

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Олена Горецька

ГЕРОНТОПСИХОЛОГІЯ

*Навчальний посібник
для студентів спеціальності 053 Психологія*



УДК 159.922.63 (075.8)
Г68

Рецензенти:

Царькова Ольга Вікторівна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького;

Фролова Ольга Василівна – кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Бердянського державного педагогічного університету.

*Друкується за рішенням вченої ради
факультету психолого-педагогічної освіти та мистецтв
(протокол № 2 від 24 жовтня 2017 р.)*

Г 68 Геронтопсихологія : навчальний посібник для студентів спеціальності 053 Психологія / Олена Горецька. – Х. : Видавництво Іванченка І. С., 2017. – 210 с.

Навчальний посібник вміщує основний матеріал для опанування курсу «Геронтопсихологія» і включає матеріали лекційних і практичних занять, завдання для самостійної роботи з методичними рекомендаціями щодо їх опрацювання, тестові завдання за темами, питання для самоконтролю, список літератури.

У навчальному посібнику «Геронтопсихологія» висвітлюються актуальні проблеми психології людини похилого віку. Проаналізовано сучасний стан геронтопсихології в системі наук; визначено психофізіологічні особливості людей похилого віку; розглянуто соціально-психологічні проблеми осіб літнього віку, зміст та методи соціально-психологічної роботи з цією віковою категорією.

Навчальний посібник орієнтовано на студентів, які навчаються за спеціальністю 053 Психологія.

УДК 159.922.63 (075.8)

© Горецька О.В., 2017
© Видавець Іванченко І. С., 2017

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
ТЕМА: ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ГЕРОНТО-ПСИХОЛОГІЇ.....	8
Конспект лекції.....	8
Практичне заняття з теми «Геронтопсихологія як наука».....	47
Завдання до самостійної роботи.....	47
Тестовий контроль.....	49
ТЕМА: ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ТА ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ В ПЕРІОД СТАРОСТІ.....	52
Конспект лекції.....	52
Практичне заняття з теми «Психофізіологічні особливості та вікові особистісні зміни людей похилого віку».....	77
Завдання до самостійної роботи.....	77
Тестовий контроль.....	80
ТЕМА: СТАРІННЯ: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ...	82
Конспект лекції.....	82
Практичне заняття з теми «Соціально-психологічні особливості старіння».....	146
Завдання до самостійної роботи.....	147
Тестовий контроль.....	149
ТЕМА: СПЕЦИФІКА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІТНІМ ЛЮДЯМ.....	154
Конспект лекції.....	154
Практичне заняття з теми «Соціально-психологічна робота з особами похилого та старечого віку».....	199
Завдання до самостійної роботи.....	199
Тестовий контроль.....	201
ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ТА САМОПЕРЕВІРКИ.....	204
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	206

ВСТУП

Однією з соціально-демографічних тенденцій більшості розвинених країн є постійне зростання кількості людей похилого віку. Проблеми зі здоров'ям, почуття самотності, психологічна й соціальна невлаштованість людей «третього віку» знижують якість їх життя. І проблема не стільки у відсутності матеріальних благ, скільки в наявності проблем психологічного характеру: адаптації до старіння, зміни соціального статусу, виходу на пенсію, втрати близьких і друзів, відсутності життєвої перспективи. Хвороби, звуження кола спілкування і сфер діяльності – усе це призводить до зuboжіння життя літніх людей, втрати позитивних емоцій, усвідомлення самотності й непотрібності.

Старість – заключна епоха в житті людини, пов'язана з обмеженням життєдіяльності організму, зниженням адаптаційних можливостей, припиненням або обмеженням трудової діяльності, трансформацією ціннісних орієнтирів, способу життя та спілкування, а також виникненням різних ускладнень як у соціально-побутовій, так і в психологічній адаптації до нових умов життя.

Процес старіння впливає на зміни майже в усіх сферах існування людини, а найбільше у психічному аспекті. З'являються нові акценти в життєдіяльності людини похилого віку, а саме: орієнтація на минуле й теперішнє та небачення майбутнього, відсутність тривалої перспективи, сприйняття факту скінченності власного життя, підготовка до смерті, усвідомлення обов'язку передати життєвий досвід молодшому поколінню, суб'єктивне переживання значимих об'єктивних подій, «зацикленість» на певних діях чи процесах, тенденція «драматизувати» та гіперболізувати життєві події, критична переоцінка раніше прийнятих цінностей, активізація страху самотності та смерті, відсутність навичок позитивного мислення. Треба зазначити, що поведінка людини похилого віку визначається не стільки об'єктивними моментами ситуації, скільки формою і характером їх суб'єктивного сприйняття та переживання.

Створення особистого ставлення до власного існування – одне із завдань особистісного розвитку людини в пізньому віці. Якщо літня людина не відшукає нові терени для застосування своїх сил, то відбуватиметься поступове звуження кола життєвих інтересів, зосередження на внутрішньому світі, зниження здатності до спілкування, невдоволеність оточуючими та світом.

Усі ці психологічні особливості ставлення похилої людини до процесу старіння потребують створення оптимальних умов для кращої адаптації до вікових змін, сучасного життя, пошуку нових смислових акцентів у своїй життєдіяльності, формування нових стереотипів поведінки, прийняття себе та факту старіння, розкриття ресурсів для активного життя та збереження психічного здоров'я.

В арсеналі сучасної психотерапії існує небагато методів, розроблених спеціально для людей похилого віку. Усі засоби, які можуть бути успішно використані для цієї категорії людей, спрямовано на відновлення й активізацію тілесних, психічних і соціальних функцій, навичок і можливостей, а також на вирішення конкретних проблемних ситуацій, з якими літня людина не може впоратися самотійно.

Тому перед студентами – майбутніми психологами стоїть важливе завдання: навчитися визначати актуальні соціально-психологічні проблеми людей похилого віку, сформувати практичні навички надання соціально-психологічної допомоги літнім людям та оволодіти методами професійної психотерапевтичної роботи з цією категорією осіб.

Курс «Геронтопсихологія» спрямований і на формування у студентів шанобливого ставлення до людей похилого віку, адже це гарантує благополуччя окремої родини і стабільність суспільства в цілому.

Навчальний посібник «Геронтопсихологія» відображає основні аспекти вивчення дисципліни: має і теоретичний, і прикладний характер, сприяє формуванню у студентів цілісної системи знань і практичних умінь із геронтопсихології.

Мета та завдання навчальної дисципліни

Метою викладання навчальної дисципліни «Геронтопсихологія» є ознайомлення студентів із основними завданнями геронтопсихології як міждисциплінарної науки, уявленнями про феномен старіння; з особливостями психічного, особистісного та соціального розвитку людей похилого віку; забезпечення практичними навичками з основних напрямів надання соціально-психологічної допомоги людям похилого віку та оволодіння методами професійної психотерапевтичної роботи з літніми людьми.

Завданнями вивчення дисципліни «Геронтопсихологія» є:

- ознайомлення студентів зі змістом геронтопсихології як науки;
- засвоєння студентами інформації про історію розвитку та особливості становлення геронтології та геронтопсихології, їх місце в системі наукового знання;

- ознайомлення студентів із віковими та соціально-психологічними особливостями людей похилого віку;
- ознайомлення студентів із необхідними й обов'язковими вимогами психологічної роботи з людьми похилого віку;
- опанування навичок використання діагностичних і психокорекційних методів надання психологічної допомоги людям похилого віку;
- актуалізація та розвиток емоційно-ціннісного ставлення студентів до людей похилого віку, сталого інтересу до соціально-психологічних проблем старіння.

Основними компетентностями та результатами навчання згідно з вимогами освітньої програми є:

№	Компетентності	Результати навчання
1.	Володіння знаннями про предмет, завдання і методи геронтопсихології; про особливості психічного, особистісного, соціального розвитку людей похилого віку; основні методи роботи з літніми.	Продемонструвати розуміння основних закономірностей процесу старіння, соціально-психологічних проблем людини похилого віку, специфіки психологічної роботи з літніми людьми. Продемонструвати вміння визначати соціально-психологічні проблеми людей похилого віку та проектувати зміст і напрями психологічної допомоги літнім.
2.	Здатність користуватися основними методиками психодіагностичного дослідження психічного, особистісного, соціального розвитку людей похилого віку	Продемонструвати вміння застосовувати методики психодіагностики з метою визначення психічних, особистісних, соціальних особливостей людини похилого віку.
3.	Здатність встановлювати та підтримувати професійне спілкування з людьми похилого віку.	Продемонструвати вміння встановлювати та підтримувати професійне спілкування з людьми похилого віку з метою здійснення психологічної допомоги людині похилого віку та членам її родини в критичних життєвих ситуаціях.

Програма навчальної дисципліни

Змістовий модуль 1. Вступ до геронтопсихології

Тема 1. Предмет, завдання, методи геронтопсихології

Змістовий модуль 2. Соціально-психологічні особливості людей похилого віку

Тема 1. Особливості психофізіологічного й особистісного розвитку в період старості

Тема 2. Старіння: соціально-психологічний аспект

Змістовий модуль 3. Соціально-психологічна допомоги людям похилого віку

Тема 1. Специфіка соціально-психологічної допомоги літнім людям

ТЕМА. ПРЕДМЕТ, ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ГЕРОНТОПСИХОЛОГІЇ

Старіти невесело, але це єдиний відомий спосіб жити довго.

Ш. Сент-Бев

Навчальні цілі: ознайомити студентів зі змістом і завданнями курсу «Геронтопсихологія»; сформулювати поняття «геронтологія», «геронтопсихологія»; визначити основні етапи розвитку геронтопсихології як науки; охарактеризувати об'єкт, предмет та завдання геронтопсихології; проаналізувати сучасні наукові погляди на природу старіння; розрізняти поняття «старість» та «старіння», визначати специфіку видів старіння; знати загальні закономірності старіння й основні методи дослідження в геронтопсихології.

Конспект лекції

Предмет, завдання, методи геронтопсихології

План

1. Поняття про геронтологію. Об'єкт і предмет, завдання геронтопсихології. Місце геронтопсихології в системі наукового знання.
2. Історія розвитку геронтології та геронтопсихології як наук.
3. Основні поняття геронтопсихології.
4. Види та теорії старіння.
5. Напрями досліджень в геронтопсихології. Методи вивчення феномену старіння.

Література

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология: Учебник для студентов вузов / Г. С. Абрамова. – Изд. 2-е., исп. и доп. – М. : Академический проект, 2001. – 704 с.
2. Альперович В. Д. Проблемы старения: демография, психология, социология / В. Д. Альперович. – М. : ООО «Издательство Астель», 2004. – 352 с.
3. Бочелюк В. Й. Геронтопсихологія : навч. посіб. / В. Й. Бочелюк, О. А. Черепехіна. – К. : КНТ, 2014. – 436 с.
4. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – 3-тє вид. – К. : Каравела, 2012. – 344 с.
5. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології : Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013. – 264 с.

6. Долинська Л. В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.
7. Елютина М. Э. Социальная геронтология : Учеб. пособ. / М. Э. Елютина. – М. : ИНФРА-М, 2004. – 157 с.
8. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
9. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Изд. «Питер», 2001. – 992 с.
10. Краснова О. В. Социальная психология старости : Учеб. пособ. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : «Академия», 2002. – 288 с.
11. Кулагина И. Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека: Учеб. пособ. / И. Ю. Кулагина, В. Н. Кулюцкий. – М. : ТЦ «Сфера», 2001. – 464 с.
12. Кутіщенко В. П. Психологія розвитку та вікова психологія: Практикум: Навч. посіб. / В. П. Кутіщенко, С. О. Ставицька. – К. : Каравела, 2009. – 448 с.
13. Лазарева Л. П. Геронтология: Курс лекций / Л. П. Лазарева. – Хабаровск : Изд-во ДВГУПС, 2002. – 167 с.
14. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии / С. Г. Максимова. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 223 с.
15. Медведева Г. П. Введение в социальную геронтологию / Г. П. Медведева. – М. : НПО МОДЕК, 2000. – 96 с.
16. Психология старости и старения : Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – С. 3–64.
17. Психология старости: Хрестоматия / Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский дом БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.
18. Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития / Под ред. А. А. Реана. – СПб. : «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2005. – 416 с.
19. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
20. Холостова Е. И. Социальная геронтология / Е. И. Холостова, В. В. Егоров, А. В. Рубцов. – М. : Изд. дом «Дашков и К», 2004. – 295 с.
21. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость : Учеб. пособ. / О. В. Хухлаева. – М. : Изд. центр «Академия», 2006. – 208 с.
22. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : Учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

23. Фролькис В. В. Старение и увеличение продолжительности жизни / В. В. Фролькис. – Л. : Наука, 1988. – 239 с.

24. Эриксон Э. Восемь возрастов человека / Э. Эриксон // Детство и общество. – 2-е изд. / Пер. А. А. Алексеева. – СПб. : Речь, 2002. – С. 235–259.

1. Поняття про геронтологію. Об'єкт і предмет, завдання геронтопсихології. Місце геронтопсихології в системі наукового знання

Соціально-демографічна структура сучасного суспільства характеризується постійним збільшенням частки людей похилого віку. У зв'язку з цим виник підвищений інтерес до цього вікового етапу розвитку людини.

Проблема старості та старіння є об'єктом багатьох наук: біологічних, медичних, соціальних, психологічних тощо. У теоретичному сенсі розуміння сутності процесу старіння має самостійну цінність, оскільки без розуміння закономірностей розвитку на пізніх етапах онтогенезу неможливо повністю охопити цілісний процес розвитку особистості, тих змін, що відбуваються та їх динаміку.

Наука про старість бере початок з моменту виникнення медицини. Аналізуючи та узагальнюючи історичні аспекти розвитку геронтології, можна зробити висновок, що вона вивчає біологічні, медичні й соціальні аспекти старіння живого організму, а також способи уповільнення старіння з метою збільшення тривалості життя і збереження фізичної та соціальної активності особи.

Геронтологія (грец. *geron* – стара людина і *logos* – слово, вчення) – наука про старість та старіння, яка вивчає процеси старіння із загальнобіологічних позицій, а також досліджує вплив старіння на людину й суспільство.

Сучасна геронтологія, з одного боку, включає в теоретичний і практичний інструментарій методи й результати досліджень інших наук, а з іншого – розділяється на окремі галузі знань.

Основними розділами сучасної геронтології є:

1) *фундаментальна геронтологія*, що вивчає механізми старіння, займається питанням профілактики передчасного старіння і продовження життя;

2) *соціальна геронтологія*, яка вивчає взаємодію літніх людей і суспільства, співіснування їх в соціальному середовищі;

3) *геронтопсихологія*, що вивчає особливості психіки, поведінки, особистості людини похилого віку;

4) *геріатрія*, де вивчаються проблеми надання медичної допомоги літнім людям.

5) *геогігієна*, яка вивчає вплив умов життя на процес старіння людини та розробляє заходи, спрямовані на попередження патологічного старіння і створення умов, що забезпечують тривале дієздатне здорове життя літніх людей.

Головним завданням сучасної геронтології та геріатрії є профілактика передчасного старіння, спрямована на збереження здоров'я й активного довголіття людей похилого та старечого віку, а також вивчення особливостей старіння, пов'язаних із впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища.

Психологія і геронтологія почали переплітатися порівняно нещодавно, проте інтерес до проблем психологічних особливостей і змін при старінні існував давно. Геронтопсихологія як наука з'явилася тільки у другій половині ХХ століття. Засновником геронтопсихології вважається американський вчений Стенлі Холл, який опублікував в 1922 р. першу спеціальну працю, присвячену психологічному аналізу процесу старіння.

Зростання зацікавлення до геронтопсихології тісно пов'язане з помітним збільшенням осіб літнього віку в загальній структурі населення – так званим феноменом «постаріння населення», за якого частка пенсіонерів серед жителів окремих країн досягає 15%. Інший важливий чинник, що викликав у індустріально розвинених країнах значне загострення проблем життєвого облаштування літніх і старих людей, пов'язаний із різким скороченням чисельності сімей «багатьох поколінь» з одночасним зростанням родин, де постарілі батьки проживають окремо від своїх дітей і онуків, що призводить до зростання числа самотніх людей похилого віку, що потребують соціально-психологічної допомоги.

Геронтопсихологія – галузь психології, що вивчає особливості психічних процесів, поведінку й динаміку особистісних змін у осіб літнього і старечого віку.

Об'єкт геронтопсихології – психіка, поведінка, особистість людей пізнього періоду життя.

Предметом геронтопсихології є з'ясування психологічних аспектів старості та психологічної підготовки особистості до неї.

Геронтопсихологія вивчає особливості взаємозв'язку загального фізіологічного процесу старіння та психологічного стану людини в період похилого віку.

Метою геронтопсихології є продовження активної життєвої діяльності людини в процесі старіння.

У літературі останнього десятиліття синоніми до геронтопсихології вживаються терміни «психогеронтологія» і «психологія пізнього періоду життя».

Завдання геронтопсихології на сучасному етапі:

- теоретична систематизація наукових досліджень, яка б дозволила обґрунтувати феномен старіння у психологічному аспекті;
- визначення сутності та закономірностей процесу старіння і старості;
- визначення й аналіз психологічних проблем людей літнього і старечого віку;
- дослідження особливостей адаптації до нового періоду життя й розкриття можливостей людини в літньому віці;
- розробка методів і засобів діагностики та психологічної допомоги людям похилого віку, які дозволяють швидко адаптуватися до нових умов життя (вихід на пенсію, поява надлишку вільного часу, вимушена відмова від певних інтересів і звичок, необхідна перебудова взаємин із близькими (зокрема власними дітьми), смерть одного з подружжя й інших членів сім'ї, втрата друзів і близьких, зростання залежності від інших через послаблення фізичної сили, самотність, психічні захворювання тощо);
- пошук умов і засобів продовження повноцінного активного життя людини, відвертання раннього старіння, встановлення психологічних чинників довголіття;
- визначення соціально-психологічних, морально-етичних проблем безпомічних старих людей;
- навчання професіоналів, здатних розробляти й виконувати програми соціально-психологічної допомоги населенню літнього та старечого віку.

Сучасна геронтопсихологія пов'язана з багатьма науками. Насамперед, безумовно з *геронтологією*. На сьогодні підвищений інтерес до глибокого усвідомлення процесу старіння й осмислення його наслідків для політичних, економічних, соціальних, правових структур інститутів суспільства підвищив увагу до розвитку геронтології. Сучасні геронтологи зацікавлені насамперед у з'ясуванні впливу старшого покоління на соціальні структури, зокрема на систему охорони здоров'я. Збільшення кількості осіб похилого та старечого віку швидкими темпами призведе до соціальних і політичних наслідків у пенсійному фонді, при наданні соціальних послуг, у разі необхідності розширення мережі різних видів будинків для людей похилого віку.

Прогресуюче старіння населення в економічно розвинених країнах обумовило розвиток *клінічної геронтології та гериатрії*. Із віком неухильно

зростає кількість випадків різних захворювань (атеросклероз, ішемічна хвороба серця й мозку, гіпертонічна хвороба, рак, цукровий діабет, паркінсонізм тощо). *Мультиморбідність* – одна з особливостей патології в людей похилого й особливо старечого віку, яка виявляється в наявності кількох хвороб, часто різної генези. Ці хвороби безсимтомні або слабо виражені, однак це вже свідчить про суттєвий зв'язок між старінням і патологією, про необхідність розглядати ці основні захворювання як вікову патологію. Із цієї точки зору велике значення мають клінічні дослідження геронтологів, спрямовані на визначення вікових передумов розвитку патології старіючого організму, можливості її прогнозування, розробку спеціальних засобів впливу на старіючий організм. Найбільш надійним і універсальним засобом попередження вікової патології може стати вплив на процеси старіння. У цьому сенсі велика увага приділяється розробці геріатричних препаратів, здатних нормалізувати обмінні процеси, підвищити адаптаційні можливості організму.

Дуже тісним є зв'язок геронтопсихології з *віковою психологією*, спрямованою на виявлення вікових особливостей і динаміку процесу психічного розвитку особистості протягом усього життя. Вікова психологія дає характеристики кожного періоду життя людини, розкриває його специфічні та взаємопов'язані з іншими періодами особливості психіки й формування особистості, вікових та індивідуальних особливостей діяльності та спілкування.

У галузі *соціальної геронтології* проводяться дослідження ролі способу життя, праці, харчування в старінні людини. Важливими соціальними проблемами є збереження працездатності робітників похилого віку, їх професійна перепрофілізація, підготовка до виходу на пенсію, освіта. Особлива увага приділяється аналізу потреби людей похилого віку у різних видах медико-соціальної і побутової допомоги й у розробці нових форм і методів її організації.

Також геронтопсихологія пов'язана із психогенетикою, нейропсихологією, патопсихологією, девіантологією, соціальною психологією, психологією особистості, психологічним консультуванням, психокорекцією й іншими галузями психології.

2. Історія розвитку геронтології та геронтопсихології як наук

Феномен старіння здавна цікавив людей. Міфи й легенди про вічну молодість, довголіття й безсмертя супроводжували людство протягом усієї історії. Із впевненістю можна сказати, що вчення про старість бере свій початок від виникнення медицини.

Слід зазначити, що уже в 460–377 роках до н.е. в працях Гіппократа та його школи вже існували описи ознак старіння та хвороб у старих людей. Гіппократ навчав учнів, що лікар повинен лікувати не хворобу, а хворого з огляду на його індивідуальні особливості й навколишнє середовище. Також Гіппократ та лікарі його школи пов'язували старіння з особливостями темпераменту та порами року. Так, згідної з ідеєю Гіппократа щодо співвідношення речовин в організмі людини флегматики особливо схильні до хвороб старості. Він підкреслював, що люди з «холодним» темпераментом старіють швидше. Для холериків, навпаки – старечий вік – найбільш здоровий період життя. Також було зроблено висновок, що старші люди почуваються краще в літку й на початку осені.

До специфічних симптомів старості Гіппократ відносив сечокам'яну хворобу, катаракту, зниження слуху, хвороби суглобів (в тому числі подагру), безсоння та тощо. У Давній Греції вперше була розроблена схема гігієнічного режиму для старих людей. У її основу було покладено принцип «все в міру» – зменшення кількості вживання їжі, збереження звичних навичок і поступове припинення активності трудової діяльності, велика кількість рухів, а ще – баня, спеціальний масаж з травами, маслами для тіла і суглобів. Крім того, для лікування використовувалися фізична гімнастика, масаж, ароматерапія, фітотерапія.

Школа Гіппократа вперше розмежувала хронологічний вік людини:

- дитинство – до 14 років;
- зрілість – від 15 до 42 років;
- старість – від 43 до 63 р.;
- довголіття – від 64 і старше.

Завдяки зусиллям Гіппократа була побудована лікарня, де не тільки лікували хворих, а й викладали основи лікарського мистецтва.

Найбільшим теоретиком античної медицини після Гіппократа та незаперечним авторитетом аж до епохи Відродження вважався давньоримський лікар і натураліст Клавдій Гален, який вивчав старіння і старість як рівновагу між елементарними властивостями: теплом, холодом, вологістю, сухістю та вважав, що сутністю життя є рівновага між цими якостями. Відомо, що з віком змінюються ці якості у людини. Втрата тепла, вологості тканин, зростання сухості людського тіла – усі ці явища Гален назвав поняттям «дискразія». Він відводив головну роль профілактиці старості через дотримання дієт, правил особистої гігієни, масажів, активного способу життя. Припинення рухливого способу життя для старих людей розцінювалась як катастрофа з важкими наслідками. Також Гален вперше звернув увагу на самотність як на одну

із основних причин старіння. Він вважав, що стара людина повинна жити в колі своєї родини, а родичі мають приділяти увагу та виявляти турботу про літнього члена сім'ї. Також слід зазначити, що саме Клавдій Гален започаткував новий напрям у медицині – *герокомію*, тобто вчення про старість.

На рубежі XIII–XIV століть (в епоху Середньовіччя) значний внесок у розвиток **герокомії** (напряму у медицині як вчення про старість) – зробив італійський лікар Арнольд з Вілланова, який, захоплюючись алхімією, вбачав у ній засіб для виготовлення цілющих ліків. Він уперше провів експериментальні розробки засобів продовження життя й боротьби зі старістю. На початку XIV ст. ним було написано трактат «Салермські правила про здоров'я», де було описано правила режиму для літніх людей. На його думку, для досягнення довголіття необхідно дотримуватися режиму в активному віці, а також вести – поміркований спосіб життя, мати радісний настрій, багато відпочивати.

Представник арабської медицини Авіценна (Ібн Сіна) був найвідомішим лікарем Середньовіччя. Він зробив значний внесок у різні галузі теорії і практики медицини: анатомію, фізіологію, хірургію, діагностику, терапію, фармакологію тощо. Літнім людям Авіценна пропонував вживати молочно-рослинну їжу, небагато червоного вина, а також рекомендував прогулянки, масаж, верхову їзду й застосування проносних засобів.

Спеціальний трактат про старість «*Vetularius*» («Старий») написав професор Празького університету С. Альбікус (1343–1427), де радив для продовження життя помірність у харчуванні, дотримання певного режиму в праці й побуті; радив більше рухатись, не сумувати, намагатися підтримувати бадьорий настрій.

Перша друкована монографія з геріатрії була опублікована в 1489 р. професором Болонського (пізніше Падуанського університету) Г. Зербі (1445–1505). Свою працю під назвою «Геронтокомія» він написав за пропозицією папи Інокентія VIII. Для продовження життя Г. Зербі радив обов'язково виконувати правила особистої гігієни, широко використовувати теплі водні процедури, особливо для нижніх кінцівок, прогулянки на свіжому повітрі після їжі, загальний масаж, молоко жіноче, овече або молоко ослиці.

У XV–XVI ст. в Європі почалася епоха техніко-економічного прогресу, який супроводжувався бурхливим розвитком фізики, хімії, математики, формуванням раціонального наукового світогляду й революційними перетвореннями в галузі суспільних відносин. Значно збільшилися знання в галузі біології, у тому числі таких розділів, як анатомія і фізіологія, що відіграють важливе значення для розуміння

феномену старіння. Саме біологічні й фізіологічні процеси стали причиною того, що в знаннях про старіння сформувалося розуміння того, що для пізнання феномена старіння й вирішення проблем продовження життя необхідно чимало нових наукових даних, прогрес природничих наук має призвести до уповільнення процесу старіння, значного збільшення тривалості життя. Таким чином, можна стверджувати, що з ті часи утворився методологічний базис геронтології, відбувався перехід від напівфантастичних і релігійно-містичних уявлень до реалістичних, розпочалося накопичення спостережень та експериментальних фактів, значно збільшився обсяг кількісних даних, для обробки яких стали застосовуватися статистичні методи. І хоча в цілому рівень розвитку науки й техніки того часу не дозволяв здійснити реалізацію нових, науково обґрунтованих методів продовження життя, проте їх розробка в наступні історичні періоди багато в чому була підготовлена саме філософськими й методологічними роботами вчених того часу.

З іменем англійського філософа і вченого XVI ст. Френсиса Бекона пов'язаний новий напрям розвитку геронтології як науки. У своїй фундаментальній класифікації наук Ф. Бекон розділив їх на дві групи: науки про природу і людину. Він спеціально виділив науку про збільшення тривалості людського життя. Ф. Бекон був впевнений, що найбільше значення на процес старіння мають шкідливі звички.

У XVIII ст. І. Б. Фішер, який очолював міністерство охорони здоров'я Російської імперії, видає книгу «Про старість, її ступені та хвороби» (1754 р.), де звертає увагу на важливість впливу екології та шкідливих звичок на конституціональні особливості та психічний стан людини. Так, на думку І. Фішера, у профілактиці хвороб слід дотримуватися дієти, режиму харчування, загартовування з використанням природних факторів.

