических функций (то есть периоды резких качественных скачков в развитии той или иной психической функции сменяются постепенным накоплением количественных изменений); представленностью противоположных тенденций — эволюционных и инволюционных;

5) развитие человека в период взрослости зависит от того, насколько он сам выступает субъектом собственного развития, создателем событий и условий своей жизни.

Существует достаточно пестрая картина в решении проблемы периодизации взрослости с точки зрения психологии развития. Критерии построения периодизации, количество выделяемых этапов, временные рамки отдельных периодов по-разному определяются в различных классификациях взрослого этапа жизни (Б.Г.Ананьев, Г.Крайг, Э.Эриксон и другие). Взрослость — это период онтогенеза, условно определяющийся возрастными границами 20–55–60 лет и характеризующийся тенденцией к достижению наивысшего развития духовных, интеллектуальных и физических способностей человека. Поскольку трудно (если вообще возможно) точно указать границы стадий развития взрослых людей, основываясь исключительно на возрасте, то обычно весь период взрослости условно подразделяют на три стадии: 1) ранняя взрослость (от 20 до 40 лет); 2) средняя взрослость (от 40 до 60 лет); 3) поздняя взрослость (от 60 лет и старше).

Кризисы развития, или возрастные кризисы, возникают при переходе от одной возрастной ступени к другой и связаны с системными преобразованиями в сфере социальных отношений, деятельности и сознания (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, Д.Б.Эльконин). Это относительно небольшие периоды (около года) онтогенеза, характеризующиеся резкими психологическими изменениями, когда личность человека приобретает новое психологическое качество (новую психологическую модальность). Возрастной кризис состоит в преобразовании социальной ситуации развития, при котором старая социальная ситуация развития разрушается, а на ее месте (вместо нее) строится новая; психологическое содержание возрастного кризиса состоит в том, что происходит субъективация новообразования предшествующего стабильного периода, то есть превращение новообразования стабильного периода в субъектную способность индивида. Возрастной кризис проходит ряд фаз и этапов: предкритическая фаза — открытие идеальной формы следующего возраста; собственно критическая фаза — мифологизация новой идеальной формы, конфликт между желаемым и возможным, рефлексия внутренних ограничителей искомой взрослости; посткритическая фаза — дифференциация отношения к себе, формирование мотивации дальнейшего возрастного развития. Форма, длительность и острота возрастного кризиса может значительно варьировать в зависимости от индивидуально-типологических особенностей личности, макро- и микросоциальных условий. Ряд исследователей считают возраст-

ные кризисы нормативным процессом, необходимым элементом социализации, обусловленным логикой личностного развития и необходимостью разрешения основного возрастного противоречия (З. Фрейд, Э.Эриксон, Л.Выготский, Л.Божович). Другие авторы видят в возрастных кризисах девиантное, злокачественное проявление индивидуального развития (С.Л.Рубинштейн, А.В.Запорожец).

В любом случае, кризис в жизни — это ситуация, в которой человек сталкивается с невозможностью реализации внутренней необходимости своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей) ввиду возникновения препятствий, преодолеть которые, опираясь на свой прошлый опыт, он не может. Понятие кризиса традиционно связано с представлением о высоком психическом напряжении, переживаемом субъектом в момент кризиса; с информационной неопределенностью, сопровождающей кризис, и в этом смысле можно рассматривать кризис как явление, содержащее в себе характеристики психической травмы. Однако кризис не сводится к психической травме, так же как он не сводится к состоянию психической напряженности. Кризис содержит в себе потенциальную возможность роста и развития и в связи с этим предполагает возможность трансцендирования, когнитивного и эмоционального выхода за пределы наличия бытия. Поэтому психологический кризис — это физическое и психическое страдание, с одной стороны, и трансформация, развитие и личностный рост — с другой. Рассматривая кризисы как закономерность психического развития человека, зная их периодичность и причины возникновения, их можно по меньшей мере предсказать, а значит, смягчить неизбежные, встроенные в природу человека, и избежать те, которые являются результатом неправильного выбора самого человека.

Понятие об отдельных критических возрастах вводилось в науку эмпирическим путем и в случайном порядке. Анализ кризисных периодов позволяет вскрыть психологическую сущность процесса онтогенетического развития личности. Основное отличие критических периодов развития от стабильных заключается в длительности протекания, в характеристиках динамики психических изменений, в характере возникающих новообразований.

Кризис поздней зрелости. Этот кризис имеет две стороны проявления. Первая включает в себя время выхода человека на пенсию (для женщин — 60 лет, для мужчин — 65 лет), вторая характеризу-

ется осознанием и отношением человека к собственной смерти. Обе эти стороны кризиса поздней зрелости имеют основу во вновь возникших противоречиях между имеющимся состоянием (желанием) к активной жизнедеятельности и внешней (социальной) её недооценкой. Чаще всего пожилой человек психологически не желает принимать старость и приближение конца своей жизни, болезненно чувствует решение общества по поводу его бесполезности. Этот критический период характеризуется как время подведения итогов, которые не всегда удовлетворяют человека, поскольку не все его желания и цели реализованы. Установка на будущее изменяется радикально: люди данного возраста начинают понимать, что не имеют времени на все, что хотели бы сделать. Это стадия старения, решающим фактором здесь является приближающийся конец или, по крайней мере, реальность ухода на пенсию. Именно поэтому данный период описывается как время внутреннего конфликта: необходимо изменить привычный жизненный стереотип, создать новый образ жизни. Для человека зрелых лет оказывается очень трудным, порой мучительным, переход от состояния максимальной активности, присущей периоду акме, к ее постепенному свертыванию, ограничению в связи с тем, что ухудшается здоровье, меньше становится сил, возникает объективная необходимость уступить место новым поколениям при субъективном нежелании, внутреннем сопротивлении это сделать, поскольку сегодня человек в 50–60 лет субъективно не ощущает себя старым.

Можно обозначить следующие источники появления кризиса поздней зрелости: необходимость изменений социальных ролей и образа жизни, вызванных уходом на пенсию и приближением смерти; естественное снижение психофизиологических возможностей организма; потеря близких и развитие чувства одиночества; появление заболеваний, ускоряющих процессы старения организма и нарушающих взаимодействие с окружающими.

В период кризиса поздней зрелости человек имеет следующие признаки: наличие раздражительности в общении с людьми, заносчивость, неадекватность в решениях жизненных ситуаций, разочарование в жизни в целом, опустошенность и чувство одиночества, частые депрессии, появление тревожности и отчуждения в семье, страх старения и смерти, обостряются или появляются новые заболевания, которые вызывают повышенное внимание к своему здоровью.

У некоторых людей данного возрастного периода появляется чувство неизбежности преодоления нового трудного этапа — снова необходимо пройти через «умри и восстань»: «Теперь самое время подготовиться к тому, что еще хочешь сделать, выделить то, что можно оставить, и взяться за то, что еще хочешь завершить» (Ливехуд Б., 1994).

Преодоление кризиса в период поздней зрелости делает человека активным, адекватным, самостоятельным в системе социальных отношений, психологически готовым жить рядом со старостью и приближением смерти.

Особенности психического развития человека в пожилом возрасте складываются из нескольких факторов, которые, хотя и относятся к разным категориям психологической науки, тем не менее 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 (Марцинковская Т.Д., 1999).

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.

Пожилые клиенты традиционно рассматривались как плохие кандидаты для психотерапии, хотя первые психотерапевтические программы для пожилых людей предлагались еще в первой половине XX века. Методов, разработанных специально для работы с людьми пожилого возраста, в арсенале современной психотерапии явно недостаточно. Использование психотерапевтических методов в геронтопсихологической практике связано с отходом от дефицитарной модели старения, согласно которой этот процесс проявляется общим снижением интеллектуальных и эмоциональных возможностей. Особенностью работы с пожилыми людьми является применение принципа активации и реактивации ресурсов клиента, так как невостребованные функции угасают. Наименее эффективным в работе с пожилыми людьми являются глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии. В то же время в геронтологии активно развивается поддерживающая и когнитивно-поведенческая психотерапия пожилых людей. Благополучие семьи, имеющей одного или нескольких беспомощных (или считающих себя таковыми) стариков, часто бывает неустойчивым, особенно в случаях возникновения кризисных ситуаций, поэтому поддерживающая семейная терапия может оказать семье большую помощь.