Перша наукова ґрунтовна праця про продовження людського життя належить відомому німецькому клініцисту Кристофу Гуфеланду. Його книга «Уміння продовжити життя людини, або Макробіотика» (1796–1797 рр.) була перекладена всіма європейськими мовами й багато разів перевидавалася. Із виходом цієї книги починається новий період розвитку вчення про старість. У Росії ця книга перевидавалась 5 разів. За Гуфеландом, *макробіотика* – це окрема галузь медицини, схожа на гігієну, яка відрізняється тим, що гігієна ставить перед собою мету збереження здоров'я людини, а макробіотика займається проблемами продовження тривалості життя. К. Гуфеланд – автор першої книги «Про продовження людського життя. Як досягти здорової і веселої старості» (1801 р.) Водночас автор починає здійснювати контроль над клінічним

розвитком, симптоматикою і хворобами літніх людей через аутопсію померлих.

У XIX ст. в Німеччині, Англії та Франції основою досліджень у галузі науки про старіння стають клінічні спостереження. У Парижі відкриваються перші геронтологічні центри. У 1867 році виходить праця Ж. Шарко «Лекції о порушеннях людей похилого віку та їх хронічних захворюваннях», де автор підкреслює значення спеціального вивчення захворювань літніх і необхідність організації спеціальних закладів для їх лікування.

Значно пізніше спеціалізовані медичні установи для літніх людей з'явилися в США. Американський лікар Ігнац Нашер вважав, що старість – це хвороба, перед якою медицина безсила. У 1904 р. він запропонував науку про хвороби похилого і старечого віку називати *геріатрією* за аналогією до педіатрії (наука про хвороби дитячого віку). До того цей розділ називався герокомією (опіка над старими).

Під керівництвом І. Нашера у 1912 р. в Нью-Йорку було створено перше наукове товариство геріатрів. У 1914 р. з його ініціативи був виданий перший посібник із геронтології та геріатрії для студентів-медиків і лікарів. Також І. Нашер обґрунтовує необхідність створення спеціалізованих медичних закладів для лікування людей похилого віку. Тому за короткий період у США виникають великі центри та клініки, де широко вивчаються проблеми геронтології та геріатрії, а також соціально-психологічні проблеми старості.

На початку XIX ст. побачила світ книга П. Енгальчева «Про продовження людського життя», де як найбільш суттєвими передумовами довголіття було названо профілактику хвороб, загартовування й дотримання режиму харчування; для продовження життя людям старшого віку радилося не змінювати давніх звичок і навичок, вживати в помірній кількості лише просту, негостру їжу, якомога більше бути на свіжому повітрі, зберігати добрий настрій, не турбувати себе думками про майбутнє, не звертатися до лікарів і не зловживати ліками (якщо це було можливо).

У XIX ст. на розвиток геронтології в Росії вплинули ідеї С. П. Боткіна та І. І. Мечникова. Перший зазначав, що ознаки старіння в різних людей розвиваються не одночасно, а з різною динамікою. Він розмежовував фізіологічне і патологічне старіння. У свою чергу, І. І. Мечников вважав, старість хворобою, яку потрібно лікувати, а смерть раніше 150 років – насильницька. Відповідно до цієї теорії для омолодження і збільшення тривалості життя учений пропонував вживати кисломолочні продукти, які пригнічують діяльність гнилісних бактерій.

Багато його ідей щодо профілактики старіння і боротьби за довголіття зберегли свою значимість і в наш час.

У 1922 р. виходить монографія «Старіння», присвячена психологічному аналізу процесу старіння й висвітлює психологічні проблеми старості, Стенлі Холла, якому на той час було 78 років.

Перший спеціальний інститут з вивчення старіння й боротьби за продовження життя було організовано професором психіатрії Одеського університету А. Д. Коцовським у Кишиневі в 1935 р. А. Д. Коцовський з сином видавали міжнародний журнал з питань геронтології і геріатрії. Продовжував їхню роботу професор К. Пархон у Бухаресті, де він пізніше організував інститут геріатрії (1948 р.). К. Пархон разом зі своєю ученицею А. Аслан запропонував застосовувати ін'єкції новокаїну як неспецифічного стимулятора адаптаційних здатностей організму. Після смерті К. Пархона вона очолила цей інститут і значно розширила застосування новокаїнотерапії.

Засновником радянської геронтології вважають О. О. Богомольця. У 1938 р. з його ініціативи в Києві відбулася перша у світі наукова конференція, присвячена проблемам старості та профілактики передчасного старіння, де одним із важливих наукових напрямів стало обговорення гіпотези щодо максимального продовження людського життя – до 150 років і більше.

Велике значення у вивченні змін обміну при старінні мають роботи харківської школи онтофізіологів. Її засновник О. В. Нагарний видав українською мовою першу монографію з експериментальної геронтології «Проблема старіння та смерті (матеріали до вікової фізіології)» (1935 р.), де він розглядає старіння як наслідок затухаючого самооновлення цитоплазми. Не менш важливим етапом у розвитку вікової фізіології та геронтології є наукова спадщина професора В. М. Нікітіна, що знаменує новий етап у розвитку харківської школи онтофізіологів. В. М. Нікітін вперше висунув ідею, що в основі старіння лежить зміна структури та функції геному клітини, що пов'язано зі структуризацією хроматину, зміною зв'язку між білками й нуклеїновими кислотами. Саме ці зрушення лежать в основі прогресуючого загасання самооновлення протоплазми. В. М. Нікітиним розроблена концепція ендокринної формули віку, котра є не менш важливою в процесі старіння організму. Також актуальне значення мають дослідження В. М. Нікітіна і його учнів з експериментального продовження життя.

У 1950 р. з ініціативи В. О. Коренчевського утворена Міжнародна асоціація геронтологів (МАГ), яка провела перший конгрес у Льєжі

(Бельгія). На ньому були представники 14 країн. IX конгрес МАГ відбувся у Києві в 1972 р., де були присутні близько 3000 учасників із 45 країн, на якому президентом МАГ на наступні 4 роки було обрано директора Інституту геронтології АМН СРСР академіка АН СРСР Д. Р. Чеботарьова. XIV конгрес МАГ проходив у Мехіко в 1989 р.

З другої половини ХХ ст. в багатьох країнах Європи і США створюються інститути геронтології. У 1957 р. в Базелі професор Ф. Верцар почав видавати журнал «Геронтологія», а роком пізніше на власні кошти організував Інститут експериментальної геронтології.

Важливий внесок у розвиток проблем геронтології і активного довголіття зробили З. Г. Френкель, В. І. Нікітін, І. А. Аршавський, І. В. Давидовський, А. В. Нагорний, М. С. Мільман, В. В. Алпатов та інші, які почали створювати геронтологічні школи в Ленінграді, Києві, Москві, Тбілісі та інших великих містах.

У 1963 р. в Радянському Союзі було засновано Всесоюзне науково-медичне товариство геронтологів і геріатрів, яке за три роки увійшло до Міжнародної асоціації геронтологів. Провідними напрямками цієї науки тоді були експериментально-біологічний, клініко-фізіологічний, соціально-гігієнічний. Їх подальша розробка призвела до виникнення нової галузі науки – соціальної геронтології, яка вийшла за межі вузьких академічних досліджень і отримала статус самостійної навчальної дисципліни.

Досягнення радянських геронтологів високо цінувалися в науковому середовищі й отримали заслужене визнання за кордоном. Великими центрами з вивчення проблем старіння є Національний інститут старіння США (утворений у 1974 р.) і Токійський інститут геронтології (утворений у 1972 р.).

У 1958 р. в Києві був створений перший у СРСР Інститут геронтології та геріатрії Академії Медичних Наук (АМН) СРСР, де керівниками кафедри геронтології працювали видатні вчені В. В. Фролькіс, О. В. Коркушко, А. В. Токар та інші. Цей інститут став провідним геронтологічним центром СРСР, що повністю спеціалізувався на фундаментальних проблемах старіння. У 1958–1961 рр. Інститутом керував учень О. О. Богомольця, відомий патофізіолог, академік АМН СРСР Микола Горєв. В 1961 Інститут очолив академік АМН СРСР Дмитро Чеботарьов – клініцист широкого профілю, послідовник М. Л. Стражеска та В. М. Іванова. У 1988 р. Інститут очолив доктор медичних наук, професор, член-кореспондент АМН України В. В. Безруков. Нині Інститут геронтології Національної академії медичних наук України носить ім'я Д. Ф. Чеботарьова.

Аналізуючи та узагальнюючі історичні аспекти розвитку геронтології, можна зробити висновок, що **геронтологія** – це наука, що вивчає біологічні, медичні і соціальні аспекти старіння, а також способи уповільнення старіння з метою збільшення тривалості життя і збереження його фізичної та соціальної активності. **Геріатрія** вивчає особливості перебігу захворювань та їх лікування старіючого організму.

Організація Об'єднаних Націй оголосила 1982 р. роком старих людей і провела у Відні спеціальне засідання Генеральної Асамблеї, присвячене соціальним проблемам населення похилого і старечого віку.

Починаючи з 1991 р., з ініціативи ООН 1 жовтня оголошено Днем людей похилого віку. Це зроблено з метою привернути увагу світової громадськості, урядових і неурядових організацій до проблем старіння і стимулювання політики, спрямованої на створення гарантій соціального й економічного забезпечення людей похилого віку, а також надання їм можливості брати активну участь у житті суспільства.

3. Основні поняття геронтопсихології

Питання про сутність процесу старіння: нормальне чи патологічне це явище, дискутується давно. Так, психофізіолог Клавдій Гален був переконаний, що старість – це не хвороба, а особливий стан організму і в той же час це не здоров'я, характерне для молодості. Римський філософ Теренцій Публій вперше висловив думку, що «старість є хвороба», а Сенека підкреслив, що старість – «невиліковна хвороба». Він розміщував старість на півдорозі між хворобою і здоров'ям. Френсис Бекон вважав, що старість являє собою хворобу і її треба лікувати.

Були й інші точки зору, згідно з якими пізній вік розглядають з точки зору певного набуття. Так, Конфуцій позначає пізній вік (60-70 років) як бажаний, коли людина досягає заспокоєння плоті та знаходить мудрість. Найактивнішим захисником старечого віку був римський політик і філософ Марк Тулій Цицерон, якій послідовно доводив, що літні та старі люди здатні до політичної та літературної діяльності, виховання молоді, землеробства. Людина в старості володіє таким скарбом, як накопичений досвід. Як приклад, Мікеланджело Б. і Тиціан В. у 80-річному віці писали чудові картини; І. Кант, А. Шопенгауер, І. Ньютон, Г. Спенсер, у похилому віці створювали свої наукові системи.

Давидовський І. В. вважав, що старість може бути ранньою або пізньою виключно з біологічних причин, але, як правило, завжди своєчасною, і тільки смерть завжди завчасна.

Геронтопсихологія оперує такими основними поняттями як вік, старість, старіння, психічний розвиток.

Вік – відносно замкнутий цикл розвитку людини, який має певну структуру та динаміку; етап розвитку людини, що характеризується специфічними для неї закономірностями формування організму й особистості та відносно стійкими психофізіологічними особливостями.

Біологічний вік (генетичний, функціональний, фізіологічний вік) – вік, який характеризує певні патерни індивідуального розвитку людини; вказує на відповідність стану організму та його функціональних систем певному моменту життя людини.

Вік психологічний (суб'єктивно прожитий вік) – вік, який позначає певний, якісно своєрідний щабель онтогенетичного розвитку, що зумовлюється закономірностями формування організму, умовами життя, навчання й виховання та має конкретне історичне походження (дитинство). Психологічний вік вказує на рівень адаптованості людини до вимог навколишнього світу, характеризує розвиток її інтелекту, здатність до навчання, рухові навички, а також такі суб'єктивні фактори: ідентичність, життєвий план, переживання, установки, мотиви, сенси тощо.

Вік соціальний (громадянський вік) – вік, який починає функціонувати відповідно до біологічного віку (у різних культурах визначають час для початку шкільного навчання, одруження, народження дітей, пенсії тощо). Він характеризується за ступенем відповідності статусу людини чинним у певній культурі нормам, з очікуваннями та вимогами суспільства стосовно соціальної ролі індивіда, його статусу в певному віковому періоді.

Вік хронологічний (паспортний) – вік, який виражається у кількості років (місяців, днів), прожитих індивідом з моменту народження.

Вік пенсійний – вік громадянина, встановлений державою, досягнувши якого, він може претендувати на отримання пенсії по старості; його межі встановлюються державою. При його визначенні за основу беруть хронологічний вік – кількість прожитих років.

Необхідно чітко розрізняти поняття «старіння» і «старість».

Старість – закономірно наступаючий заключний період вікового індивідуального розвитку.

Старіння – це природний процес згасання життєвих функцій, зниження пристосованих можливостей організму. Старіння являє незворотні зміни структур і функцій живої системи. Старіння – це насамперед функція часу, який не можна зупинити.

Процес старіння, результат якого – старість, є не генетично запрограмованим, є генетично детермінованим процесом. Тобто генетично запрограмоване не саме старіння, а тип обміну речовин, від

якого залежить темп змін, руйнування організму. У одних таке руйнування відбувається швидше, у інших – повільніше. Також настання старості не є однозначно вираженою й легко фіксованою подією. Насамперед старіння є плавним і тривалим процесом, а старість як його результат настає не одразу. Крім того, не існує точної межі, яка відокремлює старість від попереднього вікового етапу. У часі спостерігається нерівномірність у старінні окремих людей та груп. Не співпадають навіть різні види старіння однієї особи (біологічне, соціальне, психологічне), але вони взаємопов'язані, бо настання одного активізує інший вид. Хоча можливий і зворотній вплив: спрямована на майбутнє особа похилого віку, яка прагне до пізнання та самовдосконалення, намагається не помічати негаразди, фізично почувається краще. Тобто «психологічна молодість» особи гальмує старіння людини в цілому. Поширеною є теза, що душа не старіє, в'яне лише тіло.

З точки зору культурно-історичного розвитку людства старість – один із наймолодших періодів. Адже давні люди старості не мали. Раніше в суспільстві не було місця тим, хто через фізичну слабкість переставав бути повноцінним учасником здобуття засобів для життя. Історики й етнографи зазначають, що перші старі люди з'явилися з початком використання вогню, коли вони отримали функції його охоронців.

Учені різних спеціальностей (антропологи, геронтологи, психологи) мають різні точки зору на періодизацію людського життя та віковій відлік старіння, але більшість емпірично вибирають вік 60-65 років як початок старості. Як ілюстрацію можна навести кілька точок зору. Б. Пржигода: старіння – від 60 до 75 років, старечий вік – від 75 до 100 років. Е. Б. Харлок: старість або старіння – від 60 років до смерті. Дж. Биррен: пізня зрілість – 50-75 років, старість – від 75 років. Д. Б. Бромлей визначив цикл старіння, який має три стадії: видалення від справ (65-70 років); старість (70 років і більше); старечість, хвороблива старість і смерть (110 років). Один із основоположників російської геронтології І. В. Давидовський вважав, що жодних календарних дат настання старості не існує. Інший відомий геронтолог Н. Ф. Шахматов, який розробляв підхід до проблем старіння з позиції біологічних закономірностей і тенденцій, розглядав психічне старіння як результат віково-деструктивних змін у вищих відділах центральної нервової системи. Він прагнув довести, що хоча процес старіння – закономірний процес вікових змін в органах і системах в онтогенезі, що призводить до старості, однак він має яскраво виражений індивідуальний характер. Місце й час виникнення, переважно

поширення, швидкість прогресування визначають різні форми або варіанти психічного старіння так само, як і тривалість життя. Тому навіть із біологічної точки зору важко виділити певну дату настання старості.

Термін «старіючі», пропонується Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), вказує на поступовість і неперервність процесу. Відповідно до класифікації Європейського регіонального бюро ВООЗ:

- старіння триває у чоловіків з 61 до 74 років, у жінок – з 55 до 74 років;
- похилий вік – із 75 років;
- старше 90 років – довгожителство (старезність).

Інші соціально-економічні показники «порогу», переходу до старшого віку – це зміна основного джерела доходу, соціального статусу, звуження кола соціальних ролей. Досить істотним є розрізнення так званої «молодої старості», «третього» віку (зазвичай до 75 років) і «старої старості», «четвертого» віку (після 75 років). Розрізнення засноване на застосуванні функціонального критерію – можливості для старої людини вести активне й незалежне життя або ж мати потребу в сторонньому догляді.

Соціальний критерій переходу до старості часто пов'язують із офіційним віком виходу на пенсію. Проте в різних країнах для різних професійних груп для чоловіків і жінок пенсійний вік неоднаковий (переважно від 55 до 65 років).

Психологічні критерії завершення, вичерпання періоду зрілості й переходу до старості чітко не сформульовані. Розв'язання цього питання багато в чому пов'язане з дискусією з приводу специфічних життєвих завдань цього періоду й сутності кризи переходу до пізньої дорослості та старості. Очевидно, що всередині періоду пізньої дорослості (старості) повинні бути виділені окремі стадії психічного розвитку.

Загальні закономірності старіння

Розвиток – це процес кількісних та якісних змін.

Розвиток людини протікає у трьох напрямках:

а) *фізичному*, якій передбачає певні кількісні та якісні зміни на основі біологічних процесів (динаміка росту й ваги, зміна структури мозку, сенсорні можливості та моторні навички тощо);

б) *психічному*, якій характеризується процесами змін і становлення психіки людини (зміни, що відбуваються у сприйманні, пам'яті, мисленні, уяві, мовленні, Я-концепції, емоціях і почуттях тощо);

в) *соціальному*, якій виявляється в оволодінні людиною соціальним досвідом (формування соціальних навичок і моделей поведінки).

Психічний розвиток – це закономірні зміни психіки в часі, які виявляються в кількісних, якісних і структурних перетвореннях.

Рушійними силами психічного розвитку є протиріччя як наслідок суперечливих зовнішніх впливів або власного життєвого досвіду людини.

Розвиток особистості на основі передбачення внутрішніх протиріч психологи Л. І. Анциферова, Г. С. Костюк, С. Д. Максименко та інші розглядають як саморозвиток. Прикладами протиріч можуть бути співвідношення потреб і можливостей їх задоволення; ставлення до мети діяльності та до самого процесу її здійснення або готовність до самостійної відповідальної діяльності й залежність поведінки від безпосередньої потреби (або емоції), яка виникає в цей час. Протиріччя є рушійною силою, якщо особистість усвідомлює її актуальність, що викликає переживання незадоволення, бажання усунути й позбутися її. Прикладом внутрішнього протиріччя може бути розбіжність у ставленні до себе й усвідомлення певних якостей власної особистості. За наявності критичної самооцінки виникає бажання позбутися негативних рис, які призвели (або можуть призвести) до певного вчинку.

Цілісну систему детермінант психічного розвитку можна подати таким чином:

1. Об'єктивні умови та передумови розвитку:

- макросоціальні (рівень економічного та культурного розвитку суспільства, система освіти, рівень соціального піклування про людину, національні традиції);

- мікросоціальні умови (процеси в малих групах (сім'ї), характер спілкування в них, взаємодія, цінності, які культивуються в цій групі);

- психосоматичні: генотип, особливості пренатального (до народження) і постнатального (після народження) розвитку людини, стан здоров'я.

2. Суб'єктивні чинники – це детермінанти, які хоч і перебувають під впливом, однак залежні від перших і складають внутрішню логіку розвитку (саморозвитку):

- особливості спонукальної сфери;

- особливості свідомості та самосвідомості;

- активність людини (поведінка, діяльність, спілкування, пізнання, самопізнання).

Закономірності – це стійкі повторювані об'єктивно існуючі суттєві зв'язки в певному явищі.

Старіння пов'язане зі змінами, що стаються на всіх рівнях організації життєвої матерії. Закономірні вікові зміни організму називають *гомеорезом*, який прогнозує темпи старіння: природний, прихований чи повільний.

Існує дві традиційні точки зору на причини розвитку старіння:

старіння – генетично запрограмований процес, результат закономірної реалізації програми, закладеної в генетичному апараті;

старіння – результат руйнування організму, викликаний різними факторами, дія яких повторюється й накопичується протягом усього життя.

Б. Стрелер характеризує процес старіння чотирма рисами: універсальністю, поступовістю, ендогенністю й руйнівністю. Відомий геронтолог В. В. Фролькіс писав, що кожна людина легко може визначити відмінність між молодим і старим, але ніхто не може дати вичерпну наукову характеристику суті старіння й механізмів його розвитку.

Згідно з сучасним науковими уявленням старіння розглядають як процес руйнування живої системи продуктами, що виникають у процесі нормального метаболізму, який зумовлює зміни в регуляторних системах, зниження адаптаційних здатностей організму, формування вікової патології та підвищення вірогідності смерті. Найбільш поширеними механізмами старіння вважають утворення поперечних зв'язків у білкових молекулах (Ю. Бйоркстен), вплив вільних радикалів (Д. Харман, М. М. Емануель), зміни в регуляторних системах (В. В. Фролькіс, В. М. Дільман). На противагу старінню мобілізуються адаптаційно-регуляторні механізми, спрямовані на збереження життєдіяльності організму («антистаріння» – Р. Катлер; «вітаукт» – В. В. Фролькіс). А. Комфорт підкреслював, що жодна з висунутих гіпотез не в змозі пояснити старіння.

Закономірності психічного розвитку в старості

У геронтогенезі діють закономірності психічного розвитку, властиві протягом всього життя, та особливе значення має гетерохронність, похідними від якої є закони специфічності та різноманітності.

Гетерохронність полягає в різночасності, асинхронності, розбіжності фаз розвитку окремих органів і функцій у внутрішній суперечливості соматичного, статевого і нервово-психічного розвитку людини. У період старіння гетерохронність виконує компенсаторну роль, сприяючи збереженості одних функцій за рахунок інших; довше зберігаються життєво важливі функції, які постійно використовуються та тренуються.

Закон специфічності («почерку» старіння) виявляється в тому, який напрям мають криві вікових змін, який вони мають вигляд (відмінності у темпі і якості протікання певних функцій).

Закон різноманітності полягає у тому, що показники стану певних функцій, процесів чи властивостей під час старіння в осіб похилого та старечого віку дуже відрізняються, що не притаманне попереднім віковим етапам. Цей закон відображає явища зростання індивідуалізації різних осіб у період старіння.

Для вікового психічного розвитку характерна *незворотність*, тобто розвиток відбувається у напрямку від минулого до майбутнього. Не можна об'єктивно повернути себе в попередній вік (за винятком випадків уявного повернення в минуле, наприклад, під впливом гіпнозу чи інших психотерапевтичних процедур).

Важливою у похилому віці є і така закономірність, як *кумулятивність психічного розвитку*, коли результат розвитку кожної попередньої стадії включається в наступну, трансформуючись певним чином. Таке накопичення змін готує якісні перетворення психічного розвитку.

Пластичність і компенсація розвитку психіки – психологічний механізм заміщення порушених психічних структур шляхом використання збережених або перебудови частково порушених. Це означає, що поступове ослаблення чи навіть втрата окремих психологічних здібностей компенсується формуванням і розвитком нових. Так, старі фахівці компенсують зниження часу реакції виробленням унікальних стилів професійної діяльності, що дозволяють їм не знижувати якість і ритм роботи.

В. В. Фролькіс, констатуючи факт зниження пристосувальних можливостей організму в похилому віці, вказує на появу нових компенсаторних можливостей. Саме на шляху аналізу фундаментальних механізмів старіння йому вдалося довести, що поряд із процесами старіння існують і зворотні, антистаріння, або *вітаукт* (з лат. *vita* – життя, *aucto* – неперервно збільшувати, примножувати).

Процеси вітаукту – це механізми саморегуляції, які протистоять руйнівним тенденціям і спрямовані на стабілізацію життєдіяльності організму і збільшення тривалості його життя.

Механізми розвитку особистості у старості. Якщо в ранні роки життя на перший план виходить інтеріоризація (насамперед культури, знань, правил і норм того суспільства, у якому живе дитина), ідентифікація з емоційним опосередкуванням, то в старості ці механізми вже майже не мають колишнього значення. Нові знання формуються складно, їх непросто поповнювати емоційними

переживаннями для формування нових мотивів. І тому у старіючих людей погано формуються нові рольові взаємин, вони важко звикають до нових цінностей, усе зазвичай порівнюють з минулим, а нове часто викликає негативну реакцію. Майже неможливою стає і соціальна ідентифікація, а значить, і вибір нової соціальної або національної групи, до якої себе відносить старіюча людина. Тому в цьому віці складно адаптуватися до нового середовища (соціального, культурного, екологічного).

На перший погляд, з'являється механізм компенсації, насамперед своїх втрат: сил, здоров'я, статусу, підтримки. Водночас має домінувати адекватний і повний вид компенсації, щоб старіюча людина «не впадала» в уявну компенсацію, преребільшуючи власні хвороби для привернення до себе уваги, активізації цікавості й жалості, або не відчужувалася б від інших, не виявляла б агресію. Тому необхідно розвиватися, навчатися нових видів діяльності, шукати нові хобі, за допомогою яких формується повна компенсація.

Відсутність компенсації часто є однією з найпоширеніших причин, які призводять до активізації інших, негативних механізмів психічного розвитку, насамперед уникання, відчуження й агресії. Уникання передбачає домінування якогось одного із цих механізмів, що виявляється у всіх, навіть у неадекватних для нього, ситуаціях. Так, з'являється небажання нових контактів, навіть їх страх, прагнення відгородитися від усіх, у тому числі і від близьких, емоційна холодність. Такий відхід від спілкування часто поєднується із постійними докорами іншим та упевненістю у тому, що людині похилого віку чогось недодали, її недооцінили. Старі стають вразливими, конфліктними, прагнуть будь-що зробити по-своєму.

Агресія може поєднуватися з конформізмом, причому варіанти таких поєднань різноманітні: від конформного прийняття нових правил особистого життя й агресії на рівні мікроспілкування до використання і прийняття нових соціальних цінностей та прояву агресії щодо близьких.

Конформізм може поєднуватися з емпатією, коли старіюча особа намагається привернути увагу оточуючих. Найчастіше цей механізм виявляється в особистісному житті і зазвичай активізується у благополучних сім'ях, де встановлено досить тісний емоційний контакт між різними поколіннями.

Процеси психологічного вітаукту ретельно досліджувала О. М. Молчанова, яка виявила чинники, які дозволяють підтримати стабільність Я-концепції старіючої особистості, компенсують зростання негативних характеристик. Серед таких чинників вирізняють:

1) *високу реальну самооцінку* характеру, відносин із іншими, ділових якостей, яка компенсує низьку самооцінку за іншими шкалами, зумовлюючи орієнтовно середній рівень загальної самооцінки старіючої особистості.

2) *фіксацію на позитивних рисах власного характеру*, навіть приписування позитивних якостей (ділових, соціальних).

3) *зниження ідеальних і досягаємих самооцінок* сприяє захисту від значного розриву між реальним та ідеальним «Я», адже велика відмінність між ними може зумовити низьку самоповагу та незадоволеність собою.

4) *порівняно високий рівень самоставлення*: оптимістичне ставлення особистості до себе, власного «Я». Старіюча людина має високу самоповагу, симпатію до себе, приймає себе.

5) *орієнтація на життя дітей та онуків* (їхні успіхи та досягнення зумовлюють перспективу розвитку особи в старості, що сприяє усвідомленню цінності власного «Я»). Тобто, проявом мого успіху є високі досягнення моїх нащадків.

6) *ретроспективний характер самооцінки, спрямованість у минуле, яке має велику цінність*. Акцентування на значенні минулого життя і себе в ньому, оцінка минулих здобутків і досягнень, високого статусу дозволяють певним чином компенсувати негативні зміни, які зростають з віком, або протидіяти можливості усвідомлення власної малоцінності сьогодення, не приймати новий, більш негативний образ себе. Старі люди частіше згадують про свої переваги у минулому, ніж недоліки сьогодення.

«Кожен період життя має свій власний зміст, своє власне завдання. Знайти їх і себе в них є однією з найважливіших завдань пристосування до життя», - писав Е. Штерн.

Вікові завдання розвитку в період старості можна узагальнити так: адаптація до вікових змін; адекватне сприйняття старості (протистояння негативним стереотипам); рольова переорієнтація, відмова від старих і пошук нових рольових позицій; протистояння афективному збідненню, пов'язаному зі втратою близьких людей і відокремленням дітей; збереження емоційної гнучкості; пошук нових форм поведінки; прагнення до самозбагачення в інших формах, до душевної гнучкості (подолання психічної ригідності), до внутрішньої цілісності та осмисленню прожитого життя.

4. Види та теорії старіння

Старіння – закономірний процес, що неминуче розвивається з віком, характеризується поступовим зниженням пристосувальних можливостей організму та збільшенням вірогідності смерті.

Час настання старості умовний, зі збільшенням тривалості життя уявлення про нього змінюються.

Розрізняють такі **види старіння**:

I. *Природне* (фізіологічне, нормальне) старіння характеризується визначеним типом і послідовністю вікових змін, що відповідають біологічним адаптаційно-регулятивним можливостям людської популяції. *Нормальне фізіологічне старіння*, згідно з Н. К. Корсаковою, виявляється у зниженні пам'яті та уваги, уповільненні темпу психічної діяльності, наявності труднощів при формуванні нових навичок і здійсненні операцій, які вимагають спеціальної переробки просторових характеристик інформації. Нормальну фізіологічну старість можна поділити на пасивну й діяльну. Остання характеризується фізичною, емоційною та інтелектуальною збереженістю особистості.

II. *Сповільнене* (ретардоване) старіння характеризується більш повільним темпом вікових змін. Проявом цього типу старіння є феномен довголіття.

III. *Передчасне* (патологічне, прискорене) старіння характеризується раннім розвитком вікових змін чи більш вираженим їх проявом в певний віковий період. Цей процес обумовлений як впливом факторів зовнішнього середовища (кліматичних, професійних, соціально-економічних, екологічних, побутових тощо), так і дією різних, особливо хронічних, захворювань на функції систем і органів людського організму. Передчасне старіння виявляється на 4-5 десятилітті, це одна із причин ранньої дезадаптації, обмеження інтересів, незадоволення життям, дестабілізації особистості. На цьому етапі важливим завданням геронтології є не тільки будь-яким чином продовжити життя, скільки навчитися своєчасно розпізнавати суттєві ознаки старіння і, головне, контролювати їх розвиток. При *патологічному передчасному старінні* додаються порушення мовлення та мислення. Воно має негативні соматичні, соціально-психологічні і економічні аспекти. Така старість, на думку українського вченого Ю. О. Спасокукоцького, є результатом патологічних впливів при наявності порушених адаптаційних і компенсаторних механізмів, які характеризуються дисгармонією життєвих процесів і їх прояву.

При нормальному фізіологічному старінні, на відміну від патологічного, послаблення фізіологічних функцій відбувається

поступово, за рахунок збереження адаптаційних і компенсаторних можливостей організму. У нейрофізіологічних параметрах психічної активності старої людини у цьому випадку переважають гальмівні процеси, тому в неї спостерігається загальна уповільненість і латентність на початкових етапах виконання дій; довільна ауторегуляція зберігається.

В. Ф. Моргун наголошує на необхідності диференціації поняття «старість» на три *види*, які далеко не завжди збігаються:

1) старість *календарну* або хронологічну (але календарний вік, як відомо, - не головна ознака перебування особи на певному віковому рівні);

2) старість *біологічну*, тобто таку, що означає зменшення функціональної повноцінності органів, яка може компенсуватися за рахунок життєвого досвіду, інтегрованості процесів тощо;

3) старість *психологічну* (вона може бути і в молодих за віком людей), про яку, на думку Л. Сева, свідчить зниження «норми прогресу»;

Дж. Біррен, а слідом за ним і М. Д. Александрова, Є. І. Головаха, О. О. Кронік, Н. К. Корсакова, М. Р. Мінігалієва, Дж. Тернер, Д. Хелмс та інші виділяють у процесі старіння три взаємопов'язані компоненти:

- *біологічне старіння*, яке призводить до зростання вразливості організму й високої ймовірності смерті;

- *соціальне старіння* виявляється у зміні соціальних ролей, які призводять до змін патернів поведінки та соціального статусу;

- *психологічне старіння* передбачає вибір адаптації до процесів старіння, прийняття рішень і стратегій долаття труднощів.

Відповідно, Дж. Тернер і Д. Хелмс поділяють старіння на три *види*:

- *біологічне старіння* – біологічні зміни організму з віком (інволюція);
- *соціальне старіння* – як індивід пов'язує старіння із суспільством, поведінку і виконання соціальних ролей ним у цьому віці;
- *психологічне старіння* – специфічне відчуття психологічної старості, яка має як об'єктивні ознаки (зниження інтелектуальних здібностей, звуження емоційної сфери), так і суб'єктивні прояви.

І. С. Кон виділяє чотири типи психологічно благополучної старості залежно від характеру діяльності, якою вона сповнена:

1) *активна творча старість*, коли особа веде повноцінне життя, навіть залишивши професійну діяльність.

2) *достатня соціальна і психологічна пристосовуваність*, однак енергія цих осіб спрямована переважно на влаштування власного життя –

матеріальний добробут, відпочинок, розваги й самоосвіту, на що раніше не вистачало часу.

3) представники третього типу (переважно жінки) реалізують свої сили в сім'ї. Їм ніколи сумувати та страждати, але задоволеність життям у них звичайно нижче, ніж у представників перших двох типів.

4) сенсом життя представників четвертого типу стає *турбота про здоров'я*, яка стимулює різноманітні форми активності і приносить певне моральне задоволення. Однак ці особи схильні перебільшувати значення своїх реальних і уявних хвороб.

У цей період, на думку І. С. Кона, є і *негативні типи розвитку*. Зокрема, це агресивні старі буркотуни, які постійно незадоволені оточенням, критикують усе навколо, розчаровані в собі та власному житті; це самотні й сумні невдахи, які звинувачують себе за реальні й уявні втрачені можливості.

За критерієм орієнтації особи на цінності добра, справедливості, істини Л. І. Анциферова виділяє два типи старіння:

- представники першого реалізують себе через утвердження моральних цінностей;
- представники другого не досягли високого рівня морального розвитку й часто переступають моральні норми.

Крім поділу старості та старіння на протилежні типи, відомі й інші класифікації типів старості. Так, Ф. Гезе запропонував *три типи старих* і старості.

1. *Старий-негативіст*, що заперечує в собі будь-які ознаки старості та дряхління.

2. *Екстравертований старий* настання старості визнає через зовнішні впливи, шляхом спостереження за змінами в оточуючій дійсності (вихід на пенсію, зміна статусу в сім'ї, смерть близьких, розходження у поглядах та інтересах з молоддю).

3. *Інтровертований старий* гостро переживає процес старіння; він малорухливий, нові інтереси в нього не розвиваються, емоції нединамічні, прагне спокою.

Поняття про сутність, причини і механізми старіння з часом змінюються. Це пов'язано не тільки з розвитком наукових знань, але і зі змінами особливостей старіння в суспільстві.

На сьогодні сформульовано більше 200 різних теорій процесу старіння. Більшість із них можна диференціювати на кілька напрямів, зокрема біологічний, соціологічний та психологічний, які по-різному можуть підтверджуватися на практиці.

Розглянемо кожен з них більш детально.

Біологічні теорії старіння. Представники цього напрямку вважають, що старіння і смерть є базовими істотними біологічними властивостями, які відображають функціонування й еволюціонування живих організмів, у тому числі людини. Тривалість життя ними розглядається як вагома характеристика та залежна змінна, що зумовлюється низкою чинників. Учені намагаються шукати способи дослідження, контролю та корекції процесу старіння. У цьому аспекті варто виділити дві групи теорій: *«програмованого» та «непрограмованого» старіння.*

Згідно з першою групою теорій – *«програмованого» старіння* – біологічна активність закладена генетично в живий організм і поширюється лише на період його так названої біологічної «корисності» (зростання організму і здатності до репродукції). І тому через закон природного відбору старі люди у природних умовах перш ніж постарішати, або вмирають, або їх убивають.

Представники другої групи теорій – *«непрограмованого» старіння* вважають, що на організм діють й інші механізми, які не включені у генетичну програму.

У межах цих груп розвинулося багато інших теорій.

Зокрема, *теорія старіння через помилку* (Л. Сцилард, Л. Оргель). «Помилки» здійснюють клітини при утворенні нових молекул ДНК і РНК або білків під час хімічних реакцій обміну речовин. Це випадкові впливи, які вражають життєво важливі молекули. Близькою до згаданої є *теорія соматичної мутації*, яка полягає в тому, що з віком з'являються і зростають неповноцінні клітини.

Відомою є *теорія, пов'язана з утворенням в організмі вільних радикалів під час окислювально-відновлювальних процесів*. Вільні радикали є високоактивними й агресивними хімічними обривками молекул із неспареним електроном. Із ними пов'язують пошкодження білків, нуклеїнових кислот, мембран клітин.

Автор *теорії старіння від «поперечних зшивань»* Ю. Бйоркстен ще в 1942 році зазначав, що старіння живих організмів зумовлене випадковим утворенням (шляхом «зшивання») місточків між молекулами білків, які репаруючі (здатність клітин виправляти хімічні пошкодження й розриви в молекулах ДНК) ферменти клітин вже не здатні розірвати. Такі місточки заважають синтезу РНК на ДНК, що порушує процес утворення життєво необхідних білків, які має виробляти РНК, і перешкоджають поділу клітини.

Із функціонуванням ДНК пов'язана ще одна *теорія – старіння як спонтанної втрати і зміни інформації*. Згідно з цією теорією старіння відбувається через постійні зміни інформації в організмі (системі),

наприклад, генетичної інформації у вигляді ДНК і втрат інформації під час цих змін.

Д. Харман, автор *вільно-радикальної концепції*, вважає, що провідну роль у послабленні з віком життєвих функцій організму має окислення біополімерів активними формами кисню. Тобто причиною порушення функціонування клітин є необхідні для багатьох хімічних процесів вільні радикали – активні форми кисню, які переважно синтезуються в мітохондріях – енергетичних фабриках клітин. Вільні радикали руйнують усе, із чим стикаються, а особливо кліткові мембрани, пошкоджують ДНК (відповідно, й генетичний код). Вільно-радикальне окислення викликає і прискорює процеси старіння організму.

Відповідно до *теорії порушення регулятивної функції мозку* (В. М. Дільман, К. Фінч), організм поступово втрачає здатність зберігати гомеостаз (стійку рівновагу) через гормональний контроль і мозкову регуляцію, тобто втрачається контроль за утворенням гормонів.

Старіння пов'язували і з порушенням харчування, зокрема, як результат неправильного харчування відбувається порушення біоенергетичних процесів у організмі.

Після публікації досліджень Ч. Дарвіна популярними стали *еволюційні теорії старіння* (Р. Уоллес, Дж. Уільямс). На їх думку, старіння виникає в популяції тоді, коли системи забезпечення життєдіяльності, які знаходяться під генетичним контролем, стають досить ефективними для того, щоб особи встигали розмножуватися, і таким чином триває існування популяції, але при цьому вони не здатні підтримувати вічне існування окремого організму.

Засновники *теорії зношування* С. Маунс та Р. Гертвіг вважали, що «організм зношується як машина». Припинення життєдіяльності відбувається виключно через те, що структурні компоненти, особливо ті з них, які не оновлюються, стають непридатними для подальшого функціонування.

Імунна система має білі клітини крові двох типів (В і Т). Вони, згідно з теорією аутоімунного старіння (Р. Уолфорд, П. Мередіт, У. Адлер), на старість не здатні активно атакувати ракові клітини та починають поводити себе ненормально, нападаючи не лише на ракові, й на здорові клітини.

Поширеними є теорії, у яких значне місце відводиться різноманітним інтоксикаціям ендогенного типу. Прикладом їх є *теорія інтестинальної аутоінтоксикації* І. І. Мечнікова. На його думку, головною перешкодою в досягненні довголіття є кишкова аутоінтоксикація, адже бактерії при розкладанні білкових речовин, особливо за їхнього

надлишку в кишечнику, утворюють подразнюючі продукти, які негативно впливають на кишкову флору в організмі.

Часто старіння пов'язувалося і зі зміною певних органів чи цілих фізіологічних систем організму. Прикладом цього є теорія *старечої дисгармонії фізіологічних відправлень з'єднувальної тканини* О.О. Богомольця, пов'язана з обміном речовин.

У межах біологічного підходу слід висвітлити й погляди В. Райха – австрійського й американського психолога, учня З. Фрейда, який *старіння пов'язував із порушенням біологічної пульсації*: при старінні процеси стискання переважають над розтягненням, унаслідок чого тканини втрачають пружність і збігаються.

Соціологічний напрямок теорій старіння представлений кількома підходами, у межах яких розроблялися теорії старіння. Філософсько-соціологічний підхід *структуралізму*, який розглядає соціальну поведінку людини, її відношення й цінності цілком зумовленими організацією і структурою суспільства, де вона живе, представлений теоріями відчуження, діяльності, концепціями «модернізації старіння» та структурної залежності.

Однією із найсуперечливіших є *теорія відчуження* (звільнення): зі старінням люди поступово відчужуються від тих, хто є молодшим, звільнюються від низки суспільно значимих функцій і ролей для того, щоб це суспільство могло продовжувати нормально функціонувати (Дж. Розен, Б. Ньюгартен, Е. Каммінгом і В. Генрі). У результаті такого витіснення порушуються істотні зв'язки і взаємини між старіючою особою й іншими членами суспільства. Таке звільнення, на думку Н. Дж. Смелзер, можна вважати одним із способів пристосування до власних обмежених можливостей і примирення зі смертю, яка неминуче насувається. У такий спосіб індивід готується до кінцевого розриву. У сучасних публікаціях ця теорія зазнає багато критики.

Теорія діяльності (активності) (Р. Дж. Хавігхарст і Дж. Маддокс) людей похилого віку є протилежною до попередньої. Згідно з нею особи похилого віку мають зберігати активну роль, що була властива їм у молодому й середньому віці з метою нормального функціонування та стійкого розвитку суспільства. Для підтримки самосвідомості та морального духу вони обов'язково мають зайнятися новими видами діяльності. Така активність старіючих осіб сприятиме збереженню їхнього психологічного спокою. Прихильниками введено поняття «успішна старість», тобто необхідність збереження стилю життя й ціннісних установок, з молодого віку властивих особистості.

Близькою до згаданої теорії є *концепція «модернізації старіння»*. У ній наголошується на необхідності максимально віддалити глибоку старість

шляхом «розмивання» життєвого простору зрілої особистості та її гнучкої адаптації до «хронологічних оков», які втрачають значення. Це відбувається, коли немає чітких стадій розвитку й можуть бути подолані різноманітні бар'єри.

Прихильниками *теорії конфлікту* запропонована *концепція структурної залежності* (теорія розподілу матеріальних засобів), що означає залежний стан старіючих осіб, пов'язаний з їхнім обмеженим доступом до соціальних ресурсів, особливо у сфері отримання прибутків (П. Таунсенд, А. Уолке, С. Філліпсон). Таке пригнічене положення сприяє розвитку «вікової самосвідомості» серед них, а також політичній «мобілізації» старіючих осіб, які вважають себе пригніченими. На думку прихильників цієї теорії, бідність старих є природним явищем і пояснюється тим, що ті не беруть участь у виробничій діяльності (вони відокремлені від матеріальних і соціальних ресурсів суспільства), а суспільство минулу працю не винагороджує. Крім того, ті члени сім'ї, які мають вищі матеріальні можливості, не надають допомогу людям похилого віку.

Символічний інтераціоналізм, який до розуміння моделей поведінки окремої особистості підходить індивідуалізовано, прагне обґрунтувати вплив суспільних процесів на життя конкретної особи, він представлений теоріями девіантності, маргінальності, субкультури, вікової стратифікації.

Згідно з *теорією девіантності*, у процесі старіння з'являються нові особливості поведінки осіб, викликані змінами їхніх життєвих умов у зв'язку з виходом на пенсію, у результаті чого особі одразу приписують характеристику «людина похилого віку» і вона має поводитися відповідно, не претендуючи на престижні види трудової і професійної діяльності. Суспільство повинно навчити таку особу відповідній «правильній» поведінці.

Близька до попередньої *теорія маргінальності* розглядає старіючих осіб як невелику складову населення, що відрізняється від інших маргінальних груп (наркоманів, алкоголіків, асоціальних елементів) лише тим, що вони знаходяться на трохи вищому суспільному щаблі, бо мають незначний, але постійний прибуток у вигляді пенсії. Але суспільство, як і до інших маргінальних груп, має застосовувати до старих спеціальні засоби, щоб їхня поведінка відповідала встановленим моделям.

Представники *теорії субкультури* розглядають старіючих осіб як невелику соціальну групу із власною особливою культурою, яка їх об'єднує, тому між старими встановлюється особлива близькість за інтересами, захопленнями, спогадами, що призводить до відокремлення

й відчуження від інших вікових груп, у тому числі родичів і близьких. А. Роуз зазначає, що особи навіть легше адаптуються до старості, якщо долучаються до «субкультури осіб похилого віку».

Теорія вікової стратифікації вважає кожне покоління старшого віку унікальним, бо воно має лише йому властивий досвід, особливості, внутрішню диференціацію, що визначається попереднім соціальним та економічним положенням. Ця теорія намагається пояснити закономірності зміни місця й ролі старих людей у суспільстві у зв'язку з індивідуальними переміщеннями

одної вікової страти в іншу, механізмами розподілу соціовікових ролей, взаємин з представниками інших вікових груп.

Психологічні теорії старіння. Підходи до аналізу феномену старіння наявні і в різних психологічних школах.

Насамперед специфіку старості розглядали у *експериментальній психології*. *Ф. Гальтона* зацікавили проблеми психологічного старіння, а саме особливості інтелектуальної діяльності особи та її трансформації в пізньому віці. Зниження окремих психологічних функцій у осіб цього віку пояснювалося переважно процесами психологічної деградації. Власне, такі погляди сприяли формуванню уявлення про психологічне старіння як про процес психологічної деградації.

Явищем старості цікавилися і *психоаналітики*. Хоча *З. Фрейд* не вивчав безпосередньо проблем похилого віку, але в його роботах простежується наявність особистого відчуття страху перед смертю як неминучого настання старості.

К. Юнг, засновник *аналітичної психології*, вважав, що середина життя є критичним моментом, коли перед індивідом відкриваються нові можливості для саморозвитку. Його діяльність спрямована не на зовнішній світ, а всередину себе, на самопізнання (самореалізацію). Особистість схильна повноцінно розвиватися, приймати різні прояви, схильна до гармонізації себе з оточуючим світом за допомогою символічного й релігійного досвіду. Обов'язком та необхідністю у старості, на думку *К. Юнга*, є потреба виробити цілісний погляд на власне життя, зверненість усередину себе, самоспоглядання. Результатом такої психологічної перебудови є поява нової життєвої позиції, раціонального погляду на власне існування і разом з тим споглядальної, стійкої, психічної й моральної рівноваги. Він вважав, що старість є окремими важливим етапом життя особистості, вона має до неї готуватися, принаймні аби упередити виникнення нервових зривів під час старіння.

Автор *концепції індивідуальної теорії особистості* *А. Адлер* вважав, що через зниження фізичних і фізіологічних можливостей у старості особа не здатна дотримуватися звичного образу життя і внаслідок цього має

почуття неповноцінності, для компенсації якого повинна від чогось відмовлятися, щось змінювати. Прагнення компенсації цього почуття, на думку Л.С. Виготського, зумовлюється не внутрішніми причинами, а зовнішніми – соціальним середовищем. Засобом такої компенсації в похилому та старому віці може стати соціальна допомога. Зокрема, А. Адлер пропонував допомагати індивіду в пізньому віці знайти сенс життя в наданні допомоги іншим, і таким чином досягати стану, коли відчуття приналежності до соціальної спільноти не залишало б його.

Вагомий внесок у розвиток геронтопсихології, власне психологічних концепцій старіння, зробив автор *теорії психосоціального розвитку* Е. Еріксон. Для кожної стадії життєвого циклу він визначав характерні завдання, які висуває суспільство, і кожна стадія має специфічну мету в досягненні певних соціально-ціннісних якостей. Він розглядає старість як восьму стадію життєвого шляху, яка характеризується досягненням нової, завершеної форми его-ідентичності. Завданнями людини на цьому етапі є досягнення цілісності, розвитку власного «Я», упевненості в сенсі життя, а також гармонії, що розглядається як сутнісна якість життя окремого індивіду та Всесвіту в цілому. Протилежною до гармонії є дисгармонія – порушення цілісності, що втягує її у відчай і зневіру. Якщо людина виконала поставлені завдання, вона отримує відчуття тотожності з собою та тривалості свого індивідуального існування як окремої цінності, що за необхідності може зазнавати певних змін. Вищий рівень цілісності, властивий людині на даному етапі, характеризується: зростаючою особистісною впевненістю у приналежності до порядку й осмисленості; любов'ю людської особистості як переживанням світового порядку й духовного сенсу прожитого життя незалежно від того, якою ціною вони досягаються; прийняттям власного життєвого шляху як єдино можливого й такого, що не потребує заміни; новою, відмінною від попередньої, любов'ю до батьків; приязним ставленням до принципів минулих часів і різноманітної діяльності в тому вигляді, як вони з'являлись у людській культурі. Відчай, незадоволення настають тоді, коли людина усвідомлює життєву невдачу та не має часу для виправлення помилок і виявляються в засудженні вчинків інших, особливо молодих.

Теорію Е. Еріксона в подальшому доповнив Р. Пек, який вважав, що для досягнення «успішної старості» людина повинна вирішити три основні завдання, які охоплюють три виміри її особистості. Перша – диференціація, це трансценденція проти поглиненості ролями. Старіючі особи, виходячи на пенсію, мають визначити для себе сукупність значимих видів діяльності, щоб їхній час був повністю заповнений різними видами активності. Якщо вони ідентифікують себе лише в межах власної роботи та сім'ї, то вихід на пенсію або залишення

дітьми родинного кола викличуть значну кількість негативних емоцій, які складно подолати. Друге завдання – трансценденція тіла проти поглинутості тілом – характеризує здатність уникати надмірного зосередження на зростаючих нездужаннях, болях і фізичних недугах, якими супроводжується старіння. Старіючі особи повинні вчитися насолоджуватися життям насамперед через людські взаємини й відволікатися від хворобливих відчуттів, долати погіршення самопочуття. Третє завдання – трансценденція Его проти поглинутості Его, що має важливе значення у старості. Особи в цьому віці повинні розуміти, що хоча смерть не є далекою, її не уникнути, але вони зробили внесок у майбутнє своїми справами, вихованням дітей. Р. Пек погоджується з Е. Еріксоном у тому, що особа на кожному віковому етапі закладає основу для оптимального функціонування на подальших, наприклад, особи середнього віку починають розв'язувати проблеми майбутньої старості.

К. Ясперс, представник *екзистенціальної психології*, вважав старість сприятливим природним періодом життя, який має певні переваги: накопичений досвід, стриманість, життєву впорядкованість, здатність до самовитримки, навіть мудрість – хоча здібності в цей час згасають. Особа стає скованою тілесно, але одночасно й вільною від тілесності, більш духовною. Якщо вона досягла мудрості, то стає доброю, терплячою, поблажливою до слабкостей інших, задоволеною життям.

Досліджуючи проблеми соціальної геронтопсихології, Р. С. Яцемірська аналізує теорії соціальної ізоляції, профілізації особистості, вікових ціннісних асиметрій, взаємостосунків модусів часу, називаючи їх психологічними теоріями старіння.

В основі *теорії соціальної ізоляції* лежать зміни в організації життя людини похилого віку. Вона йде на пенсію і внаслідок цього зменшується кількість соціальних зв'язків і комунікацій; діти, ставши самостійними, відділяються; помирають близькі та знайомі люди. У такій ситуації людина почувається самотньою, складно звикає до незайнятості й вільного часу. Часто на фоні такого психологічного стану з'являється загострена увага до власного здоров'я, розвивається іпохондричність.

Основою *теорії профілізації особистості* є аналіз стилю життя, позицій і соціокультурних орієнтацій кожної людини, індивідуальних реакцій у похилому віці. Її прихильники наголошують на необхідності збереження людиною життєвої активності, що є передумовою готовності до змін. Людина похилого віку з пасивною позицією схильна перекладати власні проблеми на інших і внаслідок цього часто виражає незадоволеність.

Доступ до впливу на різні суспільні процеси зумовлюється розмірами та способами отримання прибутку, а оскільки люди похилого віку відокремлені від влади, багатства і престижу, вони посідають маргінальне положення – стверджується у *теорії вікових ціннісних асиметрій*. Така ситуація часто спостерігається у суспільствах, де більше цінуються юнацькі й молодіжні цінності, інтереси, потреби, розваги, багатство й успіх, а ніж досвід, престиж, респектабельність людей похилого віку.

Людина, згідно з *теорією взаємостосунків модусів часу*, може існувати у трьох вимірах: минулому, теперішньому й майбутньому. Люди похилого віку звернені у минуле, тому вони часто переглядають та переоцінюють прожите життя, давно минулі епізоди. Таке повернення в минуле, імовірно, є спробою наповнити своє життя новим сенсом, спробою знайти точку опору в житті.

Таким чином, існує велика кількість підходів до вивчення процесу старіння. Важливо зрозуміти суть базового уявлення певного напрямку, оскільки специфіка осмислення феномену старіння визначає спектр теоретичних питань і шляхи розв'язання практичних проблем цього вікового етапу.

5. Напрями досліджень геронтопсихології.