Таким образом, состояние здоровья, психологические и социальные характеристики у лиц пожилого и старшего возраста имеют свою специфику, которую необходимо учитывать при реализации программ активного долголетия и долговременного ухода для того, чтобы обеспечить гендерное равенство в правах.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

1. Агеев В.С. Межгрупповое взаимодействие. Социально-психологические проблемы / В.С.Агеев. — Москва: Изд-во Москва, ун-та, 1990.
2. Агеев В.С. Психология межгрупповых отношений / В.С.Агеев. — Москва: Изд-во МГУ, 1990.
3. Агеев В.С. Влияние факторов культуры на восприятие и оценку человека человеком / В.С.Агеев // Вопросы психологии. —1985. — № 3. — С. 135–140.
4. Агеев В.С. Психологическое исследование социальных стереотипов / В.С.Агеев // Вопросы психологии. — 1986. — № 1. — С. 95–101.
5. Адамова Т.В. Особенности полоролевой идентичности у женщин пожилого возраста / Т.В.Адамова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. — 2018. — Т. 7. № 2 (23).
6. Александрова М.Д. Отечественные исследования социальных аспектов старения / М.Д.Александрова, А.В.Краснова, А.Г.Лидерс // Психология старости и старения: Хрестоматия. — Москва: Академия, 2003. — 416 с.
7. Алексеева З.Н. Возрастные особенности когнитивного и аффективного статуса жителей Якутии старше 65 лет / З.Н.Алексеева, И.О.Логинова, С.С.Слепцов, О.В.Татарина // Психология. Психофизиология. — 2021. — № 2. — С. 66–77.
8. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование / Ю.Е.Алешина. — Москва: НФ «Класс», 1999.
9. Алешина Ю.Е. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины / Ю.Е.Алешина, А.С.Волович // Вопросы психологии. — 1991. — № 4. — С. 74–82.
10. Альперович В.Д. Геронтология. Старость: Социокультурный портрет/ В.Д.Альперович. — Москва: Приор, 2001.
11. Андреева Г.М. Психология социального познания: учеб. пособие для высших учебных заведений / Г.М.Андреева. — Москва: Аспект Пресс, 1997.
12. Анцупов А.Я. Конфликтология / А.Я.Анцупов, А.И.Шипилов. — Москва: ЮНИТИ, 1999.
13. Бадхен А.А. Психосинтез и другие интегративные техники/ А.А.Бадхен, В.Е.Каган. — Москва: Смысл, 1997.
14. Байбурин А.К. Некоторые вопросы этнографического изучения поведения / А.К.Байбурин // Этнические стереотипы поведения. — 1985.
15. Бейшенбиева Г.Д. Проблемы общего и репродуктивного здоровья женщин пожилого возраста как социально-уязвимой группы населения // Г.Д.Бейшенбиева // Наука и новые технологии. — 2008. — № 5–6. — С. 34–35.
16. Бергер П. Социальное конструирование реальности / П.Бергер, Т.Лукман, Е.Д.Руткевич. — Москва: Медиум, 1995.
17. Берн Ш. Гендерная психология / Ш.Берн — Санкт-Петербург: Прайм-ЕВ-РОЗНАК, 2001.
18. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры/ Э.Берн. — Санкт-Петербург: Университетская книга: АСТ, 1998.



19. Валиева А.Б. Особенности переживания старости мужчинами и женщинами пожилого возраста / А.Б.Валиева, Ю.С.Токалыгыль // Вестник Курганского государственного университета. — 2018. — № 3 (50). — С. 30–33.
20. Воронина О.А. Гендер и культура/ О.А.Воронина, Т.А.Клименкова, З.А.Хоткина //Женщины и социальная политика. Women and social policy: (гендерный аспект). Ин-т соц.-экон. пробл. народонаселения РАН. — 1992. — С. 10–22.
21. Воронина О.А. Основы гендерной теории и методологии / О.А.Воронина // Теория и методология гендерных исследований: Курс лекций: МЦГИ — МВШС — ЭН — 2000. — 101 с.
22. Выготский Л.С. Исторический смысл психологического кризиса: собр. соч. в 6 т. / Л.С.Выготский. — Москва, 1984. — Т 1. — С. 291–437.
23. Гавэйн Ш. Созидающая визуализация. <http://www.loopback.ru/psytech/practpsy>
24. Гамезо М.В. Возрастная психология: личность от молодости до старости / М.В.Гамезо, В.С.Герасимова, Г.Г.Горелова. — Москва: Ноосфера, 1999.
25. Гендерная политика в России и в мире: экономика, управление, общество: материалы Всероссийской научной конференции, Иваново, 25 июня 2021 г. — Иваново: Иван. гос. ун-т, 2021–220 с.
26. Гендерное равенство наступит через 108 лет// <http://www.demoscope.ru/weekly/2019/0797/reprod01.php>.
27. Гидденс Э. Социология / Э.Гидденс. — Москва: Эдиториал УРСС, 1999.
28. Гилева Н.С. Гендерные различия переживания жизненного кризиса в пожилом возрасте / Н.С.Гилева // Наука о человеке: гуманитарные исследования. — 2017. — С. 93–98.
29. Гилева Н.С. Ценностно-смысловая сфера как основа регуляции жизнедеятельности / Н.С.Гилева // Наука и общество: проблемы современных исследований. — 2016. — С. 178–182.
30. Глуханюк Н.С. Механизмы формирования толерантности к старению в условиях современной России/ Н.С.Глуханюк, Т.Б.Гершкович. — Екатеринбург: Изд-во УрГУ, 2002.
31. Грановская Р.М. Элементы практической психологии/ Р.М.Грановская. — Санкт-Петербург: Свет, 1997.
32. Григорьева И. А. Пожилые женщины: «вниз по лестнице» возраста и гендера / И.А.Григорьева // Женщина в российском обществе. — 2018. — № 1 (86). — С. 5–18.
33. Демин А.В. Особенности движений центра тяжести у женщин 55–64 лет с риском развития гериатрического синдрома падений / А.В.Демин, А.В.Грибанов, М.Н.Панков // Журнал медико-биологических исследований. — 2018. — Т. 6. — № 1. — С. 5–13.
34. Доброхлеб В.Г. Демографическое старение в аспекте гендерных проблем современной России / В.Г.Доброхлеб / Народонаселение. — 2020. — Т. 23. — № 2. — С. 5–13.

35. Донцов А.И. Социальные стереотипы: вчера, сегодня, завтра / А.И.Донцов, Т.Г.Стефаненко // Социальная психология в современном мире: Учебное пособие для вузов. — 2002. — С. 76–95.
36. Ермолаева М.В. Методы психологической регуляции эмоциональных переживаний в старости / М.В.Ермолаева, А.В.Краснова, А.Г.Лидерс // Психология старости и старения: Хрестоматия. — 2003. — 416 с.
37. Ермолаева М.В. Практическая психология старости / М.В.Ермолаева. — Москва: Эксмо, 2002.
38. Женщины и мужчины России, 2018: стат. сб. / Росстат. М., 2018.
39. Здравомыслова О.М. Российская семья в 90-е годы: жизненные стратегии мужчин и женщин/ О.М.Здравомыслова, М.М.Малышева // Гендерный калейдоскоп. Курс лекций. — 2002. — С. 473–489.
40. Здравомыслова О.М. Семья и общество: гендерное измерение российской трансформации / О.М.Здравомыслова. — Москва: Эдиториал УРСС, 2003.
41. Иванов В.А. Проблема структуризации рабочего опыта (к пониманию механизмов старения) / В.А.Иванов // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 6. — С. 7–21.
42. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е.П.Ильин. — Санкт-Петербург: Питер, 2002.
43. Исупова О.Г. Гендер и старость: теоретические подходы [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0433/analit05.php>.
44. Каган В.Е. Половая идентичность и развитие личности / В.Е.Каган // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 1991. — № 4. — С. 25–33.
45. Калиш Р. Пожилые люди и горе / Р.Калиш // Психология зрелости и старения. — 1997. — № 3. — С. 38–42.
46. Кинг М., Цитренбаум Ч. Экзистенциальная гипнотерапия // М.Кинг, Ч.Цитренбаум / М.: НФ «Класс», 1998.
47. Кискер К.П. Психиатрия, психосоматика, психотерапия: пер. с нем. (Гуманистическая психиатрия)/ К.П.Кискер, Г.Фрайбергер — Москва: Алетейя, 1999
48. Клецина И.С. Гендерная социализация в пожилом возрасте / И.С.Клецина // Социальная психология и общество. — 2020. — Т. 11. — № 3. — С. 22–34.
49. Клецина И.С. От психологии пола — к гендерным исследованиям в психологии / И.С.Клецина // Вопросы психологии. — 2003. — № 1. — С. 61–78.
50. Клецина И.С. Психология гендерных отношений: Теория и практика/ И.С.Клецина. — Санкт-Петербург: Алетейя, 2004. — 408 с.
51. Ковалев С.В. Исцеление с помощью НЛП. Нейро-лингвистическое программирование психосоматических исцелений // С.В.Ковалев / М.: КСП+, 1999.
52. Кон И.С. Введение в сексологию: Учебное пособие для студентов вузов/ И.С.Кон. — Москва: Олимп, ИНФРА, 1999.
53. Кон И.С. История и теория «мужских исследований» / И.С.Кон, М.М.Малышевой // Гендерный калейдоскоп. Курс лекций / Под ред. М.М.Малышевой. — 2002. — С. 188–242.