Методи вивчення феномену старіння

Аналіз наукової літератури дозволив вирізнити такі основні напрямки теоретико-емпіричних досліджень періоду старості:

1) *психологічні особливості осіб похилого віку в контексті проблем закономірностей та періодизації психічного розвитку особистості* (М. Д. Александрова, Б. Г. Ананьев, Л. І. Анциферова, Г. Д. Бердишев, К. Висьневська-Рошковська, Дж. Курцмен, О. Г. Лідерс, О. В. Нагорний, О. Ф. Рибалко, Ю. А. Спасококуцькі та інші);

2) *основні механізми старіння, серед них і психологічні* (В. В. Безруков, Г. М. Бутенко, І. В. Давидовський, Н. Ф. Дементьєва, Т. Д. Марцінковська, Н. В. Паніна, В. В. Фролькіс та інші);

3) *проблеми особистісного розвитку в період похилого віку і старості* (М. Д. Александрова, Б. Г. Ананьев, І. Г. Беленька, К. Висьневська-Рошковська, Є. І. Головаха, І. В. Грошев, І. В. Давидовський, Е. Еріксон, М. В. Єрмолаєва, К. Д. Константінов, О. В. Краснова, О. О. Кронік, О. Г. Лідерс, С. Д. Максименко, І. Х. Петров, М. С. Пряжніков, Дж. Рембовські, К. Рошак, Л. Торнстон, Х. Д. Христов, К. Юнг, Р. С. Яцемірська та інші);

4) *проблеми особистісних змін у старості, духовного розвитку, особливості життєвого шляху людей похилого віку* (К. О. Абульханова-Славська, І. Д. Бех, Н. А. Логінова, М. Л. Смульсон, Т. М. Титаренко, Г. Томе, К. Рошак та інші);

5) *дослідження самооцінки, Я-концепції у похилому віці* (Л. В. Бороздіна, Т. З. Козлова та О. М. Молчанова та інші);

6) *проблемами ідентифікації людей похилого віку, установок* (О. В. Краснова та інші);

7) *особливості ціннісних орієнтацій особистості у похилому віці* (І. Д. Бех, Х. О. Порсева та інші);

8) *старіння когнітивної сфери* (Н. Ю. Бачинська, Д. Бромлей, Д. Векслер, В. Д. Демченко, Г. Леман, М. Б. Маньковський, Н. О. Подгорецька, А. Т. Уелфорд, М. О. Холодна, У. Шайї та інші);

9) *психопатологічні аспекти старіння* (Є. С. Авербух, Н. К. Корсакова, М. Є. Телешевська та інші);

10) *соціальні проблеми старіння та старості ґрунтовно* (К. Висьневська-Рошковська, Т. М. Волков, А. А. Дискін, Г. Йолов, Н. В. Панін, Н. Смелзер, Т. В. Смірнова, М. Я. Сонін, В. Д. Шапіро та інші);

11) *соціально-психологічні контакти в похилому віці, зокрема в сім'ї, будинках-інтернатах* (В. Д. Альперович, Т. М. Волкова, Н. Ф. Дементьєва, М. Р. Мінігалієва, О. Б. Поднебесна, М. С. Пряжніков, Л. О. Регущ, О. В. Хухлаєва, Р. С. Яцемирська).

У галузі геронтопсихології виокремлюють чотири основні напрями дослідження:

1. **Описовий**, заснований на описовому чи феноменологічному рівні знань про старіння, що дозволяє будувати різні класифікації, схеми, стратегії поведінки старих. Цей вид дозволяє висувати гіпотези, а не перевіряти їх. Використовують, наприклад, спостереження, контент-аналіз документів тощо.

2. **Експериментальна маніпуляція** (у вітчизняній науці – контрольні експерименти). Наприклад, вивчення періоду адаптації в кількох вікових групах. Ці дослідження спрямовані на вивчення феномена, явища й виконуються на рівні якісної теорії із застосуванням методів математичної обробки даних.

3. **Культурно-генетичний**, який дозволяє вивчати соціальні проблеми людей похилого віку (ставлення до них або ставлення літньої людини до соціуму) методами опитування, тестування, проєктивними методиками.

4. **Стратегія втручання** (у вітчизняній науці – формувальний експеримент). Сплановані дії, що здійснюються чи пропонуються

спеціалістом людям похилого віку, його родині, подружжю тощо. Мета – поліпшення життя літніх або зміна їх поведінки на більш бажану. З цією метою використовують різні тренінги, корекційно-розвивальні програми. Наприклад, «Якість життя», спрямована на вироблення стратегії незалежності, інтеграції в суспільстві, підвищення якості життя, що складається з таких етапів: 1. Пробудження інтересу до нового, стимуляція цікавості (вправи, танці, ігри тощо). 2. Стимуляція мислення, сприйняття, постановка й вирішення проблеми; результат – розвиток креативності, гнучкості мислення, цілепокладання. 3. Розширення сприйняття навколишнього, вміння бачити в повсякденному щось нове, творчо підходити до вирішення повсякденних проблем, виходити за межі звичайного кола подій і відносин.

Методи геронтопсихології поділяють на:

- 1) *експериментальні*: порівняльні, еволюційні (закономірності старіння у процесі еволюції);
- 2) *клінічні* (описові);
- 3) *соціальні*, які досліджують характер впливу різноманітних факторів на процес старіння.

У своїх дослідженнях геронтопсихологія також використовує біологічні, біохімічні, біофізичні, антропологічні, соціологічні; методи вікової, загальної і соціальної психології.

Метод у вікової психології – це спосіб наукового вивчення змісту й механізмів психічного розвитку людини впродовж її онтогенезу.

Залежності від етапів дослідження, на яких використовуються різні методи, вони поділяються на чотири групи: організаційні, емпіричні, обробки даних та інтерпретаційні (за Скрипченком О. В).

У віковій психології *порівняльний метод* («поперечний зріз») використовується для виявлення динаміки певної психічної функції через її одночасне дослідження у представників різних вікових періодів. Таким чином з'ясовуються особливості розвитку та виявів цієї функції психіки. Недоліком застосування цього методу може бути нівелювання індивідуальних особливостей психічного розвитку та ефект когорти (певні якості психіки різних вікових груп досліджуваних через специфічні соціально-економічні особливості формування їх особистості).

Також у віковій психології використовується *лонгітюдний метод*, спрямований на вивчення психологічних особливостей одних і тих же досліджуваних упродовж тривалого часу (місяці, роки, десятки років). Такий метод є складним у застосуванні через довготривалість та значні економічні витрати, й виокремлення специфічних психологічних особливостей старості ускладнене наявністю певних супутніх чинників:

загальним послабленням здоров'я, впливом хвороб, змінами фізичного й соціального статусу тощо. Проте комплексні дослідження, що враховують багатофакторний характер вікових змін, дозволили встановити особливості динаміки деяких важливих сторін психічного розвитку в пізньому періоді онтогенезу. Особливу увагу сучасна геронтопсихологія приділяє вивченню у процесі старіння змін характеру діяльності та працездатності, ціннісних орієнтацій і смислових новоутворень особистості.



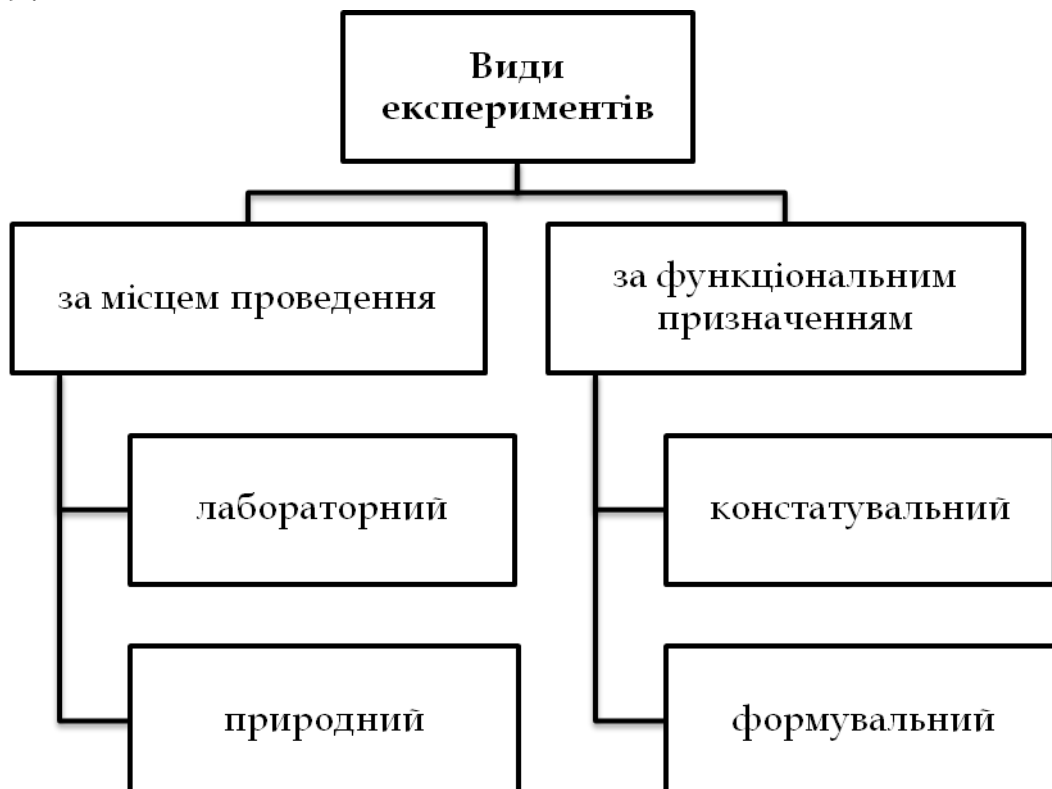
Специфікою комплексного методу є поєднання регулярного системного вивчення різних вікових груп досліджуваних упродовж певних проміжків часу. Такі особливості даного методу, що поєднують переваги порівняльного й лонгітюдного методів, дозволяють виявити справді еволюційні зміни й закономірності психічного розвитку.

До найбільш часто застосовуваних емпіричних методів належать: спостереження, експеримент, методи опитування, тестування та біографічний. Спостереження як метод психології виявляється в фіксації зовнішніх проявів психіки досліджуваних (висловів, міміки, жестів, дій і вчинків). Цей метод корисний тим, що виявляє природну поведінку досліджуваного, прояви його цілісної особистості. Однак спостереження потребує послідовності й систематичності в застосуванні та чітких

критеріїв фіксації й аналізу даних (ведення щоденника спостереження). Різновидом означеного методу є самоспостереження, яке практикується щодо досліджуваних більш старшого віку. Цей метод має дослідницькі завдання, схожі до спостереження, однак суб'єктом вивчення є сам досліджуваний. Історична назва методу – інтроспекція.

При використанні методу експерименту дослідник сам створює умови, за яких виявляється задана психічна якість досліджуваного і він може кілька разів повторювати дослід, перевіряючи здобуті результати. У віковій психології практикується використання різних видів експерименту:

- *природного*, коли у звичних для досліджуваного умовах виявляються його психологічні особливості відповідно до віку;
- *лабораторного*, де в спеціально обладнаних приміщеннях із використанням приладів вивчаються психічні функції досліджуваного певного віку;
- *констатувального*, який виявляє актуальні психічні прояви досліджуваного,
- *формувального*, що спрямований на формування бажаних якостей психіки.



Значну інформативність має метод *опитування*, який передбачає отримання відповідей досліджуваного на заздалегідь сформульовані питання, які виявляють його визначальні психічні якості. Залежно від

форми опитування буває: *усним* (бесіда чи інтерв'ю, спрямовані на вивчення індивідуальних психологічних особливостей представників певного вікового періоду) та *письмовим* (анкетування чи особистісні опитувальники).

Ще в 1896 році французький психолог А. Біне вперше запропонував комбіноване тестування психологічних якостей, які дозволяють виявити типові психологічні прояви людей певного віку, оскільки можуть одночасно застосовуватися для великої кількості досліджуваних. Під час бесіди чи інтерв'ю дослідник має створити невимушену, доброзичливу атмосферу й уникати упередженого ставлення до відповідей досліджуваного. При використанні анкети як засобу діагностики слід ретельно формулювати зміст запитань і варіанти відповідей при закритій формі анкетування.

Тестування – стандартизоване випробування, спрямоване на вивчення індивідуальних психологічних особливостей досліджуваного. Знаряддям тестування є тести, які поділяються на різновиди залежно від якостей особистості, що підлягають дослідженню. Так, розрізняють тести інтелекту, що діагностують розумові здібності людини залежно від її віку, тести досягнень, спрямовані на виявлення актуального рівня засвоєння досліджуваним знань, вмінь чи навичок після завершення навчання (саме ці тести як засоби контролю використовуються в навчальному процесі шкіл, коледжів, інститутів, університетів тощо) і тести особистісних якостей, використання яких з'ясовує певні психологічні особливості особистості: якості темпераменту, риси характеру, інтереси та ціннісні орієнтації, тип самооцінки та зміст образу «Я» тощо. При всій інформативності тестування дослідникам слід зважати на недоліки цього методу – відсутність якісного аналізу змісту відповідей та причин, що зумовили вибір цих відповідей.

Коли потрібно з'ясувати динаміку певної психічної функції, її походження та механізми формування в загальному процесі становлення особистості, використовують *біографічний метод*. При аналізі життєвого шляху людини з'ясовується вплив подій на розвиток її психічних функцій.

Одним із методів, що досліджує причинно-наслідкові залежності процесу життєтворення, особливості життєвої перспективи та усвідомлення особистісних смислів у ракурсі ретроспективного погляду на власний життєвий досвід, є *каузометрія* (з лат. *causa* – причина) – один із біографічних методів, призначених для дослідження суб'єктивної картини життєвого шляху і психологічного часу особистості. Іншими словами, це біографічний метод дослідження, що збирає описи як минулих, так і майбутніх подій життєвої біографії

людини (Є. Головаха, О. Кронік). Цей метод дозволяє людині цілісно поглянути на власне життя, переоцінити минуле, побудувати майбутнє і тим самим створити собі повноцінне сучасне. Процедура каузометрії вимагає 2-2,5 години. Спочатку людина визначає події життя в минулому, сучасні і ті, яких очікує в майбутньому. Дослідника насамперед цікавлять зв'язки між подіями; важливо, щоб людина відчула себе автором власного життя. Каузометричне опитування допомагає побудувати цілісну картину власного життя, у якому минуле, сьогодення і майбутнє поєднані причинно-цільовими зв'язками. Респондент виокремлює 15-20 найбільш значимих подій (змін) у його житті, які відбулися в минулому або мають, на його думку, відбутися в майбутньому; зазначає їхню реальну або ймовірну дату, визначає взаємозв'язок між ними, сфери належності, емоційну привабливість. За отриманими результатами фахівець може визначити, наскільки тверезо людина оцінює власний життєвий шлях, наскільки масштабними, осмисленими й реалізованими є її задуми, наскільки вона задоволена своїм минулим, сьогоденням і майбутнім, а які події стали для неї критичними. Таким чином операціональний пласт каузометрії дозволяє зібрати інформацію про особливості суб'єктивного переживання життєвого шляху особистості. Переосмисливши ці події в загальній канві життєвого шляху, людина може перестати зациклюватися на них, скоригувати плани на майбутнє, знайти точку опору в сьогоденні. Це особливо актуально усвідомлювати людям похилого віку, які за певними соціокультурними канонами часто тільки «доживають»...

Каузометрія викликає у клієнта появу ремінісценцій: відтворення, переоцінки минулого досвіду в результаті самозаглиблення. Дехто згадує, щоб краще зрозуміти себе, інші – отримують задоволення при переказуванні власного досвіду молодшим. Такі ремінісценції формують останній сенс життя літніх – залишити власне минуле родині та друзям. Ще однією перевагою каузометрії є той факт, що за її допомогою дослідники мають змогу вивчати особливості психологічного часу особистості.

Каузометрія – метод конструктивістської парадигми, де активно реалізуються концептуальні положення наративної психотерапії.

1. Каузометрія ретроспективного аналізу суб'єктивного життєвого досвіду є психодіагностичним і психотерапевтичним засобом роботи з людьми похилого віку.

2. Каузометрія як метод застосовується в ситуації втрати життєвої перспективи, суттєвих відмінностей між хронологічним і психологічним віком, розірваністю причиново-наслідкових зв'язків між минулим, сьогоденням і майбутнім.

3. Операціональний пласт каузометрії полягає в зборі інформації про особливості суб'єктивного переживання життєвого шляху особистості.

4. Аксіологічний пласт розкриває каузометрію як метод конструктивістської наративної психотерапії.

Виправдано популярним у практиці досліджень вікової психології є *праксометричний метод* (тобто метод аналізу процесу та продуктів діяльності), змістом якого є виявлення психологічних особливостей людини шляхом розгляду й аналізу її творів, листів, малюнків, технічних виробів та інших результатів діяльності. При здійсненні аналізу продуктів діяльності психолог спирається на відображення (проекцію) індивідуальних психологічних особливостей досліджуваного в результатах його діяльності. Тому часто вживається поняття *проективних* діагностичних методик, використання яких у дослідницькій практиці повинно супроводжуватись їх поєднанням з іншими діагностичними методами та спиратися на ґрунтовну наукову підготовку дослідника. Серед проєктивних найбільш вживаними для дослідження психіки є малюнкові методики на кшталт малюнка людини, сім'ї, автопортрету, неіснуючої тварини тощо.

Внаслідок використання емпіричних методів дослідник здобуває значну кількість первинної інформації, яку опрацьовує за допомогою методів обробки даних. Специфікою методу *кількісного аналізу* є статистичне опрацювання даних, а метод *якісного аналізу* передбачає диференціацію матеріалу за групами, видами, визначення типових тенденцій і винятків.

При тлумаченні опрацьованих даних використовуються *генетичний та структурний методи*. Специфікою генетичного методу є інтерпретація даних щодо розвитку психічних функцій, динаміки проходження ними певних стадій, етапів, а структурний метод дозволяє виявити зв'язки однієї психічної функції з іншими структурними компонентами психіки досліджуваного.

Описані вище методи в геронтопсихології не вичерпують різноманіття досліджень у цій галузі. Головною проблемою залишається невизначеність методології досліджень геронтопсихології, що пов'язано з відсутністю єдиної теорії старіння.

**Практичне заняття з теми
«Геронтопсихологія як наука»**

Мета: сформувати у студентів розуміння сутності основних понять геронтології та геронтопсихології; визначити основні етапи розвитку геронтопсихології як науки; охарактеризувати об'єкт, предмет та завдання геронтопсихології, проаналізувати сучасні наукові погляди на природу старіння; вміти розрізняти поняття «старість» та «старіння»; знати основні закономірності психічного розвитку у старості; визначити основні методи дослідження в геронтопсихології.

План заняття

I. Теоретична частина

1. Актуальність вивчення геронтопсихологічних проблем. Предмет, завдання геронтопсихології, її місце в системі наук.
2. Історія розвитку геронтології й геронтопсихології.
3. Сучасні наукові погляди на природу старіння.
4. Методи соціально-психологічних досліджень у геронтопсихології.

II. Практичні завдання

- Зробити аналіз відмінностей геронтології та геронтопсихології.
- Визначити основні характеристики біологічного, психологічного, соціального старіння.
- Розкрити сутність феномену Л. Хейфліка.
- Проаналізувати сучасний стан геронтопсихології в Україні.
- Визначити основні труднощі психологічного дослідження психіки та поведінки людей похилого віку.

III. Самостійна робота

Тема. Аналіз теорій старіння

Форма звітності: **розширений план-конспект**

1. Проаналізувати матеріал книги Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології : навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013. – С. 112–123.
2. Визначити основні напрями досліджень феномену старіння.
3. Розкрити провідні теорії в межах біологічного, соціального, психологічного підходів феномену старіння.

Література

1. Альперович В. Д. Проблемы старения: демография, психология, социология / В. Д. Альперович. – М. : ООО «Издательство Астель», 2004. – 352 с.
2. Анциферова Л. И. Психология старости: особенности развития личности в период поздней взрослости / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. – 2001. – №3. – Т. 22. – С. 86–99.
3. Бочелюк В. Й. Геронтопсихологія : навч. посіб. / В. Й. Бочелюк, О. А. Черепехіна. – К. : КНТ, 2014. – 436 с.
4. Вікова та педагогічна психологія: навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – 3-тє вид. – К. : Каравела, 2012. – 344 с.
5. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології : Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013. – 264 с.
6. Долинська Л. В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.
7. Елютина М. Э. Социальная геронтология: Учеб. пособ. / М. Э. Елютина. – М. : ИНФРА-М, 2004. – 157 с.
8. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
9. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Изд. «Питер», 2001. – 992 с.
10. Краснова О. В. Социальная психология старости: Учеб. пособ. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : «Академия», 2002. – 288 с.
11. Краснова О. В. Виды и методы исследований в психологии старения / О. В. Краснова // Психология зрелости и старения. – 1999. – № 1. – С. 5–21.
12. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии / С. Г. Максимова. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 223 с.
13. Медведева Г. П. Введение в социальную геронтологию / Г. П. Медведева. – М. : НПО МОДЕК, 2000. – 96 с.
14. Молчанова О. Н. Психологический витаукт как механизм стабилизации Я-концепции в позднем возрасте / О. Н. Молчанова // Психология старости и старения : Хрестоматія / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2003. – С. 162–163.
15. Психология старости: Хрестоматія / Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский дом БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.

16. Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития / Под ред. А. А. Реана. – СПб. : «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2005. – 416 с.

17. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.

18. Холостова Е. И. Социальная геронтология / Е. И. Холостова, В. В. Егоров, А. В. Рубцов. – М. : Изд. дом «Дашков и К», 2004. – 295 с.

19. Фролькис В. В. Старение и увеличение продолжительности жизни / В. В. Фролькис. – Л. : Наука, 1988. – 239 с.

20. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : Учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

21. Эриксон Э. Восемь возрастов человека / Э. Эриксон // Детство и общество. – 2-е изд. / Пер. А. А. Алексеева. – СПб. : Речь, 2002. – С. 235–259.

Тестовий контроль з теми

1. Визначте предмет вивчення геронтопсихології:

- а) механізми старіння, передчасного старіння і продовження життя;
- б) проблеми надання медичної допомоги літнім людям;
- в) специфіка емоційно-особистісної сфери людини в процесі старіння та явища, пов'язані зі старінням організму;
- г) особливості психіки, поведінки, особистісні зміни людей похилого віку.

2. Назвіть ім'я вченого, який написав першу працю, присвячену психологічному аналізу старіння:

- а) Гіппократ;
- б) С. Холл;
- в) І. Мечников;
- г) В. Фролькіс.

3. Визначте сутність психологічного віку:

- а) вік, який вказує на відповідність стану організму та його функціональних систем певному моменту життя людини;
- б) вік громадянина, встановлений державою, досягнувши якого, він може претендувати на отримання пенсії по старості;
- в) вік, який позначає певний якісно своєрідний щабель онтогенетичного розвитку; вказує на рівень адаптованості людини до вимог навколишнього світу, характеризує розвиток її інтелекту, здатність до навчання, рухові навички, а також такі суб'єктивні фактори: ідентичність, життєвий план, переживання, установки, мотиви, сенси тощо.

г) вік, якій виражається в кількості років (днів, місяців), прожитих індивідом з моменту життя.

4. Назвіть вид старіння, якого не існує:

- а) нормальне;
- б) передчасне;
- в) розумове;
- г) соціальне.

5. Визначте рік створення Інституту геронтології та геріатрії Академії Медичних Наук (АМН) СРСР:

- а) 1954 рік;
- б) 1958 рік;
- в) 1969 рік;
- г) 1978 рік.

6. Назвіть, до якої групи теорій відноситься теорія стратифікації:

- а) соціологічні;
- б) біологічні;
- в) психологічні;
- г) філософські.

7. Назвіть ім'я вченого, який досліджував особливості інтелектуальної діяльності та її трансформації в осіб похилого віку:

- а) З. Фрейд;
- б) Ф. Гальтон;
- в) К. Ясперс;
- г) Е. Еріксон.

8. Визначте основну ідею теорії старіння І. Мечникова:

- а) старіння відбувається через постійні зміни інформації в організмі (системі), наприклад, генетичної інформації у вигляді ДНК і втрат інформації під час цих змін;
- б) організм поступово втрачає здатність зберігати гомеостаз через втрату контролю за утворенням гормонів;
- в) припинення життєдіяльності відбувається виключно через те, що структурні компоненти, особливо ті з них, які не оновлюються, стають непридатними для подальшого функціонування;
- г) головною перешкодою в досягненні довголіття є кишкова аутоінтоксикація.

9. Визначте теорію старіння, згідно з якою особи похилого віку мають зберігати активну роль з метою нормального функціонування та стійкого розвитку суспільства:

- а) теорія старіння через помилку;
- б) теорія маргінальності;
- в) теорія зношування;

г) теорія діяльності.

10. Назвіть напрям дослідження в геронтопсихології, який, наприклад, дозволяє вивчити період адаптації в кількох вікових групах:

- а) експериментальна маніпуляція;
- б) описовий;
- в) культурно-генетичний;
- г) структурний.

11. Визначте групу методів, до якої відносять каузометрію:

- а) історичні;
- б) генетичні;
- в) біографічні;
- г) праксометричні.

12. Визначте групу сучасних вчених, які займалися дослідженням проблеми особистісних змін у старості, духовного розвитку, особливості життєвого шляху людей похилого віку:

- а) Г. М. Бутенко, І. В. Давидовський, Т. Д. Марцинковська, В. В. Фролькіс;
- б) К. О. Абульханова-Славська, І. Д. Бех, К. Рошак, М. Л. Смульсон, Т. М. Титаренко;
- в) В. Д. Альперович, О. Б. Поднебесна, Л. О. Регуш, О. В. Хухлаєва, Р. С. Яцемірська.

ТЕМА. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО Й ОСОБИСТІСНОГО РОЗВИТКУ В ПЕРІОД СТАРОСТІ

Людина, що веде продуктивне життя, не стає немичним старцем, навпаки, розумові та емоційні якості, розвинуті нею в процесі життя, зберігаються, хоча фізична сила слабшає.

В. Франкл

Навчальні цілі: визначити основні закономірності психічного розвитку людини похилого віку; проаналізувати зміни у фізичному та психічному розвитку людей похилого віку; охарактеризувати вікові особистісні зміни літніх людей.

Конспект лекції

Особливості психофізіологічного та особистісного розвитку в період старості

План

1. Особливості фізіологічного розвитку людей похилого віку.
2. Особливості психічного розвитку людей похилого віку.
3. Особливості особистісної сфери людей похилого віку.

Література

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология: Учебник для студентов вузов / Г. С. Абрамова. – Изд. 2-е., исп. и доп. – М. : Академический проект, 2001. – 704 с.
2. Агапова О. Старіти? Немає часу! Методичний посібник для освітньої роботи з людьми літнього віку / О. Агапова. – К., 2014. – 120 с.
3. Альперович В. Д. Проблемы старения: демография, психология, социология / В. Д. Альперович. – М. : ООО «Издательство Астель», 2004. – 352 с.
4. Анциферова Л. И. Мудрость и её появления в разных периодах жизни человека / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. – 2004. – № 3. – С. 17-24.
5. Бочелюк В. Й. Геронтопсихологія : навч. посіб. / В. Й. Бочелюк, О. А. Черепехіна. – К. : КНТ, 2014. – 436 с.
6. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології : Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013. – 264 с.
7. Долинська Л. В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.

8. Елютина М. Э. Социальная геронтология : Учеб. пособ. / М. Э. Елютина. – М. : ИНФРА-М, 2004. – 157 с.
9. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
10. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Изд. «Питер», 2001. – 992 с.
11. Краснова О. В. Социальная психология старости: Учеб. пособ. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : «Академия», 2002. – 288 с.
12. Кулагина И. Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека : учеб. пособ. / И. Ю. Кулагина, В. Н. Кулюцкий. – М. : ТЦ «Сфера», 2001. – 464 с.
13. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии / С. Г. Максимова. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 223 с.
14. Молчанова О. Н. Психологический витаукт как механизм стабилизации Я-концепции в позднем возрасте / О. Н. Молчанова // Психология старости и старения : Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2003. – С. 162–163.
15. Психология старости и старения : Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – С. 3–64.
16. Психология старости: Хрестоматия / Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.
17. Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития / Под ред. А. А. Реана. – СПб. : «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2005. – 416 с.
18. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
19. Холостова Е. И. Социальная геронтология / Е. И. Холостова, В. В. Егоров, А. В. Рубцов. – М. : Изд. дом «Дашков и К», 2004. – 295 с.
20. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость : Учеб. пособ. / О. В. Хухлаева. – М. : Изд. Центр «Академия», 2006. – 208 с.
21. Шай К. Уорнер. Интеллектуальное развитие взрослых / К. Уорнер Шай // Психология старости. – Самара : БАХРАХ-М, 2004. – С. 372–388.
22. Фролькис В. В. Старение и увеличение продолжительности жизни / В. В. Фролькис. – Л. : Наука, 1988. – 239 с.
23. Эриксон Э. Восемь возрастов человека / Э. Эриксон // Детство и общество. – 2-е изд. / Пер. А. А. Алексеева. – СПб. : Речь, 2002. – С. 235–259.

24. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : Учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

1. Особливості фізіологічного розвитку людей похилого віку

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), «здоров'я є станом повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів».

Під терміном «здоров'я» розуміють стан оптимальної життєдіяльності, довготривалої та всебічної активності в різних сферах соціальної практики, тобто стан, який дозволяє людині жити в умовах свободи, здорового способу життя й відчувати душевне, фізичне й соціальне благополуччя.

З віком прогресивно збільшується спектр патологічних уражень різних органів і систем. У похилому і старечому віці є хронічні захворювання, що знижують фізичну і соціальну активність людей похилого віку, серед яких особливо виділяються захворювання серцево-судинної системи, хвороби органів дихання та травлення, захворювання суглобів, органів зору і слуху, діабет, хвороби центральної нервової системи й онкологічні захворювання. Одночасне вплив патологічних і вікових змін в організмі обумовлює переважно хронічний характер перебігу захворювання.

Як основна соціальна проблема людей літнього віку внаслідок захворювань виступає зниження і поступова втрата працездатності, а в старечому віці – здатності до самообслуговування. Причинами цього найчастіше є захворювання опорно-рухового апарату, хвороби серцево-судинної системи, порушення й захворювання органів зору та слуху, цукровий діабет.

Взаємовплив захворювань змінює їх типову клінічну картину, характер перебігу, збільшує кількість ускладнень і їх тяжкість, погіршує якість життя, обмежує можливості лікувально-діагностичного процесу, нерідко погіршує життєвий прогноз. З віком відбувається «накопичення» хронічних захворювань, фіксується множинність патологічних процесів – *поліморбідність*. У середньому в чоловіків старше 60 років встановлюється 4,3 захворювання, а у жінок того ж віку – 5,2. Кожні наступні 10 років до них додається ще по 1-2 хвороби. Початок захворювань, що формують поліморбідність, як правило, припадає на середній вік. Літній і старечий вік – це період клінічних проявів комплексу захворювань.

Старі особи частіше, ніж молоді, мають хронічні захворювання, тобто такі, які повторюються неодноразово або ніколи не минають. Проблеми зі здоров'ям, особливо у старості, погіршують здатність долати стреси. Так, грип молодий організм може порівняно легко подолати, а в організмі старої людини може викликати незворотні зміни, збільшити ймовірність рецидиву. Зламана кістка у молодій людини зростається швидко, у старої – повільно.

На виникнення хвороб у старості впливають різноманітні чинники: спадковість, раса (виявлено, що білі люди вдвічі частіше страждають від захворювань серцево-судинної системи, ніж вихідці з Азії), стать, соціально-економічні чинники, передозування чи неправильне вживання ліків, зловживання ними тощо. Також важливим чинником появи хвороби у старості є харчування. Старіючій людині через уповільнення обміну речовин необхідно вживати менше їжі. Наслідком недотримання такої рекомендації є надлишкова вага, різноманітні хвороби тощо.

При зіставленні результатів самооцінки здоров'я з об'єктивними даними було встановлено, що стан здоров'я чоловіків у будь-якій віковій групі старше 60 років є гіршим, ніж здоров'я жінок. «Старики починають відчувати своє тіло як неможливість ним користуватися», - писав Лопес Ібор.

У похилому віці погіршується постачання киснем органів і тканин, знижується швидкість та інтенсивність споживання його безпосередньо у тканинах (тобто погіршується тканинне дихання).

Поступово у старіючого індивіда знижується функція ендокринних залоз, уповільнюється обмін речовин, знижується протидія організму інфекційним захворюванням, реакція на подразнення стає менш різкою, але більш тривалою. Імунна система організму виділяє менше антитіл, тому стара людина менше захищена від інфекційних хвороб і мікроорганізмів. У процесі старіння організму людини зазвичай відбуваються часткова атрофія і зниження функції ендокринних залоз, що призводить до значних змін функціонування ендокринної системи, зокрема до розвитку клімаксу і впливає на процеси старіння організму, що більш чітко позначено в жінок. Клімакс (з грец. *climax* – сходи) – перехідний період, коли припиняється дітородна функція жінок. У чоловіків клімакс не виявляється так яскраво, але думку про його реальне існування поділяє багато дослідників.

Уповільнюється максимальний кровотік між судинами й серцем, зростає на нього навантаження. Із віком серцево-судинна система зазнає значних змін, які пов'язані як із зовнішніми, так і з внутрішніми факторами. По-перше, розвиток атеросклерозу судин, що порушує

кровопостачання різних органів. Атеросклероз судин є причиною ішемічної хвороби серця, атеросклеротичної енцефалопатії, облітеруючого атеросклерозу судин нижніх кінцівок, гіпертонічної хвороби, ішемії кишечника. До факторів ризику розвитку атеросклерозу в літніх людей належать: ожиріння, малорухливий спосіб життя, стрес. Знижується скорочуваність серцевого м'яза, що призводить до серцевої недостатності, яка виявляється задишкою й набряками.

У системі крові також відбуваються вікові зміни. Відбувається пригнічення процесів кровотворення, утворення нових клітин крові. Характерними для літнього віку вважають залізодефіцитну анемію, онкологічні захворювання крові (лейкози).

Віковим змінам піддається і *система дихання* – зменшується життєва ємкість легенів, що виявляється задишкою. Для літніх людей характерні такі хвороби органів дихання: хронічний бронхіт, пневмонія, рак легенів, бронхіальна астма. До розвитку бронхіту і пневмонії в літніх людей призводять в основному зниження імунітету, куріння, переохолодження. Тривале куріння є фактором ризику розвитку раку легенів.

У *травній системі* з віком відбувається зниження секреції шлункового соку, уповільнення проходження харчових мас по кишечнику, що найчастіше виявляються закрепами, зниженням апетиту. Серед захворювань органів травлення в людей похилого віку частіше зустрічаються рак шлунку, хронічний панкреатит, жовчнокам'яна хвороба, цироз печінки. Факторами ризику розвитку раку є спадкова схильність, виразкова хвороба шлунка. Цироз печінки характерний для алкоголіків з «великим стажем», а також для осіб, які перенесли в молодості гепатит. Як заходи профілактики розладів травлення в літніх рекомендують збалансоване харчування з достатнім вмістом клітковини.

Захворюванням, характерним для літнього віку, яке викликає утруднення сечовипускання, є аденома передміхурової залози, що значно знижує якість життя хворого, нерідко призводить до інвалідності.

Значні вікові зміни відбуваються в *опорно-руховому апараті*, що визначають зовнішній вигляд старої людини. Знижується зріст (до 5 см) у зв'язку з ущільненням міжхребцевих дисків і зниженням їх висоти. Порушується постава, виникає кіфотична деформація хребта (сутулість, горб). Найбільш частим захворюванням хребта, характерним для літнього віку, є остеохондроз, ознаки якого можуть бути і в молодих людей.

З віком зменшується кількість *м'язових волокон*, що призводить до зниження сили й тонусу м'язів, унаслідок чого знижуються м'язові працездатність і сила. У кістковій тканині зменшується вміст кальцію, що призводить до підвищеної крихкості кісток. При цьому перелом може статися навіть при незначній травмі. Хворим на остеопороз необхідна дієта, збагачена кальцієм і вітаміном D. Для вікових змін, що відбуваються в опорно-руховому апараті, притаманні ущільнення й деформація суглобового хряща, зменшення кількості суглобової рідини.

Зміни кістково-м'язової системи виявляються зниженням рухливості й болями в суглобах; швидким м'язовим стомленням. Зниження рухливості літньої людини у зв'язку із зазначеними змінами значно погіршує якість їх життя, часто роблять їх немічними, а іноді – нездатними до самообслуговування.

Причинами захворювань кістково-м'язової системи в літньому віці є малорухливий спосіб життя, часті травми в молодості, а також генетична схильність. Провокувати загострення суглобових захворювань, що виявляється болями, можуть переохолодження, надмірне фізичне навантаження, зміна погоди.

Шкіра людей похилого віку стає більш сухою й тонкою, втрачає еластичність, унаслідок чого на ній з'являються зморшки; зменшується виділення поту та шкірного жиру; *волосся сивіє*. Раніше зморшки формувалися конкретними м'язами. Так, зморшки під очами виникали через скорочення великих виличних м'язів під час сміху. У старості вони виникають і через втрату підшкірної жирової тканини. Збільшується кількість бородавок. Через те, що часто тріскаються дрібні кровоносні судини, на шкірі виникають крихітні синці, можуть з'явитися ділянки коричневої пігментації.

Старіє нервова система. Знижується швидкість проведення нервового імпульсу, порушується динаміка протікання нервових процесів збудження й гальмування, зменшується здатність центральної нервової системи виробляти умовні рефлексії.

Серед різних частин мозку *найпершою старіє* еволюційно найпізніше утворення – *кора великих півкуль головного мозку*. Далі – відділи мозку, що утворилися раніше: проміжний, середній, продовгуватий мозок, зрештою – спинний мозок. У 75 років, порівняно із 30 роками, на 20% *знижується постачання крові до мозку*. У глибокій старості його маса помітно зменшується (на 20-30% порівняно із середньою величиною); *зростає диспропорція між вагою мозку і ємністю черепа* за рахунок потовщення його кісток; *звивини зменшуються й розширюються борозни*, особливо на лобній частині кори; *зростає щільність мозку*. У корі великих півкуль зменшується кількість клітин, тобто вона може поступово

атрофуватися. Активізація такого процесу може сприяти виникненню хвороб, стану старечої тупості чи мозкового склерозу.

Сенсорно-перцептивні функції мають у старості певні особливості. Змінюється гострота зору, кольорова чутливість, акомодаційна здатність очей (здатність пристосуватися до бачення поряд і вдалину, у сутінках і темноті); погіршується гострота слуху (насамперед слухова чутливість до високих тонів), погіршуються нюх та різні види шкірної чутливості, що зумовлює уповільнення реакцій у старості.

2. Особливості психічного розвитку людей похилого віку

Щодо пізнього віку необхідно розрізняти поняття «фізична немічність» і «психічна старість». Перше пов'язано з протіканням біологічних процесів в організмі, друге – з особливостями зміни структури особистості старої людини. Не можна розглядати біологічне постаріння як жорстко пов'язане з особистісними змінами. Нерідко можна бачити молодих людей, що передчасно постаріли психічно, або інших, які, не зважаючи на свій похилий вік, мало «відмічені» психологічним старінням, оскільки вони залишаються здатними до розвитку.

На ранніх етапах старіння людина гостро переживає будь-які ознаки старечих змін, а в пізньому віці часто втрачається критичне ставлення до вікових змін, оточуючих.

До закономірностей старіння можна віднести цілий ряд змін у вищих психічних процесах, порушення емоційної сфери, зниження резистентності щодо психічних і соціальних травмуючих чинників. Цьому сприяють також наростання фізичної немічності й розвиток багатьох соматичних захворювань.

Можна визначити такі вікові зміни психічних процесів у старості:

1. Уповільнення реакцій при більш швидкій стомлюваності.
2. Порушення відчуттів і сприйняття у зв'язку з погіршенням роботи органів слуху й зору.
3. Звуження поля уваги.
4. Труднощі розподілу й переключення уваги.
5. Зниження здатності до концентрації та зосередження уваги.
6. Підвищена чутливість до сторонніх перешкод.
7. Послаблення пам'яті у вигляді забудькуватості (синдром Корсакова), коли погіршується запам'ятовування свіжої інформації, а натомість спливають давні події.
8. Труднощі відтворення інформації.
9. Уповільнення мислення, а іноді – зниження його продуктивності.

10. Емоційна пригніченість на фоні регулярної дратівливості, зміни настрою, схильність до депресивних станів.

Зниження психічного тону, сили й рухливості становить основну вікову характеристику психічного реагування в старості. Геронтолог Е. Я. Штернберг зробив висновок, що основне, чим характеризується старіння, - зниженням психічної активності, яке виражається у звуженні обсягу сприйняття, зниженні зосередження уваги, уповільненні психомоторних реакцій. У людей похилого віку збільшується час реакції, уповільнюється обробка перцептивної інформації, знижується швидкість когнітивних процесів. Однією з характерних рис старіючої психіки є зниження темпу психічної активності, що виявляється в уповільненні психомоторних реакцій, погіршенні кмітливості, частому відволіканні, ослабленні пам'яті. Сповільненість психічних реакцій і сприйняття буває пов'язана з ослабленням слуху і зору. У період старіння все важче орієнтуватися в новій обстановці, змінювати життєві стереотипи та здобувати нові навички.

У літніх людей зростає час реакції, уповільнюється обробка перцептивної інформації та знижується швидкість когнітивних процесів. Незважаючи на ці зміни сили й рухливості, психічні функції залишаються якісно незмінними і практично збереженими. Зміна сили й рухливості психічних процесів у старості є суто індивідуальною.

У процесі старіння відбувається зниження чутливості нервової системи людини, що зумовлює сповільнення реакції організму на зовнішні подразники й зміну чутливості різних органів чуття.

Найпоширенішим проявом результату старіння є зміни слухової чутливості людини. Експериментальні дані підтверджують, що зниження слуху спостерігається у третини людей похилого віку а, насамперед, у чоловіків. Йдеться про погіршення здатності вирізняти голоси чи звуки з-поміж інших шумів. У процесі старіння погіршується чутливість сприйняття окремих звуків мовлення, наприклад, таких, як «с», «ш», «ч» і «ф».

У період старості в людини можуть виникати різноманітні порушення зору. Часто знижується здатність фокусувати погляд на предметах. Окрім того, зміна структури кришталика ока може призводити до його помутніння, а потім – і катаракти. Ускладнення фокусування зумовлює труднощі сприйняття різких контрастів і дрібних предметів.

Іншим проявом змін зору в людей похилого віку є зниження гостроти зору. Воно пов'язане з погіршенням еластичності кришталика ока, а також із відмиранням рецепторів сітківки.

Ще однією ознакою вікових змін зору є складність ігнорування побічних (тих, що не є важливими в конкретній ситуації) подразників. Наприклад, із віком стає складніше виявити потрібний дорожній знак серед багатьох інших. Компенсацією цієї проблеми є надлишок інформації у вигляді знаків, які повторюються кілька разів. Стандартизація розміщення й формату знаків також допомагає людям похилого віку виявляти потрібні візуальні сигнали.

Зміни зорової чутливості в людей похилого віку тісно пов'язані з динамікою психофізичних функцій. Літні люди характеризуються зниженням кольорової чутливості. Результатом таких змін є необхідність більш яскравого освітлення (у 2–3 рази) навколишніх предметів для нормального їх сприйняття.

Варто зазначити, що зниження чутливості характерне не для всіх органів чуття. Наприклад, смакові відчуття в старості майже не змінюються, особливо добре зберігається здатність відчувати солодке. Однак нюх у цей період відчутно погіршується порівняно зі смаковою чутливістю.

Таким чином, у процесі старіння більшість сенсорних функцій людини відчутно погіршується. Однак, незважаючи на те, що всі ці види зниження сенсорної чутливості характерні для літніх людей, специфіка їх прояву зумовлюється індивідуальними властивостями, а також особливостями сфери діяльності.

Поширене уявлення про порушення пам'яті як основного власне вікового симптому психічного старіння. Фіксація на порушеннях пам'яті типова для самих старих людей. Загальний висновок численних досліджень останніх років щодо впливу старіння на пам'ять полягає в тому, що пам'ять дійсно погіршується, але це не однорідний і не односпрямований процес. Дослідження свідчать, що різні види пам'яті знижують продуктивність неодноразово. Так, *старіння мало зачіпає сенсорну* (понадкороткочасну – забезпечує утримання протягом дуже короткого часу менше 1 сек. – продуктів сенсорної переробки інформації, яка надходить в органи чуття) *та оперативну пам'ять*. У довготривалій пам'яті спостерігаються численні вікові відмінності, але це залежить від особливостей тієї діяльності, якою вони займаються. *Особи похилого віку краще запам'ятовують те, що для них важливо чи може стати необхідним у житті*. Напевне, ця особливість допомагає їм підтримувати навички і здібності в гарній формі. *Практично повністю у старіючої особи зберігається теоретична пам'ять*. Вони краще, ніж молоді пригадують подробиці історичних подій, особливо якщо вони брали в них участь. Із віком у них *погіршується механічна пам'ять, а логічна зберігається; образна пам'ять слабшає більше, ніж смислова, знижується*

асоціативна. У цілому основою пам'яті в старому віці є логічний зв'язок, а через те, що логічна пам'ять пов'язана з мисленням, можна припустити, що мислення людей похилого віку є досить розвиненим.

Значна кількість факторів, не пов'язаних безпосередньо з віком (обсяг сприйняття, вибірковість уваги, зниження мотивації, рівень освіти), впливає на якість виконання мнемічних завдань. Літні люди скаржаться на забудькуватість і неуважність, труднощі в засвоєнні нової інформації. Намагаючись їх подолати, вони насамперед усвідомлюють сенс нової інформації, суть подій, що відбуваються, кілька разів усе повторюють. Наголошується, що в літніх людей, імовірно, нижча ефективність організації, повторення та кодування. Однак тренування після ретельного інструктування й невеликих вправ істотно покращує результати, навіть у найбільш старих (тих, кому близько 80 років). Проте ефективність подібного навчання молодих людей вища, тобто резервні можливості розвитку в літніх людей менша. Різні види пам'яті: сенсорна, короткочасна, довготривала – страждають різною мірою. «Основний» обсяг довгострокової пам'яті зберігається. Після 70 років переважно страждає механічна, найкраще працює логічна пам'ять. Великий інтерес становлять дослідження автобіографічної пам'яті.

У осіб похилого віку існують *значні труднощі з розвитком концепцій і абстрактного мислення*. Дж. Ботвіннік, вивчаючи динаміку здатності до абстрактного, логічного, асоціативного мислення, виявив, що з віком у них *з'являється більша обережність у формуванні нових понять, теорій, а тому їм необхідно більше часу, ніж молодшим для створення тих же понять і теорій. Мовлення і словниковий запас майже не змінюються (Дж. Ботвіннік), уповільнюється творча активність*.

У старих *знижується здатність до засвоєння нового*. Їхній інтелект більше спрямовується на саморегуляцію психічної активності, а менше – на пізнання світу.

Зниження показників інтелекту в старості часто пов'язане з уповільненням швидкості реакцій, через що збільшується час, необхідний для виконання завдання. Однак, якщо людину не обмежувати чіткими межами часу, успішніше виконання завдання можливе.

При характеристиці когнітивних змін у старості використовують різні види інтелекту.

Операційно-динамічний інтелект характеризується переважно швидкісними характеристиками, зокрема швидкістю запам'ятовування, індуктивним мисленням, оперуванням просторовими образами. Поступовий розвиток даного виду інтелекту, за даними окремих дослідників, продовжується до закінчення юності, а потім знижується в

дорослому та похилому віці, оскільки цей тип інтелекту відображає переважно фізіологічні можливості нервової системи.

Кристалізований інтелект – здатність, яка приходить з досвідом і освітою, спирається на знання й уміння, які накопичені протягом тривалого часу. Це здатність встановлювати відношення, формулювати судження, аналізувати проблеми й використовувати засвоєні стратегії для розв'язування задач. Ця форма інтелекту набувається шляхом інтенсивних контактів із власним культурним середовищем. Кристалізований інтелект часто підвищує показники протягом усього життя людини, доки вона зберігає здатність приймати і зберігати інформацію. За показниками кристалізованого інтелекту люди в 50 років часто демонструють кращі результати, ніж у юності.

Рухомий інтелект – здатність вирішувати нові проблеми, для яких немає звичних способів. Значне зниження інтелектуальних показників можна констатувати тільки після 65 років.

Існують докази того, що кристалізований інтелект більш стійкий до старіння порівняно з рухомим, зниження якого, як правило, виражається більш різко і в ранні терміни. Велике значення при оцінці інтелекту має фактор часу, бо його обмеження, що відводиться на вирішення інтелектуальних завдань, призводить до помітних відмінностей результатів літніх і молодих людей навіть за тестами на кристалізований інтелект. У той же час існує вікове варіювання: зниження навіть рухомого інтелекту відбувається не у всіх.

Старим людям, на відміну від молоді, більш притаманна *мудрість* – когнітивна властивість, у основі якої лежить кристалізований культурно-обумовлений інтелект, що пов'язана з досвідом. Більш розповсюдженим є розуміння мудрості як *експертної системи знань людини, зорієнтованої на практичну сторону життя, яка дозволяє робити виважені судження й давати корисні поради стосовно життєво важливих питань*. Експертні знання, які асоціюються з мудрістю, зазвичай поділяють на п'ять категорій: фактуальні знання; процедурні знання, зорієнтовані на практичний бік життя (підґрунтя виважених суджень і корисних порад); контекстуальні знання (пов'язані з подіями у власному житті); знання про відносність життєвих цінностей; знання про непередбачувану змінюваність життя.

Виокремлюють три головні функції мудрості: адаптаційну; організувальну; розвивальну.

За Б. Балтесом, мудрість пов'язана переважно із розв'язуванням важливих і складних питань, зокрема, тих, що стосуються сенсу життя й життєвих проблем конкретних людей. Рівень знань, суджень і порад, відображений у мудрості, надзвичайно високий, знання ці – широкого

діапазону, глибокі та збалансовані. Мудрість поєднує в собі як розум, так і добродійність, спрямовану не на власну користь, а на користь інших і всього людства. Цікавою властивістю мудрості є те, що вона легко розпізнається навіть тими, хто не досяг її рівня.

О. К. Тихомирова розглядає мудрість як інтерсуб'єктний феномен. Відповідно до цього підходу вона виникає як специфічне соціальне утворення у просторі міжособистісного діалогічного спілкування і виявляється в ситуаціях взаємодії у відповідь на запит інших суб'єктів (у формі уміння дати пораду) або в процесі внутрішнього діалогу при зверненні до себе як до іншого (у формі прийняття рішення, здійснення вибору). При цьому генеза мудрості визначається розвитком та інтеграцією смислових утворень на всіх рівнях мисленнєвої діяльності: мотиваційному, цільовому, операційному. Саме тому мудрість, на думку Д. О. Леонтьєва, можна тлумачити як інтегральну характеристику особистісного потенціалу.

За Е. Голдбергом, мудрість – це найвищий рівень компетенції, тобто особливої здатності розпізнавати схожі елементи між новими й попередньо розв'язаними задачами. Останнє передбачає, що компетентна (мудра) людина має в своєму розпорядженні великий набір розумових образів, кожен із яких фіксує сутність широкого діапазону специфічних ситуацій і найефективніші дії, пов'язані з цими ситуаціями. При цьому джерелами мудрості є не тільки власний досвід індивіда. Витоком мудрості (як і ментальності) є культура, мова. Компетентність і мудрість, на думку Е. Голдберга, не тільки глибока здатність проникнення в сутність речей, а й розуміння того, яку саме дію необхідно здійснити, щоб змінити їх. Тому як мудрість, так і компетенцію цінують за їх прескриптивні, прогностичні можливості.

Дослідження Н. О. Мехтиханової засвідчило, що до структури мудрості входять когнітивні, особистісні та поведінкові підструктури. Когнітивна підструктура визначається досвідом і знаннями як базовими, так і про досвід виконання дій, самопізнанням, научуваністю, оперативним використанням інформації, врахуванням контексту й баченням ситуації в цілому, інтуїцією, передбаченням, логічним мисленням, розважливістю, аналітичністю тощо. Особистісні властивості, які відіграють певну роль у становленні мудрості, – це толерантність, стриманість, альтруїзм, хитрість, організованість, допитливість, скромність, доброта, обережність, комунікабельність. Поведінкова підструктура пов'язана з використанням знань на практиці (їх перетворення на засоби розв'язування задач), готовністю давати поради чи не давати їх (тобто мовчати), втілювати нові ідеї.

Динаміка розвитку когнітивної сфери, зокрема формування мудрості як когнітивної властивості людини, має неоднаковий характер у різних осіб. Часто має місце зниження пізнавальної діяльності старіючої особи, причинами чого можуть бути захворювання мозку (хвороба Альцгеймера – прогресуюче руйнування мозкових клітин, мікроінсульти, що виявляється в забудькуватості, втраті звичних навичок, слабоумстві), загальне погіршення здоров'я людини, низький рівень її освіти, відсутність мотивації до пізнавальної діяльності.

Водночас такі відомі особистості як І. Кант, І. Павлов, В. Гюго, Л. Толстой, Б. Шоу, М. Амосов, Г. Костюк, Б. Патон та багато інших продовжували продуктивно працювати після сімдесяти років. Причинами позитивної динаміки когнітивної сфери таких людей можуть бути об'єктивні та суб'єктивні фактори. До об'єктивних належить *спадковість*. Суб'єктивні можуть бути фізичними, соціальними та психологічними. Фізичні фактори визначають *стан соматичного і психічного здоров'я, обумовлений способом життя* (як доросла людина підтримує фізичну форму, якими є фізична культура, фізичні навантаження, чи зловживає особа спиртним). Соціальні фактори – *рівень освіти і діяльність, якою займалася доросла людина в попередні роки* (прямо пропорційна залежність, такі особи прагнуть до пізнання). Психологічні фактори – *широта інтересів, прагнення до самореалізації та самовираження*.

Для компенсації зниження інтелектуальної діяльності у старості людина може застосовувати окремі способи, які передбачають зміну стратегії, довільний вибір і використання достатньо нових форм опосередкування психічної діяльності: активно використовувати наочні опори при виконанні складних завдань, переводити дії в зовнішній план з поетапним дозуванням виконання програми, точно запам'ятовувати інформацію за рахунок збільшення фази заучування, змінювати стратегію виконання завдань у вигляді переведення операцій у дії з постановкою проміжних цілей.

На думку І. Г. Коваленко-Кобилянської, інтелектуальна підтримка людей похилого віку може бути представлена двома напрямками. У першому випадку інтелектуальна активність спрямована на максимальне психічне збереження старіючої людини. Для досягнення бажаного результату достатньою умовою є відвідування літньою людиною клубів за інтересами, подорожей із однолітками тощо. У результаті такої інтелектуальної активності психічне згасання відбувається плавно, і на тлі інших представників геронтогенезу старіюча людина може почуватися психологічно комфортно.

Другий вид інтелектуальної підтримки – освоєння літньою людиною принципово нового знання, такого, з яким вона не стикалася в більш ранні періоди свого життя (опанування нової мови спілкування в новому середовищі, користування сучасними технічними новинками тощо).

У 2008 році за ініціативою Міністерства праці і соціальної політики було розроблено і реалізовано на практиці пілотний проект «Університет третього віку». Цей проект став відповіддю на виклик часу: багато хто з пенсіонерів відчували себе непотрібними; матеріальні умови життя також були далекими від ідеальних. Проект дозволив підтримати старших людей, допомогти їм адаптуватись до сучасних реалій життя. Перший університет відкрили того ж року у Ковелі, на Волині, на базі територіального центру соціально-побутової реабілітації. За прикладом Ковельського університету схожі навчальні заклади відкриваються і в інших містах України: у Кременчуці, Дніпропетровську, Євпаторії та Києві.