54. Концепция политики активного долголетия [Текст]: научно-методологический доклад, к XXI Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 2020 г. / под ред. Л.Н.Овчаровой, М.А.Морозовой, О.В.Синявской; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. — 40 с. — ISBN 978-5-7598-2173-1 (в обл.). — ISBN 978-5-7598-2070-3 (e-book).
55. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования/ Р.Кочюнас. — Москва: Академический проект, 1999.
56. Крайг Г. Психология развития: пер. с англ/ Г.Крайг. — Санкт-Петербург: Питер, 2003.
57. Краснов Ю.К. Гендерное неравенство в современном мире. По материалам исследования международных организаций/ Ю.К.Краснов// Право и управление. XXI век. — 2019. — № 15 (2). — С. 21–28.
58. Краснова О.В. Воспоминания старых людей: рассказ историй, биография и терапия «лайф-ревью» / О.В.Краснова // Психология зрелости и старения. — 2002. — № 1.
59. Краснова О.В. Выход на пенсию и идентичность женщин / О.В.Краснова // Психологические исследования. — 2014. — Т. 7. — № 35. — С. 6.
60. Кубрякова Е.С. Краткий словарь когнитивных терминов/ Е.С.Кубрякова. — Москва, 1996.
61. Ларина В.Н. Хроническая сердечная недостаточность у женщин и мужчин в пожилом возрасте: догоспитальный этап ведения / В.Н.Ларина, Б.Я.Барт, М.Г.Головки [и др.] // Проблемы женского здоровья. — 2012. — Т. 7. — № 1. — С. 13–19.
62. Лещенко Л.А. Культура самосохранительного поведения и ее влияние на жизненное долголетие лиц пожилого возраста /Л.А.Лещенко // Logos et Praxis. — 2018. — Т. 17. — № 2. — С. 93–102.
63. Ливехуд Б. Кризисы жизни — шансы жизни. Развитие человека между детством и старостью / Б.Ливехуд. — Калуга, 2000. — 12 с.
64. Лидерс А.Г. Возрастно-психологические особенности консультирования пожилых людей / А.Г.Лидерс // Психология зрелости и старения. — 2001. — № 4. — С. 13–22.
65. Лидерс А.Г. Кризисы пожилого возраста: гипотеза о его психологическом содержании / А.Г.Лидерс // Психология зрелости и старения. — 2000. — № 2. — С. 6–11.
66. Липовецкий Ж. Третья женщина: Незыблемость и потрясение основ женственности / Ж.Липовецкий. — Санкт-Петербург: Алетейя, 2003.
67. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы среднего и пожилого возраста. Учебное пособие / И.Г.Малкина-Пых. — Москва: Кнорус, 2022.
68. Малкина-Пых И.Г. Возрастные кризисы. Справочник практического психолога/ И.Г.Малкина-Пых. — Москва: Эксмо, 2004.
69. Малкина-Пых И.Г. Гендерная терапия. Справочник практического психолога/ И.Г.Малкина-Пых. — Москва: Эксмо, 2006.