У відповідності до інтересів громадян похилого віку навчання ведеться за такими напрямками: література і мистецтво, іноземні мови, здоровий спосіб життя, основи медицини, краєзнавство, психологія, юридичний, релігієзнавство, кулінарія, перукарська майстерність.

Особливо слід наголосити на комп'ютерних курсах. Для більшості людей похилого віку стало очевидним, що без освоєння інформаційних технологій і сучасних засобів комунікації легко потрапити на життєве узбіччя, тому цей освітній напрям – найбільш популярний і масовий.

Навчально-біографічна робота сприяє засвоєнню загальнолюдських цінностей; допомагає у спілкуванні з представниками інших поколінь, з молоддю.

Можна використовувати такі групові форми організації неформального навчання людей похилого віку, які мають певні переваги:

Лекція: передавання інформації у готовому структурованому вигляді; велика група людей; форма подання матеріалу, частіше за все – монолог; використовуються сучасні технічні засоби (Power point презентації).

Вебінар: навчання з використанням комп'ютера та Інтернету; велика кількість учасників навчання, які перебувають у різних місцях, не разом; можливі діалогові форми, спілкування, обговорення.

Тренінг: невеликі групи (10-20 учасників); розвиток конкретних навичок, вмінь у безпечних умовах навчання; неформальна відкрита атмосфера.

Семінар: спеціальна підготовка за визначеним напрямом діяльності; практичні навички, корисні для практичного застосування; викладач – модератор, посередник, «активатор» життєвого і професійного досвіду; комфортне групове навчання.

Майстер-клас: передавання досвіду, професійних знахідок, ноу-хау в авторському виконанні; швидкий спосіб здобути знання в одній конкретній сфері; групове навчання; викладач – майстер, визнаний авторитет.

Освітній туризм: знання набуваються під час подорожі; поєднання навчання з розширенням кругозору; зворотний зв'язок, як правило, налагоджується неформально, неструктуровано; кількість людей у групі залежить від мети та організаційних можливостей, фізичних обмежень учасників і має бути мінімальною.

Підвищений інтерес до геронтологічної проблематики сприяв появі нової галузі знань – **герагогіки** – це наукова теоретична і практична дисципліна про навчання і супровід людей похилого віку в період їх постпрофесійної діяльності задля подальшого розвитку. На розвиток герагогіки мали вплив геронтологія, психологія, соціологія, а також практичний досвід центрів соціальної підтримки з надання допомоги і піклування про людей старшого віку.

Завдання герагогіки:

- дослідження особливостей людей похилого віку, їх інтересів і потреб у навчанні;
- визначання цільових груп, які потребують специфічних освітніх технологій і підходів (це старші люди з обмеженими можливостями, представники етнічних меншин і так званого четвертого віку і та ін.);
- навчання «гармонійному старінню» представників різних вікових груп, інтеграції між поколіннями і взаєморозумінню;
- опрацювання освітніх програм, орієнтованих на самореалізацію особистості, гармонізацію її взаємин зі світом і з самим собою;
- підготовка спеціалістів, здатних вирішувати завдання із навчання старших людей у сучасних умовах.

Освіта літніх людей зможе сягнути нового рівня розвитку, коли до неї, як це відбувається в інших країнах, активно долучаться ще й інші структури та організації, зокрема заклади культури (бібліотеки, будинки і палаци культури), освітні установи (загальноосвітні школи, вищі навчальні заклади), медичні та оздоровчі центри, коли набуття знань стане щоденною практикою і в будинках літніх людей.

3. Особливості особистісної сфери людей похилого віку

Серед змін саме в особистості старої людини можна виділити такі:

1. Посилення відчуття меншовартості, невпевненості, коливання самооцінки, підвищення чутливості.
2. Пригніченість настрою, відчуття самотності, безпорадності, стривоженості, зниження працездатності.
3. Перебудування мотиваційно-потребової системи, ціннісних орієнтацій.
4. Корегування «Я-концепції».
5. Підвищення інтересу до переживання минулого, його переоцінки.
6. Загострення та зміни деяких рис характеру.
7. Зниження вольової активності, можлива поява апатії.

Динаміка особистості у старості зумовлюється необхідністю задоволення життєво важливих потреб цього віку. Особливе місце серед них мають *екзистенціальні*, які виявляються у *смыслоутворювальній потребі* (збагаченні змісту життя, пошук вершинного сенсу) та *задоволенні потреби в свободі*.

Перша відображається в наявності життєвих цілей, у самовизначенні, самоактуалізації, прийнятті себе, активізації духовних надбань, особистісній рефлексії, а друга – у відповідальності, вольових якостях, відповідному локусі контролю. Здатність до самовизначення, саморозвитку, свідомої предметної діяльності та саморегуляції є ознакою особистості як форми існування психіки людини, що являє собою цілісність (С. Д. Максименко). Свобода, потреба у ній, згідно з І. Д. Бехом, виявляється у самовизначенні духу людини, її ціннісних пріоритетах.

Екзистенціальними потребами зумовлена провідна *ціннісна орієнтація* осіб похилого віку – «*гармонійне життя*», тобто прагнення до збереження рівноваги, урівноваженості в основних сферах життєдіяльності, передачі особистісного життєвого досвіду й майстерності нащадкам. Пріоритетними для старіючих осіб, згідно з дослідження І. Д. Бека та Х.О. Порсєвої, є *етичні ціннісні орієнтації*, зокрема, «чесність» і «вихованість», ціннісні орієнтації міжособистісного спілкування. Ними визначено, що у структурі термінальних ціннісних орієнтацій осіб похилого віку переважають ті, які спрямовані на задоволення «нижчих» вітальних потреб самообслуговування, а «розваги» витіснено на периферію ціннісної сфери. Критичними, на межі витіснення, є ціннісні орієнтації «творчість» і «краса природи та мистецтва», які належать до категорії духовних цінностей і

забезпечують ефективний перебіг процесу старіння. Переважно витісненими на периферію є індивідуальні ціннісні орієнтації, а також ціннісні орієнтації, спрямовані на самоствердження та професійну самореалізацію.

Структура ціннісних орієнтацій осіб похилого віку характеризується внутрішньою сталістю та інтегрованістю. Головними чинниками формування системи ціннісних орієнтацій старіючих осіб є соціальні, далі – особистісні, що переважно є детермінантами наявної системи ціннісних орієнтацій. Проте соціальні умови похилого віку, зокрема соціальна ситуація розвитку, пов'язана з припиненням професійної діяльності, або ж умови проживання в будинку-інтернаті моделюють ієрархічні взаємозалежності усередині сформованої системи ціннісних орієнтацій.

Характеризуючи *ієрархію потреб* у цьому віці, К. Рощак у «провідній групі» виявив потреби в уникненні страждань, у допомозі, спасінні та постійності. При чому допомоги більше потребують жінки, а постійності – чоловіки. До середньої групи потреб належать потреби в автономії, у проектуванні на інших своїх психічних проявів (прояв суб'єктивності, пристрастності сприйняття, підозрілість щодо інших), у захисті (власного «Я» від стороннього втручання), у турботі про інших, у владі, у внутрішній інтегрованості, у внутрішній та зовнішній агресії. Із названих майже всі, окрім потреби у турботі та у внутрішній інтегрованості, більше властиві чоловікам, а потреба в агресії виявляється на однаковому рівні у представників обох статей.

«Підпорядкованими потребами» є потреби в любові, еротичі, сексі, у відштовхуванні (ворожому підозріливому ставленні до інших, необхідність тримати з ними дистанцію) та у самоприпиненні та творчості. Останні дві найменше виявляються в цьому віці. Потреба у відштовхуванні у жінок, на відміну від чоловіків, взагалі не виявляється. У цілому в похилому віці відбувається зміщення низки провідних потреб (зокрема, потреби у творчості) на нижчі рівні й акцентування окремих потреб (наприклад, в уникненні страждання), що порушує їхній взаємозв'язок і ускладнює процес саморегуляції.

Провідними потребами, згідно з А. Маслоу, у літньому і старечому віці стають тілесні потреби, а також у безпеці й надійності. Таким чином, мотивами даної категорії людей є індивідуальні, соціальні, біологічні, релігійні, мотиви самовираження та тонатологічні (таблиця 1).

Таблиця 1

Мотиви літніх людей

№	Мотиви	Характеристика	Вплив на активність
1.	Індивідуальні	Духовність, гармонія	Відчуття активності та потреб у діяльності
2.	Соціальні	Спілкування, приналежність	Комунікативна активність, підтримувальне спілкування
3.	Біологічні	Здоров'я, фізичні потреби	Мотивація до здорового способу життя та підтримки здоров'я
4.	Релігійні	Каяття, спокута гріхів	Благодійність, допомога іншим
5.	Самовираження	Творчість, відпочинок	Самореалізація, передача досвіду
6.	Тонатологічні	Підготовка до смерті	Завершення незакінчених справ, реалізація мрій

Досить оригінальне трактування пропонує соціолог А. Качкін, поділяючи літніх людей за типами залежно від інтересів, чільних у їхньому житті:

Сімейний тип націлений тільки на сім'ю, її благополуччя.

Самотній тип, наповненість життя якого, досягається переважно за рахунок спілкування з самим собою, власними спогадами (можливий варіант самотності вдвох).

Згасаючий тип. Людина, яка так і не змогла або не захотіла компенсувати колишню повноту життя якимось новим заняттям, не знайшла застосування власним силам.

Хворий тип. Люди такої спрямованості зайняті не стільки підтриманням власного здоров'я, скільки спостереженням за перебігом своїх хвороб. Багато люди похилого віку стають девіантами, тобто людьми з відхиленнями поведінки (п'яниці, волоцюги, злодії).

Релігійний тип заповнює своє життя зануренням у релігію (активний або пасивний).

Політичний тип заповнює своє життя участю (активним або пасивним) у політичному житті.

Творчий тип. Не обов'язково повинен займатися художньою творчістю, цей тип може реалізувати себе й на садовій ділянці.

Соціальний тип – пенсіонер–громадський діяч, зайнятий суспільно-корисними справами і заходами.

Із зміною системи життєдіяльності людини у похилому віці, корегується її Я-концепція як динамічна система уявлень про себе, власні фізичні й інтелектуальні якості, самооцінку. Вона містить інформацію про множину Я-образів, що виникають у результаті самосприйняття й самоуявлення протягом усього життя.

Уявлення про себе особи похилого віку пов'язане із вибірковою пам'яттю, яка, відображаючи події, намагається не порушити основні особистісні позиції та стратегії, тобто людина зосереджується переважно на позитивних аспектах власної особистості та оточення.

Людина прагне зосередитися на осмисленні переживань, які свідчать про позитивне функціонування («Я реалізував себе», «Я приймаю цінності свого життя», «Я не боюся смерті», «Я правильно прожив життя», «Я досяг основних цілей», «Моя старість спокійна й забезпечена»), уникає переживань, що шкодять функціонуванню її Я та порушують рівновагу («Я обрав помилковий план і стратегію життя», «Я не реалізував себе в житті», «Я не досягнув поставлених цілей», «У мене багато хвороб», «Я боюся смерті», «Я не люблю життя та світ»). Наслідком цих переживань є узгодження (чи неузгодження) Я-концепції зі значним життєвим досвідом особистості.

На етапі старості змінюються основні функції Я-концепції. Оскільки особистісний досвід уже не збагачується, то не доводиться інтерпретувати його й інтегрувати нові аспекти. Як правило, Я-концепція вже не є активним джерелом нових життєвих очікувань, знижується її роль у дотриманні стратегії життя та поведінки, оскільки ця стратегія вже визначена і, як правило, реалізована.

У людини в цьому віці знижується роль Я-концепції в дотриманні стратегії життя та поведінки, бо вона давно визначена і, як правило, реалізована, тобто вона не є активним джерелом нових життєвих очікувань. Однією зі складових Я-концепції особи на етапі старості є віра в Бога, в трансцендентне, за допомогою якої вона осягає проблеми страждання, смерті, вічності, життя, любові.

У похилому віці відбуваються суттєві зміни в самооцінці особи, її самоповазі та задоволеності життям. На це впливає стан здоров'я людини, рівень активності, участь у суспільних справах, соціально-економічний статус, ширина та якість соціальних взаємин, орієнтація на майбутнє, наявність у неї захоплень (хобі). Більшість досліджень самооцінки свідчать про її певне зниження (у цілому чи окремих компонентів) у старості порівняно із молодшими віковими періодами. Хоча таке зниження компенсується, зокрема, значимим для людини видами діяльності, адже за інших умов може відбутися певна її дезадаптація, погіршення фізичного і психічного стану

(Г. М. Москалець). Якщо в період зрілої дорослості домінував когнітивний компонент самооцінки, то в похилому віці активізується її емоційний аспект (емоційна оцінка власної поведінки, стану здоров'я, здібностей).

Характеризуючи себе у старості, чоловіки частіше згадують категорії ділової сфери, а жінки – особистісні якості. Значне місце в описі себе має сфера інтересів, захоплень. Порівняльний аналіз самооцінки чоловіків та жінок Т.З. Козловою не виявив суттєвої відмінності між ними. *Більшість досліджуваних осіб похилого віку має високу та середню самооцінку.*

Найбільш благополучною віковою групою жінок є 60-64 років, а найменш благополучною – 55-59 років. Звичайно, якщо в людини замолоду була висока оцінка, вона зберігається і у старості. *Низьку самооцінку переважно мають особи похилого віку з неблагополучною старістю.* Також самооцінка може знизитися під впливом трагічних життєвих обставин (хвороба, старечі недомагання, втрата рідних, самотність).

Результати проведеної О. Г. Коваленко діагностики свідчать, що в похилому віці особистість має середній рівень самооцінки, вона оцінює себе як носія позитивних соціально бажаних характеристик, але інколи може бути занадто критичною до себе. Водночас динаміку самооцінки в похилому віці визначають такі фактори: стать, місце й умови проживання. У цьому віці жінки, містяни, особи, які живуть з родиною, мають вищу самооцінку, ніж чоловіки, селяни та особи, які живуть самі.

Старі особи мають *позитивне ставлення до себе* (згідно з дослідженнями О. В. Красової). Більшість із них визначилися у власних інтересах, світовідчутті, приймаючи свої недоліки і переваги, визначивши власне місце у світі та в сім'ї. Але їхня особистісна ідентичність (самовизначення в термінах особистісних характеристик) переважає над соціальною (самовизначення у термінах приналежності до певної соціальної категорії). Зовнішньо присвоївши собі ролі осіб похилого віку, внутрішньо вони їх не приймають.

Результати наукових досліджень *особистісних якостей* у старості не є однозначними. Так, окремі науковці (П. Т. Коста, Н. Хаан, С. Л. Уїлліс) підтверджують гіпотезу про *стабільність* особистісних рис у цьому віці, доводять, що на прояв емоційності, товариськості й активності значно впливає генетичний чинник, тому з віком вони залишаються практично незмінними. З іншого боку, Е. Еріксон, К. Юнг наголошують на *якісній відмінності* рис особистості на різних стадіях старіння.

Втрата глибоких соціальних зв'язків, відчуття перспективи в цьому віці, яка виявляється у зниженні поведінкового контролю (В. Д. Альперович) та «виснаженні» чутливості (Р. М. Грановська,

І. В. Давидовський) призводить до зростання *егоцентричності* у старості, переконаності старих у беззаперечній справедливості їхніх позицій. Це виявляється у спотвореній інтерпретації оточення, а також у таких рисах: амбіційність, образливість, нетерпимість до заперечень. Іншими наслідками втрати соціальних зв'язків може бути дуже велика (*стареча*) *балакучість*, пов'язана із недооцінкою старіючими особами значимості свідомої регуляції своєї поведінки у стосунках з оточуючими і поступова втрата цих навичок, *загострення особистісних рис*.

Також людям похилого віку властива *виражена стурбованість життям*, подіями в суспільстві, майбутнім, родичами (М. Д. Александрова, В. Д. Альперович) як не досить усвідомлений у край генералізований стан, який нагадує незначну тривогу. Такий стан стурбованості зумовлений самою сутністю старіння, супроводжується зниженням психічної сили, зменшенням обсягу психічного життя, економним використанням психічних ресурсів.

Одним із проявів старечої стурбованості є їх *прив'язаність до різних дрібниць*. У певних ситуаціях вона навіть може стати хронічною й виникати без видимих причин. Особа стає перебільшено уважною до речей власного ужитку (певне місце перед телевізором, певний спосіб накриття чашки, певне оточення у кімнаті, можливість подрімати у конкретний час тощо) і найменша можливість зміни таких усталених і звичних способів дій сприяє тому, що вони стають неспокійними, вважають це обмеженням їхніх прав, ображаються.

Стареча стурбованість, як зазначають К. Рошак, М. В. Єрмолаєва, має *адаптивний* характер, бо допомагає виробити специфічну тактику збереження зусиль; дозволяє заздалегідь передбачати й уникати ситуацій, що викликають негативні емоції; сприяє пристосуванню організму до зміненого середовища; упереджує виникнення нудьги й надає гостроти суб'єктивній картині оточуючої дійсності.

Із стурбованістю старих пов'язана *тривожність*, яка у випадку загострення може призводити до виникнення фобій, відчуття безнадійності супроводжуються негативними соматичними проявами. Науковці зазначають, що в осіб похилого віку переважає тривожна туга. Тривожність у двічі частіше виникає у старих жінок, ніж у чоловіків.

Настрій у людей похилого віку стає нестійким, переважають знижений фон і песимізм, невдоволення оточуючими. Легко виникають почуття тривоги і страху. У емоціях старіючої особи з'являється інертність, застиглість, своєрідне «застрягання», в'язкість, втрата гнучкості. Зростає емоційна нестійкість та напруженість, посилюється вразливість, образливість у відповідь на звичайні повсякденні взаємини з оточуючими. Будь-які сторонні впливи сприяють виникненню

пригніченого настрою, тривожного очікування подальших неприємностей і хвилювань; легко виникає тривога й туга, жаль за втраченим минулим і відсутністю майбутнього. У процесі накопичення негативних емоційних емоцій у літніх людей може виникати стан емоційного дискомфорту, який часто трансформується у тривалі тривожно-фобічні, депресивні й інші стани, які на ранніх етапах можуть бути безпредметними, а далі наповнюватися певним змістом і мотивами.

Описуючи емоційні стани старих осіб, К. Б. Поднебесна зазначає, що у них стійко *переважають крайні емоційні стани* – знижений (депресивний) або підвищений (ейфорічний). Підвищений емоційний стан, поряд із нормальним суб'єктивно переживається старими як емоційно комфортний.

У зв'язку з ригідністю мислення літні люди немов застряють на емоційно негативно забарвленій ситуації, знову і знову осмислюють пережиту подію. Відзначається неадекватність реакції на зовнішні та внутрішні чинники. Незначна з точки зору людини середнього віку образа, завдана літній людині, може призвести до емоційного зриву і декомпенсації його психічного стану. Будь-яка, навіть незначна помилка, нетактовність, неповага чи черствість із боку оточуючих в літньому віці сприймається як важка психічна травма. Стара людина починає почуватися небажаною, непридатною, самотньою. Емоційний інтерес до оточуючих слабшає, зростають егоцентризм, недовірливість, контакти стають більш вузькими й формальними. Такі характерологічні зміни викликають утруднення в спілкуванні та сприяють виникненню міжособистісних конфліктів, насамперед у власній родині, із дітьми.

Нерідко відбувається наростання суперечливих особистісних рис – сензитивності та емоційної ригідності, консерватизму разом із підвищеною вимогливістю, нетерпимістю до поглядів і вчинків оточуючих і зниженням критичності до власної поведінки. У таких випадках людина сприймається як уперта і незговірлива, а сама вона переживає глибокий конфлікт між самооцінкою й оцінкою іншими.

Нерідко домінуюче значення в такому віці набувають питання здоров'я. Літні люди стають *іпохондричними*, фіксують увагу на фізичних відчуттях, багато часу приділяють медичним обстеженням і лікуванню численних недуг. Зосередившись на окремому симптомі якоїсь хвороби (стомлюваності, слабкості, невизначених болях у різних частинах тіла, зморшках, облісінні, сутулості), вони не зважають на його природний і закономірний характер у старості, стають надмірно недовірливими, у них виникають помилкові, а інколи й реальні ознаки хвороби, наявні психосоматичні порушення: мігрені, запаморочення, хронічні розлади

травлення. Такі старі вважають, що вилікувати їх може тільки медицина (офіційна або неофіційна), тому вони дуже сприйнятливі до різноманітних медичних препаратів та методів лікування, чим і користуються різноманітні шахраї. Саме стан здоров'я, способи лікування й самолікування стають однією з головних тем їхнього міжособистісного спілкування.

Старим особам також часто властиві *депресивні стани*, які мають адаптаційний характер і виявляються в ослабленні афективного тону, уповільненні афективної жвавості, відокремленості афективних реакцій; при цьому індивіди обмежені в можливості передавати душевні емоційні порухи. Вони уникають активної участі в житті суспільства, переосмислюють його значення для себе, відмовляються від цінностей соціального світу, відчують порожнечу життя, його суєтність і непотрібність. Усе, що відбувається навколо здається малозначним і нецікавим. Цікавим, повним сенсу видається лише життя в минулому, а воно ніколи не повернеться. Стан депресії може виникати і при патологічному, і при нормальному старінні. В останньому випадку її симптоми є психологічними і часто виникають як реакція на соматичне захворювання чи зниження дієздатності. Депресія вдвічі частіше зустрічається у старих чоловіків, ніж у жінок і в похилому віці найвищого рівня вона досягає в 65 років.

Стан депресії пов'язаний із *егоцентризмом*, бо стара особа зосереджена на собі, власних проблемах і хворобах. Вона схильна проектувати власний внутрішній світ на оточуючих, має спотворене розуміння минулого, з огляду на що їй починає здаватися, що в минулому не було нічого хорошого, цінного, а це заважає позитивній для старості роботі з осмислення прожитого життя. Старіючі особи у стані депресії навіть частіше здійснюють спроби самогубства.

Поведінці людини у старості властиве *зниження цілеспрямованості, поява обережності* (така риса пов'язана зі зростаючою ригідністю), *жорсткість, скутість*. Причиною негативних проявів, на думку В. М. Банщикова, є зміни у психічній реактивності людей похилого віку, які впливають на їх поведінку та взаємини.

Дослідження особливостей виявлення *вольових якостей в осіб похилого віку за їхньою власною оцінкою* засвідчує, що такі якості розвинуті у них на низькому рівні. Це, у свою чергу, свідчить про те, що особам похилого віку властивий недостатній самоконтроль, вони нездатні дотримуватися прийнятої лінії поведінки, залежать від зовнішніх обставин чи оцінки (О. Г. Коваленко). Окрім того, на прояв вольових якостей у цьому віці впливають стать, місце й умови проживання, рівень освіти, професійна зайнятість, задоволеність станом власного здоров'я. У

жінок, містян, осіб, які живуть з родиною, мають вищу освіту, працюють, задоволені станом власного здоров'я, рівень вольових якостей є вищим, ніж у чоловіків, селян, осіб, які живуть самотньо, мають середню освіту, не працюють, незадоволені станом власного здоров'я.

Т. М. Волкова характеризує *статеві особливості переживання процесу старіння*. Жінки життестійкіші, менше піддаються впливу екстремальних чинників, адиктивностям, рідше втягуються в політичні та військові конфлікти, злочини тощо. З віком вони стають більш самостійними, агресивними, діяльними. Для них важливо зберегти зовнішні дані, гарну фігуру, фізичну привабливість. Із точки зору фізичних змін жінки старіють повільніше. Жінки в похилому віці більше, ніж чоловіки, оцінюють себе як носіїв позитивних і соціально бажаних характеристик, вони є більш активними, комунікабельними й імпульсивними. Чоловіки є більш пасивними, експресивними, залежними. Для них важливо продовжити якомога довше власні фізичні та сексуальні можливості. Вони мають вищий рівень самоконтролю, а ніж жінки, здатні краще дотримуватися прийнятої лінії поведінки, менше залежать від зовнішніх обставин чи оцінки.

Жінки в похилому віці мають вищий рівень емпатії як здатності відображати емоційні стани оточуючих. Вони краще здатні спрямовувати власні пізнавальні процеси на стан, поведінку, проблеми іншої людини, співпереживати та співчувати їй. За умов дефіциту інформації про співрозмовника жінки можуть краще зрозуміти особливості його поведінки. Вони більше схильні виявляти зацікавленість внутрішнім світом, переживаннями і проблемами партнерів. Жінкам краще, ніж чоловікам, вдається у спілкуванні створювати атмосферу відкритості, довірливості. Перші більше здатні зрозуміти іншого, поставивши себе на його місце. У жінок похилого віку серед усіх компонентів емпатії найбільшого значення мають установки, які сприяють емпатії, що свідчить про більшу схильність встановлювати особисті контакти з оточуючими людьми. Серед трьох каналів емпатії (раціонального, емоційного, інтуїтивного) у жінок цього віку переважає емоційний, а вже потім раціональний та інтуїтивний. Вони краще емоційно, а ніж раціонально пізнають іншу людину. Їм гірше вдається бачити поведінку партнерів, взаємодіяти з іншими в умовах дефіциту первинної інформації про них, складніше звертатися до досвіду, який знаходиться на підсвідомості.

Дослідження гендерних особливостей *акцентуацій характеру в старості* виявило, що чоловікам більше властива зацикленість, емотивність, педантичність, циклотимність, а жінкам – емотивність, демонстративність, екзальтація. Це ще раз свідчить про дезадаптацію

людини на даному віковому етапі. Для чоловіків реакції дезадаптації виявляються в надмірній стійкості афекту (ригідності), а для жінок – у афективній екзальтації, яка поєднується з демонстративністю, що сприяє прояву надмірної жалості до себе.

Ці зміни ускладнюють соціально-психологічну адаптацію до нових життєвих умов чи подій. Тому літні люди потребують психологічної допомоги та корекції, соціальної підтримки. Робота з людьми похилого віку повинна бути спрямована на ті сторони їх життя, де найчастіше проявляється дезадаптація. Необхідно допомогти літній людині утвердитися в новій для неї соціальній ролі, зуміти подолати почуття самотності, знайти нові інтереси і друзів. Соціально-психологічна допомога та емоційна підтримка необхідні людям, що потрапили в складну життєву ситуацію через смерть близьких людей і крах надій, при вирішенні соціально-економічних та психологічних проблем, сімейних конфліктів.

**Практичне заняття з теми
«Психофізіологічні особливості
та вікові особистісні зміни людей похилого віку»**

Мета: визначити основні закономірності психічного розвитку людини похилого віку; проаналізувати зміни в фізичному та психічному розвитку людей похилого віку; охарактеризувати вікові зміни в особистості літніх людей.

План заняття

I. Теоретична частина

1. Геронтогенез та його основні закономірності. Періодизація пізнього віку.
2. Ознаки фізіологічного старіння. Психофізіологічні зміни.
3. Особливості психічної діяльності в похилому віці.
 - Специфіка відчуттів і сприймання людей похилого віку.
 - Увага, пам'ять і мовлення в похилому віці.
 - Інтелектуальні зміни. Причини зниження швидкості інтелектуальних операцій.
 - Зміни в емоційно-вольовій сфері осіб похилого віку.
4. Особистісні зміни людей похилого віку.

II. Практичні завдання

- Визначити новоутворення похилого віку.
- Визначити провідні ціннісні орієнтації осіб похилого віку.
- Охарактеризуйте творчі здібності та творчу продуктивність у старості.
 - Навести приклади відомих людей, які в похилому віці досягли визнання в науці, мистецтві, техніці тощо.