70. Малкина-Пых И.Г. Кризисы пожилого возраста. Справочник практического психолога/ И.Г. Малкина-Пых. — Москва: Эксмо, 2005.
71. Маматов А.У. Половые и возрастные факторы, ассоциированные с развитием ожирения / А.У.Маматов, А.Г.Полупанов, Б.А.Какеев // The Scientific Heritage. — 2021. — № 68. — С. 46–56.
72. Марцинковская Т.Д. Особенности психического развития в позднем возрасте / Т.Д.Марцинковская // Психология зрелости и старения. — 1999. — № 3. — С. 13–17.
73. Милюска Й. Идентичность женщин и мужчин в жизненном цикле / Й.Милюска // Социология. — 1999. — № 4. — С. 102–114.
74. Ожигова Л.Н. Исследование гендерной идентичности и гендерных стереотипов личности /Л.Н.Ожигова, И.С.Клецина // Практикум по гендерной психологии. — 2003.
75. Осухова Н. Психологическое сопровождение семьи и личности в кризисной ситуации / Н.Осухова // Школьный психолог. — 2001. — № 3.
76. Пекинская декларация и Платформа действий Пекин+5: политическая декларация и итоговый документ / ООН, Департамент общественной информации, Нью-Йорк, 2002. — 304 с.
77. Пепло Л.Н. Одиночество и самооценка / Л.Н.Пепло, М.Мицели, Б.Мораш // Лабиринты одиночества. — 1989. — С. 169–191.
78. Петровская Л.И. Старость. Справочник/ Л.И.Петровская. — Москва: Большая Российская энциклопедия, 1996.
79. Полтавская М.Б. Социальная активность граждан «третьего возраста»: гендерный аспект / М.Б.Полтавская // Logos et Praxis. — 2018. — Т. 17. — № 2. — С. 48–64.
80. Психологическое сопровождение женщин при использовании вспомогательных репродуктивных технологий / И.В.Добряков, С.В.Ляшкова, И.С.Лысенко, Н.В.Семенова // Антология российской психотерапии и психологии: Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Отечественная психотерапия и психология: становление, опыт и перспективы развития (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра психиатрии и неврологии им. В.М.Бехтерева)», Санкт-Петербург, 30–31 марта 2018 года. — Санкт-Петербург: Общероссийская общественная организация «Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига», 2018. — С. 107–109.
81. Радченко А.Ф. Психотерапия психосоматических заболеваний // Методы современной психотерапии: учебное пособие / сост. Л.М.Кроль, Е.А.Пуртова. — М., 2001. — С. 387–417.
82. Реан А.А. Психология среднего возраста, старения, смерти/ А.А.Реан. — Санкт-Петербург: Прайм-Еврознак, 2003.
83. Репина Т.А. Анализ теорий полоролевой социализации в современной западной психологии /Т.А.Репина // Вопросы психологии. — 1987. — № 4. — С. 34–49.

84. Рошин С. К. Социальная установка личности / С. К. Рошин, А. Л. Журавлев // Социальная психология: учебное пособие. — 2002. — С. 87–94.
85. Русинова Н. Л. Социальные особенности здоровья в Европе и России: влияние индивидуальных и контекстуальных факторов / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. — 2013. — № 3. — С. 16–32.
86. Сатир В. Как строить себя и свою семью / В. Сатир. — Москва: Педагогика-Пресс, 1992.
87. Слободчиков В. И. Основы психологической антропологии. Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе. Учебное пособие для вузов / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев. — Москва: Школьная Пресса, 2000.
88. Слободчиков В. И. Психология человека: введение в психологию субъективности: Учебное пособие для вузов / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев. — Москва: Школа-Пресс, 1995.
89. Фанч Ф. Преобразующие диалоги: Учебник по практическим техникам для содействия личностным изменениям // Ф. Фанч / Пер. с англ. — Киев: Д. А. Ивахненко, 1997.
90. Флотская Н. Ю. Психология половой идентичности: учеб. пособие / Н. Ю. Флотская. — Архангельск, 2009.
91. Франкл В. Человек в поисках смысла / В. Франкл. — Москва, 1990.
92. Холодцева Е. Л. Детерминанты личностной зрелости в позднем возрасте / Е. Л. Холодцева, А. Г. Портнова // Вестник Кемеровского государственного университета. — 2016. — № 2 (66). — С. 140–145.
93. Хоткина З. А. В России есть гендерное неравенство? Или так «природа заложила»? Объясняет эксперт ООН по гендерным вопросам [Электронный ресурс] — Режим доступа: <https://novayagazeta.ru/articles/2021/11/09/zhenshchinam-dostaiutsia-kroshki-piroga-a-deliat-ego-muzhchiny>.
94. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции / О. В. Хухлаева. — Москва: Академия, 2001.
95. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / О. В. Хухлаева. — Москва: Академия, 2002.
96. Чудновский В. Э. К проблеме адекватности смысла жизни / В. Э. Чудновский // Мир психологии. — 1992. — № 2. — С. 74–80.
97. Чудновский В. Э. Смысл жизни: некоторые итоги и перспективы исследования / В. Э. Чудновский // Психологический журнал. — 2015. — Т. 36. — № 1. — С. 5–19.
98. Шамсутдинова В. Ш. Почему старение населения приведет к усилению гендерного неравенства в Российской Федерации [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://ekonomika.snauka.ru/2018/06/16117>.
99. Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное / Н. Ф. Шахматов. — Москва: Медицина, 1996.

100. Шихирев П.Н. Современная социальная психология / П.Н.Шихирев. — Москва: Академический проект, 1999.
101. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи / Э.Г.Эйдемиллер, В.В.Юстицкий. — Санкт-Петербург: Питер, 1999.
102. Эриксон Э. Жизненный цикл: Эпигенез идентичности / Э.Эриксон // Теории личности в западноевропейской и американской психологии. Хрестоматия по психологии личности. — 1996.
103. Юревич А.В. Старость как междисциплинарная проблема / А.В.Юревич // Вестник Российской Академии наук. — 2019. — № 1. — С. 49–55.
104. Юсупов И.М. Возрастные изменения когнитивных функций у пожилых людей / И.М.Юсупов // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. — 2017. — № 2 (29). — С. 121–128.
105. Ялом И. Теория и практика групповой психотерапии / И.Ялом. — Санкт-Петербург: Питер, 2000.
106. Янак А.Л. «Нереализованные» бабушки и дедушки: прародительская ресурсность vs прародительская депривация / А.Л.Янак // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. — 2021. — № 1 (57). — С. 54–69.
107. Allport G.W. The Nature of Prejudice / G.W.Allport. — N.Y.: Harper. — 1954. — p. 297.
108. Baltes P.B. Further testing of limits of cognitive plasticity: Negative age differences in a mnemonic skill are robust / P.B.Baltes, R.Kliegl // *Developmental Psychology*. — 1992. — P. 121–125.
109. Bem S.L. Gender schema theory and its implications for child development/ S.L.Bem // *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. — 1983. — V. 8. — N. 4, P. 598–615.
110. Biddl B.J. Role Theory: Concepts and Research / B.J.Biddl, E.Thomas — Huntington, 1979.
111. Butler R. The life reviewed: an interpretation of reminiscence in the aged / R. Butler // *Psychiatry*. — 1963. — Vol. 26. — P. 65–76.
112. Dant T. Final report of care for elderly people at home; a research and Discovering Reality. Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy/ T.Dant, M.Carley, B.Gearing, M.Johnson // Eds. S.Harding. — 1983.
113. Harris P. Psychobiography: Fingerprints of a Lifetime / P.Harris, G.Corley // *Older people and Their Needs. A Multidisciplinary Perspective*. — 2001. — P. 123–133.
114. Hughes B. Older People and Community Care. Critical theory and practice / B.Hughes. — Open University Press, 2000. — P. 162.
115. Hummert M.L. Multiple Stereotypes of Elderly and Young Adults: A Comparison of Structure and evaluations. / M.L.Hummert // *Psychology of Aging*. — 1990. — Vol. 5. — P. 182–193.
116. Kemper S. «Elderspeak»: Speech accommodations to older adults. Aging and Cognition / S.Kemper. — 1994. — P. 17–28.
117. Levi L. Introduction: spice of life or kiss of death? / L.Levi // *Handbook of Stress, Medicine and Health*. — 1996. — P. 1–10.