III. Самостійна робота

Тема 1. Мудрість

Форма звітності: тези

1. Проаналізувати статтю «Мудрість як психологічний феномен» автори: М. Л. Смұльсон, М. М. Назар, Н. М. Мехтіханова. Першоджерело http://psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/69
2. Визначити сутність поняття «мудрість» та розкрити її функції.
3. Охарактеризувати когнітивні властивості мудрості.
4. Проаналізувати відмінності між рухомим і кристалізованим інтелектом.

5. Розкрити модель мудрості за Б. Балтесом.
6. Визначити специфіку концепції Е. Голдберга щодо феномену мудрості.
7. Скласти тези.

Тема 2. Вивчення особливостей психічного розвитку та особистості осіб похилого віку

Форма звітності: психологічний портрет

1. Застосувати наступні методики до однієї людини похилого віку:
 - Тест на визначення індексу життєвої задоволеності (Н. В. Паніна).
 - Методика «Хто Я?» (М. Кун).
 - Методика «Диференційна діагностика депресивних станів» (У. Зунге – Т.І. Балашова).
 - Методика «Діагностика типу поведінкової активності» (Л.Й. Вассерман – М.В. Гуменюк).
 - Методика дослідження суб'єктивного відчуття самотності (Д. Рассел, М. Фергюсон).
 - Біографічна методика «Лінії життя».
 - Тест «Смисложиттєві орієнтації» (Д. А. Леонтьєв).
 - Методика «Незакінчені речення» (Дж. Сакс – С. Леві).
2. Підготувати протоколи досліджень.
3. Зробити інтерпретацію результатів дослідження.
4. Скласти психологічний портрет досліджуваного.

Література

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология: Учебник для студентов вузов / Г. С. Абрамова. – Изд. 2-е., исп. и доп. – М. : Академический проект, 2001. – 704 с.
2. Агапова О. Старіти? Немає часу! Методичний посібник для освітньої роботи з людьми літнього віку / О. Агапова. – К., 2014. – 120 с.
3. Александрова М. Д. Особенности субъективности человека на поздних этапах онтогенеза / М. Д. Александрова // Развитие личности. – 2002. – № 3-4. – С. 101-125.
4. Анциферова Л. И. Психология старости : особенности развития личности в период поздней взрослости / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. – 2001. – №3. – Т. 22. – С. 86-99.
5. Бочелюк В. Й. Геронтопсихологія : навч. посіб. / В. Й. Бочелюк, О. А. Черепехіна. – К. : КНТ, 2014. – 436 с.

6. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – 3-тє вид. – К. : Каравела, 2012. – 344 с.
7. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К.: Видавничий дім «Слово», 2013. – 264 с.
8. Долинська Л. В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.
9. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
10. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Изд. «Питер», 2001. – 992 с.
11. Краснова О. В. Социальная психология старости: Учеб. пособ. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : «Академия», 2002. – 288 с.
12. Кулагина И. Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека : учеб. пособ. / И. Ю. Кулагина, В. Н. Кулюцкий. – М. : ТЦ «Сфера», 2001. – 464 с.
13. Кутішенко В. П. Психологія розвитку та вікова психологія: Практикум: Навч. посіб. / В. П. Кутішенко, С. О. Ставицька. – К. : Каравела, 2009. – 448 с.
14. Молчанова О. Н. Психологический витаукт как механизм стабилизации Я-концепции в позднем возрасте / О. Н. Молчанова // Психология старости и старения: Хрестоматія / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2003. – С.162-163.
15. Психология старости и старения : Хрестоматія / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – С. 3-64.
16. Психология старости: Хрестоматія / Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский дом БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.
17. Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития / Под ред. А. А. Реана. – СПб. : «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2005. – 416 с.
18. Смұльсон М. Л. Психологія розвитку інтелекту : монографія / Смұльсон М. Л. – К. : Нора-Друк, 2003. – 298 с.
19. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
20. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость : учеб. пособ. / О. В. Хухлаева. – М. : Изд. Центр «Академия», 2006. – 208 с.

21. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : Учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

22. Шай К. Уорнер. Интеллектуальное развитие взрослых / К. Уорнер Шай // Психология старости. – Самара: БАХРАХ-М, 2004. – С. 372–388.

Тестовий контроль з теми

1. Визначте сутність кумулятивності психічного розвитку:

- а) показники стану певних функцій, процесів чи властивостей під час старіння у осіб похилого віку дуже відрізняються, чого не має на попередніх вікових етапах;
- б) результат розвитку кожної попередньої стадії включається в наступну, певним чином трансформуючись;
- в) розбіжність фаз розвитку окремих органів та функцій у внутрішній суперечливості соматичного, статевого і нервово-психічного розвитку людини;
- г) заміщення порушених психічних структур шляхом використання збережених або перебудови частково порушених.

2. Визначте сутність поняття «вітаукт»:

- а) механізм саморегуляції;
- б) узагальнене уявлення людини про саму себе;
- в) характеристика стану і працездатності систем організму;
- г) стійкість організму до впливу шкідливих чинників.

3. Визначте період життя людини, якій називають «третій вік»:

- а) до 60 років;
- б) до 75 років;
- в) після 75 років;
- г) після 90 років.

4. Назвіть вид відчуттів у людей похилого віку, якій майже не змінюється:

- а) шкірні;
- б) слухові;
- в) зорові;
- г) смакові.

5. Назвіть вид пам'яті, якій майже не змінюється у похилому віці:

- а) механічна;
- б) словесно-логічна;
- в) короткочасна;
- г) образна.

6. Визначте сутність кристалізованого інтелекту:

- а) визначається здатністю встановлювати причиново-наслідкові зв'язки;

- б) визначається здатністю вирішувати нові проблеми, для яких немає звичних способів;
- в) визначається кількістю здобутих протягом життя знань, здатністю вирішувати завдання, спираючись на наявну інформацію;
- г) визначається переважно швидкісними характеристиками, зокрема швидкістю запам'ятовування, індуктивним мисленням, оперуванням просторовими образами.

7. Назвіть вид цінностей, якій домінує серед людей похилого віку:

- а) фізіологічні;
- б) екзистенціальні;
- в) соціальні;
- г) інструментальні.

8. Визначте назву фіксації людей похилого віку на власному здоров'ї:

- а) іпохондрична фіксація;
- б) психосоматична фіксація;
- в) тривожна фіксація;
- г) нав'язлива фіксація.

9. Назвіть домінуючий компонент самооцінки людини похилого віку:

- а) когнітивний;
- б) поведінковий;
- в) емоційний;
- г) інтерактивний.

ТЕМА. СТАРІННЯ: СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

*Старі люди – дзеркало для інших,
у якому вони не бажають бачити самих себе.*

С. де Бовуар

Навчальні цілі: проаналізувати загальну характеристику соціальної ситуації розвитку особистості в похилого віці; визначити види й механізми адаптації та компенсації особистості в пізньому віці; охарактеризувати соціально-психологічну типологію осіб похилого віку; визначити специфіку ставлення до людей похилого віку в суспільстві та родині; розкрити сутність кризи похилого віку; визначити специфіку ставлення осіб похилого віку до феномену смерті.

Конспект лекції

Старіння: соціально-психологічний аспект

План

1. Тривалість життя людини і чинники, що її зумовлюють.
2. Поняття адаптації. Види та стратегії адаптації до старіння.
3. Ставлення до людей похилого віку в суспільстві. Соціальні стереотипи щодо людей похилого віку.
4. Особливості міжособистісних і внутрішньосімейних стосунків людини похилого віку.
5. Психологічна характеристика кризи похилого віку.
6. Психологічні проблеми смерті.

Література

1. Балтес П. Б. Всевозрастной подход в психологии развития: исследования динамики подъемов и спадов на протяжении жизни / П. Б. Балтес // Психологический журнал. – М., 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 7–35.
2. Бацман Р. Духовные проблемы пожилых людей / Р. Бацман // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты : сб. трудов / под ред. А. В. Флинта. – М. : Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. – С. 53–92.
3. Билоусов С. А. Духовная зрелость и отношение к смерти / С. А. Билоусов // Психология старости. – Самара, 2004. – С. 695–718.
4. Гроф С. Человек перед лицом смерти / С. Гроф, Дж. Хэлифакс ; пер. с англ. А. И. Неклесса. – М. : Изд. Трансперсонального Института, 1966. – 246 с.

5. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013. – 264 с.
6. Долинська Л. В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.
7. Дюмазедье Ж. Культурная революция свобо дного времени / Ж. Дюмазедье // Культура в современном мире: опыт, проблемы, решения. Инф. сб. – Вып. 2. – М., 1991. – 92 с.
8. Коваленко-Кобылянская И. Г. Смерть в контексте геронтопсихологии / И. Г. Коваленко-Кобылянская // Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України / за ред. академіка С. Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2006. – Вип. 29. – С. 173–181.
9. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Изд. «Питер», 2001. – 992 с.
10. Краснова О. В. Социальная психология старости : учеб. пособ. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : «Академия», 2002. – 288 с.
11. Краснова О. В. Роль бабушки : сравнительный анализ // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 2. – С. 89–114.
12. Краснова О. В. Теоретические вопросы подготовки людей к выходу на пенсию / О. В. Краснова // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 4. – С. 12–18.
13. Кэрол У. Пэрриш-Харра. Смерть и умирание: новый взгляд на проблему / Пэрриш-Харра У. Кэрол. – М. : Институт Общегуманитарных исследований, 2003. – 224 с.
14. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии / С. Г. Максимова. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 223 с.
15. Медведева Г. П. Введение в социальную геронтологию / Г. П. Медведева. – М. : НПО МОДЕК, 2000. – 96 с.
16. Мораль та етика в геронтології / В. Безруков // Вісник Національної академії наук України. – 2002. – № 2. – С. 47–50.
17. Погребенский А. П. Смысл жизни и отношение к смерти / А. П. Погребенский // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. – М. : Смысл, 1997. – С. 177–200.
18. Психология старости и старения : Хрестоматія / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – С. 3–64.
19. Психология старости: Хрестоматія / Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.

20. Психологія життєвої кризи/ Під ред. Т. М. Титаренко. – К., 1998. – 254 с.
21. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи – Л. М. Вольнова. – К., 2012. – 275 с
22. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
23. Холостова Е. И. Социальная геронтология / Е. И. Холостова, В. В. Егоров, А. В. Рубцов. – М. : Изд. дом «Дашков и К»., 2004. – 295 с.
24. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.
25. Эриксон Э. Восемь возрастов человека / Э. Эриксон // Детство и общество. – 2-е изд. / Пер. А. А. Алексеева. – СПб. : Речь, 2002. – С. 235–259.

1. Тривалість життя людини і чинники, що її зумовлюють

Проблема старіння – одна з найбільш актуальних у сучасному соціумі, яку впродовж століть намагається вирішити людство. Згідно з даними ООН, що місяця 1 млн. жителів Землі переходить межу 60-ти літнього віку, а понад 100 тис. – межу 80 років, і ці показники постійно зростають. У зв'язку з цим багато держав змушені орієнтуватись у своїх стратегічних планах розвитку на людей більш зрілого віку.

Тривалість життя – інтервал між народженням і смертю, обумовлений природними, соціально-економічними, соціально-психологічними, екологічними, побутовими факторами, що залежить від способу життя людей та ефективності функціонування установ охорони здоров'я. Розрізняють:

- **Середня тривалість життя** (середнє арифметичне) тривалості життя представників певної групи, зазвичай визначена від народження до смерті.

- **Очікувана (середня) тривалість життя** – середня кількість років, яку належить прожити після досягнення певного віку відповідно до порядку вимирання, зафіксованого в таблицях смертності.

Середня тривалість життя часто протиставляється максимальній. Тоді як перша ознака залежить від числа хвороб та нещасних випадків і багато в чому є характеристикою умов існування, максимальна тривалість життя майже виключно визначається швидкістю старіння, характерній для конкретного виду.

• **Максимальна тривалість життя** – це власне максимальний проміжок часу, протягом якого людина фіксувалась як жива. По суті йдеться про окремий випадок довголіття.

Тривалість життя населення розраховується як середня величина прожитих років жителями країни, померлих за певний період (як правило, за рік). Показник реальної тривалості життя населення розраховується на основі статистичних даних вікової структури населення на початок року. Однак демографи приділяють особливу увагу поняттю *«імовірнісна тривалість життя»*, яке в XVII ст. було введено англійським математиком Е. Галлея. Він розраховував очікувану тривалість життя людей у різному віці для визначення залежності страхової ренти від віку ймовірнісної тривалості життя людиною. Для розрахунку величин очікуваної тривалості життя використовуються спеціальні таблиці смертності, які показують, до якого в середньому віку можуть дожити люди, що народилися в конкретному календарному році, якщо протягом їхнього життя зберігаються незмінними вікові коефіцієнти смертності, характерні для року їх народження.

Величина очікуваної тривалості життя для різних віків чоловіків і жінок неоднакова і зменшується по мірі збільшення їх віку. За підрахунками вчених, за останні 160 років реальна тривалість життя щорічно збільшується на три місяці.

Рівень тривалості життя визначається по-різному, що переважно залежить від методичних підходів. Ще французький натураліст XVIII століття Ж. Бюффон вважав, що біологічна тривалість життя людини складає не менше 96-108 років; Б. Ц. Урланіс – 86 років для чоловіків і 88 років для жінок. До аналогічного результату дійшов і американський дослідник Дж. Фрайс, що визначив 85 років як середню тривалість життя для чоловіків і жінок. Усі ці цифри близькі до межі довгожителства. У літературі наводяться й більш високі значення: так, І. І. Мечников визначав видову тривалість життя людини в 125 років. А. Комфорт – в 120 років, Р. Катлер у різні роки - від 90 до 115 років.

Найбільший інтерес становить індивідуальна тривалість життя, мінливість якої надзвичайно велика. Вона визначається складною взаємодією процесів старіння й вітаукту, тобто компенсаторного підвищення пристосовності старіючого організму до навколишнього середовища.

Довгий час реальна тривалість життя залишалася низькою. Так, середній вік у ранній бронзовий період становив 21,8 років у чоловіків і 20 років у жінок. Якщо середня тривалість життя людини протягом тисячоліть коливалася в межах 30 років, то з другої половини XIX ст. із широким застосуванням у практиці досягнень мікробіології в різних

галузях медицини, ряду соціально-гігієнічних заходів, середня тривалість життя почала дедалі збільшуватися і в 1900 р. досягла в Європі 42 років, а всередині 80 років XX ст. вона сягала позначки 73,7 років. Найбільша середня тривалість життя у 1990 р. була в Японії – 79,1 року (чоловіки – 75,9, жінки – 82,1).

У дореволюційній Росії середня тривалість життя дорівнювала 30 рокам. У 1920-і рр. реальна тривалість життя в Росії становила для чоловіків 40,4 року, для жінок – 45,3. У СРСР у 1990 р. – 69 років (чоловіки – 64,6, жінки – 74 років).

На Україні середня тривалість життя на межі XIX і XX ст. була: у чоловіків – 35,9, у жінок – 36,9 років. У 1990 р. – відповідно 66,8 і 75 років. З підвищенням середньої тривалості життя змінився віковий склад населення з різким збільшенням осіб похилого віку.

У таблиці наведено приклади середньої тривалості життя чоловіків і жінок у різних країнах.

Країна	Середня тривалість життя (у роках)	Середня тривалість життя (чоловіки) (у роках)	Середня тривалість життя (жінки) (у роках)
Японія	82	79	86
Швеція	81	79	83
Норвегія	80	77	82
Австрія	79	76	82
Великобританія	79	76	82
Кіпр	78	76	81
США	78	75	81
Чехія	77	73	80
Саудівська Аравія	76	74	78
Китай	73	71	75
Україна	68	62	74
Росія	66	55	73

Офіційно зафіксованою вважається максимальна тривалість життя, якої досягла французенка Жанна Луїза Кальман (1875-1997) – 122 р. 164 дні. Її вік був зафіксований авторитетною міжнародною групою дослідників у сфері геронтології, яка веде списки людей, які досягли

110-річної межі. Таких людей назвали «суперстолітніми»: Ісраїль Криштал – 114 р. (1903–2017 р.), Бессі Купер – 116 років (1896–2012), Вайолет Браун – 117 років (1900–2017), Місао Окава – 117 років (1898–2015), Емма Морано – 118 р. (1899–2017), Сара Кнаусс – 119 років (1880–1999), Сапарман Содимеджіо – дідусь Гото – (1870–2017). Згідно з документами, отриманими за життя, підтвердженими владою Індонезії та о. Ява, він вважається найстарішим мешканцем планети – 147 років. Однак цей факт не зареєстрований, оскільки яванці вважають, що в році усього 210 днів відповідно до традиційних сільськогосподарських циклів.

Таким чином, офіційно зафіксована межа життя людини – 122 роки.

Фактори, що впливають на тривалість життя. Немає якогось одного ізольованого фактора, який сам по собі впливав би на збільшення очікуваної тривалості життя. За довголіття відповідальна сукупність біологічних, психологічних і соціальних факторів. Вирішальним є оптимальна взаємодія двох основних груп факторів: зовнішніх і внутрішніх. Початково тривалість життя обумовлена внутрішніми (генетичними) факторами, але для досягнення максимального довголіття істотну роль відіграють впливи навколишнього середовища, що проявляють себе в екологічній, соціальній, психологічній і медичній сферах. З числа можливих впливів *соціальних* факторів вказується на більш високий соціально-економічний статус; *психологічних* – на більш високий інтелектуальний рівень, особистісну активність, настрій, адаптацію; *медичних* – на відсутність біологічних факторів ризику (різні захворювання); *екологічних* – на місце проживання, вплив навколишнього середовища.

Довголіття людини визначається і соціокультурними чинниками, і традиційними особливостями способу життя.

Доведено, що близько 50% тривалості життя людини визначає спосіб життя.

Спосіб життя – сукупність матеріальних умов, суспільних і соціальних установок (культури, звичаїв тощо) та природних чинників, які всі разом зумовлюють поведінку особистості, а також її зворотний вплив на ці фактори. Активна участь людини в процесі формування умов життя – обов'язковий елемент поняття «спосіб життя», оскільки він – адекватна реакція на навколишнє її середовище в цілому.

Спосіб життя має велике значення для здоров'я людини і складається з чотирьох категорій: 1) економічної (рівень життя); 2) соціологічної (якість життя); 3) соціально-психологічної (стиль життя); 4) соціально-економічної (устрій життя).

Отже, до способу життя людини належать: активна участь людини в процесі формування умов життя, її адекватна реакція на зміну умов навколишнього середовища, а також праця, побут, задоволення матеріальних і духовних потреб у суспільному житті, норми і правила поведінки.

Негативними його чинниками є шкідливі звички, незбалансоване й неправильне харчування, несприятливі умови праці, моральне і психічне навантаження, малорухомий спосіб життя, погані матеріальні умови, незгода в сім'ї, самотність, низький освітній та культурний рівень тощо.

Негативно позначається на формуванні здоров'я і несприятлива екологічна обстановка, зокрема забруднення повітря, води, ґрунту, а також складні природнокліматичні умови (їх внесок – до 20%).

Істотне значення має схильність до спадкових хвороб. Це ще близько 20%, які визначають сучасний рівень здоров'я населення.

Причиною порушення нормальної життєдіяльності організму й виникнення патологічного процесу можуть бути абіотичні (властивості неживої природи) чинники навколишнього середовища. Очевидний зв'язок географічного розподілу низки захворювань, пов'язаних з кліматично-географічними зонами, висотою місцевості, інтенсивністю випромінювань, переміщенням повітря, атмосферним тиском, вологістю повітря тощо.

На здоров'я людини впливає біотичний (властивості живої природи) компонент навколишнього середовища у вигляді продуктів метаболізму рослин та мікроорганізмів, патогенних мікроорганізмів (віруси, бактерії, гриби тощо), отруйних речовин, комах і небезпечних для людини тварин.

Патологічні стани людини можуть бути пов'язані з антропогенними чинниками забруднення навколишнього середовища: повітря, ґрунт, вода, продукти промислового виробництва. Сюди також віднесено патологію, пов'язану з біологічними забрудненнями від тваринництва, виробництва продуктів мікробіологічного синтезу (харчові дріжджі, амінокислоти, ферментні препарати, антибіотики тощо).

Суттєвий вплив на стан здоров'я населення справляють чинники соціального середовища: демографічна та медична ситуації, духовний і культурний рівень, матеріальний стан, соціальні відносини, засоби масової інформації, урбанізація, конфлікти тощо.

Окрім цього, людина як істота суспільна у процесі життєдіяльності набуває певних звичок. Звички – це форма поведінки людей, що з'являється під час навчання і багаторазового повторення в різних

життєвих ситуаціях, складові якої виконуються автоматично. Психофізіологічною основою звичок є динамічний стереотип, тобто добре засвоєна й закріплена тимчасовими зв'язками програма дій. Стосовно здоров'я людини та способу її життя звички можуть бути корисними і шкідливими.

Корисною, наприклад, є звичка дотримуватися режиму дня, що сприяє зміцненню здоров'я, підвищенню працездатності, і, зрештою – довголіттю. Чим раніше ця звичка сформувалася, тим організованішою є людина, міцнішим її здоров'я, і тим легше вона позбувається неприємностей.

Шкідливі ж звички, навпаки, дезорганізують людину, послаблюють її волю, знижують працездатність, погіршують здоров'я і скорочують тривалість життя. Чим раніше вони утворюються, тим згубніше діють, і тим складніше їх позбутися. Ці звички приносять безліч бід і страждань. Найпоширенішими факторами, що негативно впливають на стан здоров'я людини, є алкоголь, куріння, наркотики.

Проблеми зі здоров'ям, почуття самотності, психологічна й соціальна невлаштованість людей похилого віку знижують якість їх життя.

Якість життя особистості є індивідуальним та суб'єктивним поняттям, що об'єднує найважливіші у своїй суті сфери життя людини, задоволення яких свідчить про позитивну якість життя, а негативне його сприйняття – про негативну якість життя.

Сутність терміну «якість життя» найбільш чітко сформульоване Всесвітньою організацією охорони здоров'я, яка трактується як сприйняття людиною власної позиції в житті, у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя залежно від якості середовища, у якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту. ВООЗ пропонує оцінювати якість життя за такими параметрами: фізичними – самопочуттям, енергійністю, втомою, працездатністю, сном і відпочинком; психологічними – самооцінкою, пізнавальними процесами, позитивними емоціями, негативними переживаннями, мисленням, саморегуляцією; ступенем незалежності – повсякденною активністю, працездатністю, залежністю від ліків і лікування; життям у суспільстві – повсякденною активністю, соціальними зв'язками, суспільною значимістю, професіоналізмом; навколишнім середовищем – житлом та побутом, безпекою, дозволями, доступністю інформації, екологією; духовністю й особистими переконаннями. Тобто сутність якості життя полягає в її соціально-психологічній природі, яка

виявляється у сприйнятті людиною власного задоволення різними сферами свого життя.

Деякі вчені, зокрема А. Алексінська, розрізняють поняття «якість життя» і «відчуття якості життя». Останнє належить до суб'єктивного виміру. Авторка підкреслює, що питання якості життя обумовлене зовнішніми умовами й об'єктивною реальністю конкретної людини, які стають джерелом подразників і життєвого досвіду. Натомість відчуття якості життя визначається на рівні суб'єктивного ставлення до навколишньої реальності як таке, що формується через емоції і відчуття.

Американські вчені Е. Десі та Р. Раян сформулювали та описали три фактори, необхідні для того, щоб людина могла відчувати себе включеною в осмислене повноцінне творче та щасливе життя: відчуття компетентності, яке пов'язане із упевненістю у власних здібностях і можливостях, це відчуття «Я знаю. Я можу»; відчуття самодетермінації як усвідомлення виключно себе причиною власних дій. Якщо людині це вдається, то з'являється задоволення від діяльності, виникає почуття самостійності, упевненості в майбутньому; включення до системи значимих відносин, яке забезпечує людину відчуттям потрібності, власної значимості, що може виявлятися в процесі спільної діяльності. Людина, що повною мірою володіє всіма трьома компонентами, може назвати своє життя якісним і тому здатна сприймати всю повноту буття.

Старість пов'язана з обмеженням життєдіяльності організму, зниженням адаптаційних можливостей, припиненням або обмеженням трудової діяльності, трансформацією ціннісних орієнтирів, способу життя та спілкування, а також виникненням різних ускладнень як у соціально-побутовій, так і в психологічній адаптації до нових умов життя. Такі зміни диктують необхідність вивчення суб'єктивних показників якості життя людей похилого віку.

До критеріїв якості життя відносять: фізичну активність, стан здоров'я, життєздатність, соціальну активність, психічне здоров'я, задоволеність життям, відчуття благополуччя та щастя. Їх аналіз надає можливість виокремити групи літніх людей, які різняться за суб'єктивними показниками якості життя.

До першої групи літніх людей відносять тих, хто немає показників знервованих станів, тривоги, депресії; вони позитивно налаштовані, жваві, зберігають здатність радіти життю й вибудовувати теплі відносини з іншими, відчують щастя, спокій, реалістично оцінюють себе, власні досягнення й помилки, а також власне майбутнє. Ці люди долають свої проблеми самостійно в рамках певного стану здоров'я та умов, у яких живуть. Також вони виявляють сексуальну активність, принаймні здатні радіти присутності представників протилежної статі.

Їх задовольняють власні досягнення; вони впевнені в собі, мають конструктивну та спрямовану в майбутнє життєву установку. Протягом багатьох років розвивають свої захоплення, тобто, на їх думку, живуть повноцінним життям, бо ще цікавляться політикою та суспільними проблемами, соціально активні. Мають друзів, не відчують агресії та ворожості до людей. Власне життя оцінюють за середній або вище середнього рівнем.

Представники другої групи мають прояви тривоги, зниженого настрою; докладають значних зусиль для пристосування до умов життя; стримані у прояві емоцій, бачать власне майбутнє песимістичним. Вони часто почуваються знесиленими, спустошеними, після прояву активності потребують більше часу для відновлення життєвого тону. При цьому вони досить самостійні й нерідко відмовляються від допомоги інших. Уникають самоаналізу. Такі люди більше зайняті «зовнішнім життям», ніж роздумами про власні почуття, мотиви поведінки. Нерідко виявляють агресію, підозрілість, недовіру; демонструють незадоволеність від спілкування з іншими, обмежують соціальні контакти. Відносини з оточуючими ускладнені, а якщо доводиться спілкуватися з людьми, то ставляться до них з сумішшю пасивної толерантності й підозрілості. Схильні до стереотипності думок, в установках і цінностях керуються загальноприйнятими стандартами. Малореалістичні у сприйнятті навколишнього світу і власних можливостей. Перспективу старіння пов'язують виключно з погіршенням фізичних і розумових сил. Нинішню ситуацію сприймають негативно, переживають різкі стану страху, песимізму, нещастя. Не хочуть ризикувати, бояться зробити помилку, тому уникають ситуацій, які вимагають перевірки своїх можливостей. Оцінюють якість власного життя за рівнем як нижчий за середній або низький.

Отже, якість життя – це суб'єктивне відчуття щастя й особистого благополуччя. Всебічне вивчення показників якості життя дає змогу визначити рівень якості життя, встановити умови його покращення.

В Україні спостерігається низький рівень задоволеності життям людей похилого віку. Вони очікують старість зі страхом, особливо бояться захворіти, зіткнутися з матеріальними нестатками та самотністю.