118. Lippman W. *Public Opinion* / W.Lippman. — N.Y.: Sage, 1922.
119. Maccoby E.E. *The Psychology of Sex Differences*/ E.E.Maccoby, C.N.Jacklin. — Stanford, CA: Stanford University Press, 1974.
120. Naparstek B.R. *Staying well with guided imagery*. N.Y., Warner Bros., 1994.
121. Neugarten B.L. *Age groups in American society and the rise of young-old* / B.L.Neugarten // *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. — 1974. — P. 187–198.
122. Nosek B.A. *Math=Male, Me=Female, Therefore Math ≠Me* / B.A.Nosek, M.R.Banaji // *Personality and Social Psychology*. — 2002. — Vol. 83 (1). — P. 44–59.
123. Orlick T.G., McCaffrey N. *Feeling great*. Ottawa, 1995.
124. Palmore E.B. *Ageism: Negative and Positive*/ E.B.Palmore. — Springer Publishing Company. — 1999. — 269 p.
125. Payne S. *Каким образом системы здравоохранения могут содействовать достижению гендерной справедливости?* / S.Пауе. — Copenhagen: Всемирная орг. здравоохранения, Европейское региональное бюро, cop. 2009. — 50 p.
126. Peck R.C. *Psychological developments in the second half of life*. In B.L.Neugarten. *Middle age and aging*/ R.C.Peck. — Chicago: University of Chicago Press, 1968.
127. Perdue C.W. *Evidence for the automaticity of ageism* / C.W.Perdue, M.B.Gurtman // *Journal of Experimental Social Psychology*. — 1990. — P. 199–216.
128. Perlman D. *Towards a Social Psychology of Loneliness* / D.Perlman, L.Peplau, R.Gilmour, S.Duck // *Personal Relationships*. — London: Acad. Press, 1981.
129. Santrock J.W. *Life-span development* / J.W.Santrock. — Madison, Wisconsin, 1995.
130. Seligman M.E.P. *What you can change*. N.Y.: Fawcett Columbine, 1993.
131. Spiegel D. *Therapeutic support groups*. In B.Moyers (Eds.) *Healing and the mind*. N.Y.: Doubleday, 1993, 157–175.
132. Tajfel H. *Social Identity and Intergroup Relations*/ H.Tajfel. — Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1982.
133. Tajfel H. *Social stereotypes and social groups* / H.Tajfel, J.Turner, Y.Giles// *Intergroup Behaviour*. — 1981.
134. *The European health report 2002*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 ([http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020913\\_1](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20020913_1), accessed 18 June 2009).

Малкина-Пых Ирина Германовна,  
Лысенко Ирина Сергеевна

ГЕНДЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ КАК ОСНОВА ПОСТРОЕНИЯ  
СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

Монография

*Научное издание*

Адрес редакции:  
199178, Санкт-Петербург, 12-я линия В.О., д. 13 литера А, к. 507

ISBN 978-5-6046439-6-9

Отпечатано в ООО «Типография Экспресс-Реклама»  
196084, РФ, г. Санкт-Петербург, ул. Заставская, д. 5/1, литера А  
тел.: (812) 646-33-77

Цифровая печать: [www.express-promo.ru](http://www.express-promo.ru)

Офсетная печать: [www.er-print.ru](http://www.er-print.ru)

Формат 60 × 84 1/16. Бумага офсетная  
Печать цифровая. Усл. печ. л. 11,16. Тираж 500 экз. Заказ № 1-8633-1v