Основними чинниками незадоволеності життям людей похилого віку є:

- економічна і соціальна незахищеність старих людей (низькі пенсії, відсутність системи соціальних послуг і відповідних прав тощо), байдужість суспільства до проблем цієї категорії людей;

- заклопотаність життєвими проблемами людей, в результаті чого вони не можуть приділити своїм літнім батькам належної уваги;
- суперечність між засвоєними у попередні роки цінностями і тими, що культивуються у суспільстві;
- маніпулювання старими людьми з боку політиків;
- негативний вплив засобів масової інформації;
- зруйнованість у родинних зв'язках між поколіннями, що звужує можливості спілкування старих людей;
- відсутність соціально-психологічної служби допомоги людям старшого віку.

2. Поняття адаптації. Види та стратегії адаптації до старіння

Центральна характеристика соціальної ситуації розвитку в старості пов'язана з виходом на пенсію й віддаленням від активної участі в продуктивній праці. Чинний у суспільстві обмежений і негативний характер «культурних еталонів» старості й невизначеність соціальних очікувань щодо літньої людини в сім'ї не дозволяють розглядати соціальну ситуацію життя літньої людини як повноцінну ситуацію розвитку.

Перетворення соціальної ситуації життя на ситуацію розвитку – це індивідуальне особистісне завдання кожної літньої людини. Підготовка до виходу на пенсію, готовності до зміни соціальної позиції, - необхідний момент психічного розвитку в старості. На порозі старості людина вирішує для себе питання: чи намагатися зберігати старі, чи створювати нові соціальні зв'язки або ж перейти до життя в колі інтересів близьких і власних проблем. Цей вибір визначає певну стратегію адаптації.

Адаптація – процес пристосування до нових умов життєдіяльності. Соціально-психологічна адаптація людей похилого складається з багатьох складових, її критеріями виступають:

- на рівні *суспільства* – ступінь зближення ціннісних орієнтацій різних статевих вікових груп суспільства і ступінь збігу авто- і гетеростереотипів літніх людей;
- на рівні *груп* – ступені рольової адаптації, позитивності соціальної ідентичності, інкорпоризації (замикання літніх на безпосередньому оточенні);
- на рівні *особистості* – пристосованість до процесу старіння і ступінь позитивності особистісної ідентичності.

Досліджуючи цю проблему, М. Єрмолаєва виділяє дві *стратегії адаптації у старості*: збереження себе як індивіда і збереження себе як

особистості. Обидві визначають факт і характер особистісних змін на цьому віковому етапі. Деякі особистісні особливості, що сформувалися у попередніх діяльностях, зберігаються й у період старості, полегшуючи адаптацію до нової ситуації – ситуації подальшого старіння, причому адаптація здійснюється через пошук умов, що підтримують спрямованість, інтереси, звички, які склалися протягом життя, через використання накопиченого досвіду.

Відповідно до цього вибору стратегії адаптації, провідна діяльність у старості може бути спрямована або на збереження особистості людини (підтримання й розвиток її соціальних зв'язків), або на відокремлення, індивідуалізацію й «виживання» її як індивіда на тлі поступового згасання психофізіологічних функцій. Обидва варіанти старіння підкоряються законам адаптації, однак забезпечують різну якість життя і навіть її тривалість. Стратегія адаптації «за типом замкнутого контуру» виявляється в загальному зниженні інтересів і домагань до зовнішнього світу, егоцентризмі, зниженні емоційного контролю, у бажанні сховатися, у відчутті неповноцінності, дратівливості, яка з часом змінюється байдужістю до оточуючих. Про таку модель старіння говорять, як про «*пасивне старіння*». Альтернатива полягає в підтримці й розвитку різновекторних зв'язків із суспільством. У цьому випадку провідною діяльністю в старості може стати структуризація й передача життєвого досвіду. Варіантами адекватних віку видів соціально значимої діяльності можуть бути продовження професійної діяльності, написання мемуарів, викладання й наставництво, виховання онуків, учнів, громадська діяльність (наприклад, проект «Ніколи не пізно бути наївним» – виставка п'яти художників, кожен із яких почав писати або розкрився як художник саме в літньому віці: Любов Майкова вперше взяла пензлик в руки в 79 років. Її картини – яскраві, мальовничі, мудрі та індивідуальні – сповнені глибоким внутрішнім світом).

Особлива «внутрішня робота» щодо прийняття власного життєвого шляху з переосмислення пережитого в умовах неможливості реальних істотних змін життя виконує функцію *провідної діяльності в старості*.

Н. С. Пряжников запропонував виділити специфіку самовизначення і діяльності на різних етапах старості:

I. Період виходу на пенсію (перші роки після виходу на пенсію) – це передусім опанування нової соціальної ролі, нового статусу.

Характеристика:

1. *Соціальна ситуація розвитку*: старі контакти (з колегами по роботі) спочатку ще зберігаються, але надалі стають все менш вираженими; переважають контакти з близькими людьми й родичами; поступово

з'являються друзі-пенсіонери або навіть інші, більш молоді люди; спілкування з дітьми й онуками.

2. *Провідна діяльність*: «пошук себе» в новій якості, проба сил в різноманітних видах діяльності, самовизначення методом «проб і помилок»; для частини пенсіонерів – продовження роботи за основною професією (особливо коли такий працівник отримує пенсію й основну зарплату разом), у цьому випадку в працюючого пенсіонера значно підвищується почуття власної значимості; посилюється прагнення «повчати» або навіть «соромити» людей більш молодого віку; настає переосмислення життя: виникає необхідність поділитися своїм досвідом і переживаннями.

II. Період старості (через кілька років після виходу на пенсію й до моменту серйозного погіршення стану здоров'я), коли людина вже засвоїла новий соціальний статус.

Характеристика:

1. *Соціальна ситуація розвитку*: спілкування переважно з такими ж старими, членами сім'ї, які або експлуатують вільний час старого, або просто «опікають» його ; пошук нових контактів.

2. *Провідна діяльність*: нове захоплення (нерідко пенсіонери змінюють захоплення, що спрощує уявлення про їх ригідність; вони, як і раніше, продовжують шукати себе й шукати сенси в різних видах діяльності). Головна проблема такого пошуку – прагнення підтвердити почуття власної гідності згідно з принципом: «Поки я хоч щось корисне роблю для оточуючих, я існую й вимагаю до себе поваги»; для частини людей похилого віку в цей період (навіть коли здоров'я ще досить гарне і немає жодних причин «прощатися з життям»). Провідною діяльністю може стати підготовка до смерті, що виражається в залученні до релігії, у частому відвідуванні на кладовища, у розмовах з близькими про «заповіт».

III. Довгожителство в умовах різкого погіршення стану здоров'я.

Характеристика:

1. *Соціальна ситуація*: спілкування з рідними і близькими, а також з лікарями та сусідами по палаті (якщо старий перебуває на стаціонарному лікуванні або у геріатричних закладах).

2. *Провідна діяльність*: лікування, прагнення боротися із хворобами; прагнення осмислити власне життя. Дуже часто це прагнення прикрасити життя, людина ніби «чіпляється» за те краще, що було (і чого не було) в житті. У цьому стані людина хоче залишити після себе щось дуже хороше, значиме, гідне і цим ніби довести собі й оточуючим: «Я жив не даремно», або покаятися в чомусь.

IV. Довгожителство при досить хорошому здоров'ї.

Характеристика:

1. *Соціальна ситуація*: спілкування із близькими й рідними людьми, які починають навіть пишатися, що в їх сім'ї живе справжній довгожитель (іноді егоїстично: рідні вважають, що в їхньому роду хороша спадковість, і вони також довго проживуть); поява нових друзів і знайомих.

2. *Провідна діяльність*: досить активне життя (або «відчуття життя») (іноді навіть із надмірностями, характерними для здорової зрілої людини).

У ситуаціях пристосування до нових змінених умов життя в людини похилого віку активізуються захисні механізми (О. В. Краснова): з'являється високий рівень позитивності особистісної та соціальної ідентичності; відбувається їх компенсація за рахунок приписування собі позитивних особистісних якостей при ігноруванні несприятливих даних про себе; виникає новий феномен *інкорпоризації* – замикання інтересів старіючої людини на проблемах вузького соціального простору.

У пристосуванні особистості до старості та Д. Б. Бромлей виділяє п'ять стратегій.

1. *Конструктивна* стратегія характеризує зрілу, добре інтегровану в суспільство особистість, яка насолоджується життям, наявними близькими відносинами з іншими. Такі особи терплячі, гнучкі, усвідомлюють себе, власні досягнення, можливості й перспективи; приймають факти, які супроводжують похилий вік (і вихід на пенсію, і смерть). Вони здатні насолоджуватися окремими проявами життя (працею, спілкуванням, стосунками тощо).

2. *Залежна* стратегія від попередньої відрізняється вищим рівнем пасивності й залежності. Індивід добре інтегрований, однак покладається на інших у матеріальному забезпеченні та чекає від них емоційної підтримки. У нього можуть поєднуватися загальна задоволеність життям із тенденцією до надлишкового оптимізму, непрактичностію.

3. *Оборонна* стратегія відображає менш конструктивну модель пристосування до старості. Таким особам властиві перебільшена емоційна стриманість, достатня прямолінійність у вчинках і звичках, прагнення до самозабезпеченості та неохоче прийняття допомоги від інших. Вони не схильні висловлювати власну думку, їм складно розповідати про власні проблеми, просити допомоги. У старості вони не бачать переваг і заздять молоді. Роботу в пенсійному віці вони залишають неохоче, під тиском.

4. *Ворожа* стратегія виявляється в агресивності, вибуховості, підозріливості, схильності перекладати на оточуючих власне незадоволення і приписувати провину за власні невдачі. Такі особи малореалістичні в оцінці дійсності, через недовіру замикаються в собі й уникають контактів з іншими. Занадто ворожими вони можуть бути з молоддю, не сприймають власну старість і себе в ній, із відчаєм думають про прогресуючу втрату сил. Думку про вихід на пенсію не приймають.

5. Особи з *самоненавидячою* стратегією пристосування до старості спрямовують агресію на себе. Вони пасивні, безініціативні, схильні до депресій, критикують і зневажають власне життя; песимістичні, не вірять, що можуть його змінити. Добре усвідомлюючи факти старіння, молодим не заздрають. Проти власної старості не бунтують, смерть приймають як спосіб уникнення страждань.

Близьку до попередньої класифікації способів пристосування й функціонування людини в період пізнього віку подає К. Рощак. Найефективнішим способом пристосування до старості в його розумінні є *конструктивний*. Менш ефективним є *захисний*, у власників якого особливості поведінки схожі на легкий прояв неврозу. Люди із *агресивно-активним* способом схильні звинувачувати інших у власних проблемах, усім незадоволені. На відміну від них, власники *пасивного* способу старіння агресію спрямовують на себе.

Л. І. Анциферова виділяє два типи осіб похилого віку залежно від особливостей їхньої адаптації до змін у житті:

1. *Представники першого* мужньо й без особливих емоційних порушень переживають відхід на пенсію. Вони мають позитивну установку на майбутнє, через що виявляють високу активність, приймають своє нове положення як звільнення від соціальних обмежень, приписів і стереотипів робочого періоду. Задоволені життям, бо займаються новими справами, встановлюють дружні контакти, схильні контролювати своє оточення.

2. У *представників другого типу* розвивається пасивне ставлення до життя, вони відчужуються від оточення, звужується коло їхніх інтересів і знижуються показники тесту інтелекту. Вони втрачають повагу до себе й переживають важке почуття через власну непотрібність, не борються за себе, занурюються в минуле і, залишаючись фізично здоровими, швидко старіють.

Розвитку *пасивного негативного* ставлення до життя, згідно з Е. Еріксоном, сприяють дві групи стадіальних новоутворень пізнього віку. Перша – «*неадаптивні тенденції*» – включає слабкий сенсорний розвиток, свавілля, безжалісність, віртуозність у вузькій сфері діяльності, фанатизм, розпорошення сил у значній кількості занять. Друга група –

«згубні тенденції, які негативно впливають на розвиток» - включає відсторонення від світу, компульсивні дії (стереотипні вчинки, які повторюються й мають характер захисних ритуалів), звичка гальмувати власну поведінку, інертність, переважання стратегій відмови від розв'язання актуальних задач, від використання сприятливих можливостей, недоступність для оточуючих, відсутність турботи про нове покоління, презирство до світу. Крім того, якщо в особи похилого віку багато невирішених конфліктів, вона відмовляється від розв'язання нагальних завдань, схильна заглиблюватися в минуле, яке поглинає її сьогодні та лишає без майбутнього.

Досліджуючи особливості ціннісних орієнтацій у старості, Х.О. Порсева виявила три типи особистості осіб цього віку в перші роки після виходу на пенсію, які співвідносяться з двома основними стратегіями старіння. Одну лінію розвитку презентує *песимістичний тип*, представники якого відзначаються *пасивною стратегією адаптації до старіння*, що призводить до поглиблення «кризи пенсійного віку», цих осіб характеризує високий рівень дезінтеграції мотиваційно-особистісної сфери, фрустрованість пріоритетних ціннісних орієнтацій й потреб, незадоволеність собою й оточенням, низькі рівні самооцінки, локус-контролю та осмисленості життя, висока тривожність.

Прогресивну лінію розвитку представляють оптимістичний та гармонійно-реалістичний особистісні типи. Їх представники характеризуються високими й середніми рівнями осмисленості життя, сприйманням часової перспективи на майбутнє, позитивним локусом контролю, гармонійністю мотиваційно-особистісної сфери як відсутністю розходжень між бажаним і дійсним, пріоритетом таких ціннісних орієнтацій: активне діяльне життя, творчість, пізнання, широта поглядів, відстоювання власної думки. Саме ці характеристики сприяють вирішенню особистістю проблем кризового періоду та в цілому задоволеністю власним життям.

Г. Йолов аналізує чинники, які зумовлюють процес адаптації особистості до похилого віку, нового соціального статусу пенсіонера. Автор особливо виділяє ставлення суспільства до тих, хто досяг цього вікового етапу та здатність самої особистості адекватно включитися в новий життєвий цикл.

Серед чинників успішної адаптації людини до змін, пов'язаних із похилим віком, А.В. Дмитрієв виділяє її *місце проживання*. Складніше адаптуватися жителю великого міста, де місце роботи знаходиться далеко від місця проживання, різко скорочуються професійні, суспільні та дружні зв'язки з переходом у статус пенсіонера, що у свою чергу призводить часто до виникнення численних хвороб. Крім того,

адаптації не сприяє їй те, що особи цього віку схильні інтенсивно працювати в останні роки перед пенсією, коли варто було б уповільнити темпи роботи з метою підготовки до нових умов життя.

Добре адаптованими до нових умов життя є особи з позитивним ставленням до цього, із високим рівнем задоволеності, яка залежить від продовження соціальних зв'язків, фінансової незалежності та міцного здоров'я (К. Коллет-Прат). Для характеристики високого рівня задоволеності їй, відповідно, адаптованості особи в похилому віці, Т. М. Волкова використовує поняття «психологічний комфорт», що є головною умовою благополучної старості й полягає в тому, що особа похилого віку має почуття задоволення від прожитого життя, відчуття власної необхідності та незамінності хоча б для близьких, захищеності від негативних подій зовнішнього світу, приниження, упередження, підозр із боку оточуючих.

Зниження здатності людини адаптуватися до різноманітних змін зазвичай призводить до негативних наслідків. Так, у неї «падають» життєві сили, зменшується ініціатива та прагнення до діяльності (виявляється в обережності до нового, до будь-яких змін). Іншим наслідком є незадоволення новим статусом пенсіонера. На становлення людини як пенсіонера також впливає *стать* (жінки більш задоволені), *рівень здоров'я* (незадоволених більше серед осіб із гіршим станом здоров'я), *рівень освіти* (чим вище рівень освіти, тим менше задоволена людина новим положенням).

Задоволених (адаптованих до нового статусу) більше серед тих, кому: не подобалася робота, хто погано себе почуває, вважає, що достатньо попрацював і тепер може відпочити, думає, що життя на пенсії цікавіше і різноманітніше, хто розширив коло спілкування після припинення роботи, у кого в цілому відбулися позитивні зміни в житті після виходу на пенсію.

Незадоволених виходом на пенсію найбільше серед тих, хто: мотивував припинення роботи поганим ставленням колективу, відсутністю пільгових умов виплати пенсії, страждає від почуття самотності, безкорисності, втрати авторитету, марного проведення часу.

Робота з людьми похилого віку вважається однією з найскладніших у всіх сенсах і тому практично не проводиться. Такі люди традиційно розглядалися як погані кандидати для психотерапії, хоча вперше психотерапевтичні програми для них з'явилися ще у XX столітті. Таке ставлення до людей похилого віку пов'язане зі стереотипами про їх вікові особливості (зниження фізіологічних, інтелектуальних та емоційних можливостей, ригідність, звуження життєвої перспективи та

тощо). У роботі з людьми похилого віку головне враховувати те, що кожна похила людина – особистість і як особистість є самоцінністю.

З метою *адаптації* осіб похилого віку необхідним і важливим є *розвиток системи їхньої соціально-психологічної підтримки* (відповідних соціальних клубів, геронтопсихологічних центрів). По-перше, необхідно вдосконалювати інформаційне забезпечення: засоби масової інформації мають формувати образ «позитивної старості». По-друге, перспективними є ідеї *організації участі старих людей у суспільно-корисній діяльності і їх власні прагнення до суспільного виробництва* (В. Ф. Моргун): праця на виробництві з неповним робочим днем (зі збереженням пенсії), робота вдома, робота на громадських засадах за місцем проживання, у громадських бібліотеках, наставництво й передача величезного досвіду молоді, керівництво гуртками для дітей тощо – окрім виконання функцій бабусі чи дідуса.

Також спілкування із природою, тваринами, догляд за кімнатними рослинами, садом і городом істотно знижують рівень напруженості, компенсують брак спілкування літньої людини. У людей, які багато часу проводять на природі, менш виражений страх самотності, нижчий рівень агресії, практично не фіксуються депресивні стани.

Не менш значимий є вплив мистецтва. Літні люди, які часто ходять у театр, консерваторію, відвідують музеї й виставкові зали, психічно набагато стійкіші, ніж їх однолітки, які байдужі до мистецтва. Можна припустити, що ці інтереси, входячи до структури особистості, утворюють стійку мотивацію, яка не змінюється при кризі втраті статусу, звуженні кола спілкування та інших негативних проявах, характерних для старіння. Така поведінка формує стиль життя, який надає стійкість адаптаційному процесу в цілому.

Самостійна творчість, незалежно від її рівня, так, як і будь-яке інше захоплення (хобі), стає змістотворним мотивом, що допомагає надати сенс іншим прагненням і потребам літньої людини.

Заглибленість у власну або чужу творчу діяльність збільшує соціально-психологічну стійкість літніх, підвищує їх креативність, стимулює інноваційні прагнення, яких часто бракує людям старших вікових груп через їх вікові особливості. Це необхідно для реалізації їх соціальної активності, адекватного вирішення непередбачених чи невизначених ситуацій, із яких не можна вийти за допомогою стереотипної поведінки.

Як зазначають психологи, інтерес до ігрової діяльності, спорту й особливо навчальної діяльності не слабшає з віком. Психогеронтологи, з метою інтенсифікації життя людей похилого віку пропонують залучати старих до навчання та гри. Не менш важливий і той факт, що така

діяльність відбувається у групі, а тому формує стійке комфортне коло спілкування, розширює часову перспективу людей літнього віку.

Спеціальне навчання дозволяє сформувати необхідні для нових занять навички та вміння навіть у похилому віці. Воно засноване на концепції неперервної освіти, яка виходить із того, що вчення є нормальною й необхідною для людини діяльністю в усі періоди життя. Мається на увазі можливість у будь-якому віці оновлювати, доповнювати й застосовувати раніше набуті знання і вміння, постійно розширювати світогляд, підвищувати культуру, розвивати здібності, отримувати нові спеціальності і вдосконалюватися в них.

Багато людей, досягнувши літнього віку, продовжує дивувати власними досягненнями.

Кімані Маруг вступив до першого класу початкової школи у 84 роки.

Хайнц Вендерот – найстарша людина, що отримала докторський ступінь, присвоєний в університеті Готфрида Вільгельма Лейбніца в Ганновері 29 вересня 2008 года, на той момент здобувачеві було 97.

Дорис Селф – 81 рік – майстер комп'ютерних ігор.

Мор Кім – найстарший стрибун на еластичному тросі. У 96 років Мор стрибнув із південноафриканського Західного мису заввишки 708 футів. Цей факт занесено до книги рекордів Гінесса.

Дороті Давенжилл Хірш у 89 років підкорила Північний полюс.

Мінору Сайто в 77 лет подорожував навколо світу, він обігнув земну кулю вісім разів!

Смоукі Доусон – австралійський кантрі-музикант видав новий альбом «Будинок моїх мрій» у 92 роки.

Лейла Денмарк – найстаріший практикуючий лікар, яка вийшла на пенсію у віці 103 роки, а померла у 114.

Гледіс Бурилл у 92 роки потрапила до книги рекордів Гіннеса як найстаріша жінка, що пробігла марафон.

Тамаї Ватанабе у 73 підкорила Еверест.

Юкіро Міура – японський альпініст, який побував на Евересті у 80 років.

Барт Братко – найстаріший пілот-інструктор (81 рік).

Джессіка Тенді у 80 років стала найстарішою актрисою, яка отримала Оскар за роль у фільмі «Водій міс Дейзі» (1989 р.).

Джеймс Уоррен у 87 років отримав права пілота.

У Америці Національна корпорація людей похилого віку, Волонтерська служба Америки (VISTA), Національна громадянська суспільна корпорація (NCCC), Організація освіти і служіння Америці реалізують волонтерські програми для літніх людей і тих, хто вийшов на пенсію, а також програми догляду за літніми людьми, партнерства і

спілкування пенсіонерів, адаптації та реабілітації літніх людей, демонстраційні та тренувальні програми, тренінги спілкування й формування нових ціннісних орієнтацій. Під егідою організації «Покоління разом» (Generations together) проводяться програми спілкування для зрілих людей, волонтерська програма «Школа для літніх міських жителів» (SCSVP), програма «Відновлення мистецьких ресурсів» (ARP), «Друзі сім'ї», тренувальні програми. Намагаючись налаштувати стосунки між молодшим і старшим поколіннями, організація «Об'єднання генерацій» (Generations United) здійснює спільні проекти партнерської побудови споруд, коледж для молоді і літніх людей, організувала програми взаємного наставництва й керівництва людей похилого віку і дітей, піклування людей похилого віку про дітей з особливими потребами, навчальні курси перепідготовки, молодіжні служби опікування пенсіонерами. Участь у спільних проектах беруть також Американська Асоціація пенсіонерів (AARP виникла в 1958 р.) і Дитяча ліга загального добробуту Америки (CWLA). Програми з формування нового позитивного мислення й цілеспрямованості для людей «третього віку», нових оцінок і взаємної поваги між молоддю і літніми людьми, проект «Перехресний вік», ЕСНО (літні люди й діти допомагають один одному), програма дитячого розвитку на ігрових майданчиках під керівництвом дорослих, старших за 55 років, програма підтримки девіантних сімей і родин із дітьми-інвалідами з боку пенсіонерів та інші розробляються, впроваджуються й аналізуються Центром інтеграційного навчання. За його сприяння створено аматорський театр різних поколінь, гурток «Бабусині онуки» (адаптація та соціалізація дітей, вихованих переважно бабусями і дідусями), програми навчання літніх іммігрантів англomовними студентами, наставництва літніх людей над «важкими» підлітками, спортивно-оздоровчі, рекреаційні програми для літніх людей.

В Україні потужною соціальною, правовою, медико-реабілітаційною, психологічною та культурницькою діяльністю займаються Фонд соціального захисту ветеранів Великої Вітчизняної війни (створений у 1995 р.), Всеукраїнська благодійна організація інвалідів та пенсіонерів «Обличчям до істини», Спілка колишніх в'язнів фашизму-жертв нацизму, Громадська організація «Турбота про літніх в Україні», Благодійний фонд «За виживання», Благодійний фонд «Ветеран преси», Громадська організація «Асоціація психодрами», Союз організацій інвалідів України, Київська організація незрячих юристів, Товариство Червоного хреста України (здійснює 10 цільових гуманітарних програм), Союз православних братств України, Ліга

розвитку людини, Громадська фізкультурно-оздоровча і реабілітаційна організація інвалідів ЧАЕС «Здоровбор» та інші.

Отже, у старості повноцінне життя людини зумовлюється низкою чинників, зокрема, змістовним і творчим характером життя людини, позитивним уявленням про майбутнє (умовою цього є успішне розв'язання нормативних криз, життєвих задач і конфліктів на попередніх життєвих етапах), продуктивною установкою оцінювати власне життя (і все, що відбувається у світі) за критерієм успіхів, досягнень, щасливих моментів. Оптимально розвиватиметься у старості особа, яка знайшла адекватні способи компенсації різноманітних втрат, котра прагне до пізнання, навчання нових видів діяльності, має захоплення, включена в соціальне життя. Людина з розвинутими соціальними зв'язками в похилому віці також старітиме більш успішно. Цьому сприятиме й оптимальне використання нею власних можливостей.

3. Ставлення до людей похилого віку в суспільстві. Соціальні стереотипи щодо людей похилого віку

Під соціальної установкою Д. Маєрс пропонує розуміти *сприятливу чи несприятливу оцінну реакцію на що-небудь чи когось*, тобто соціальна установка – ефективний засіб дати навколишнього світу оцінку. Коли необхідно швидко відреагувати чи продемонструвати, що ми відчуваємо, думаємо, установка може визначити нашу реакцію (усвідомлення, оцінка й готовність діяти певним чином).

Функції:

1. *Его-захисна* функція дозволяє суб'єкту протистояти негативній інформації про себе самого чи про значимі об'єкти, підтримувати високу самооцінку й захищатися від критики.

2. *Самореалізація* (функція цінностей) допомагає суб'єкту визначити, до якого типу особистості і як він ставиться, що з себе являє, чому відчуває приязнь/неприязнь. Ця функція визначає також ставлення до інших людей і соціальних явищ.

3. *Адаптивна* функція допомагає людині досягати бажаних результатів і уникати небажаних цілей.

4. Функція *знання* допомагає людині організовувати власне уявлення про світ, інтерпретувати події та явища.

Отже, соціальні установки «пояснюють» людині, чого чекати, а очікування – важливий орієнтир в отриманні інформації.

Соціальні стереотипи засвоюються людиною з того моменту, як тільки вона починає ідентифікувати себе з конкретним суспільством,

культурою, певною соціальною групою й усвідомлювати себе як їх члена.

Соціально-демографічна група осіб пізнього віку – одна з найбільш стереотипізованих у сучасному суспільстві. Окремі дослідники (Н. Латскі, Т. Брубакер) стверджують, що соціальні стереотипи щодо старих людей є переплетіння позитивних і негативних суджень, співвідношення питомої ваги яких ідентичне для всіх вікових груп. Однак більшість учених, які вивчають геронтологічні соціальні стереотипи, дотримуються іншої думки. Так, М. Керміс, М. Елютіна та інші за результатами досліджень роблять висновок про *домінування в сучасній культурі негативних стереотипів щодо старих людей*. Широке поширення медикалістського підходу (медикалізація – поширення впливу медицини на інші сфери життя) зумовило патогенну установку на процес старіння, переводячи ряд геронтологічних проблем до розряду геріатричних. Наслідком поширеності таких негативних уявлень є певна деформація моральних категорій і морально-етичних принципів у дорослих і молоді. Негативні стереотипи щодо старості свідчать про те, що суспільство досі не знайшло адекватних форм взаємодії з ними.

Дослідження соціальних стереотипів про старість і старіння є досить актуальними через необхідність соціального аналізу ставлення до старих людей у суспільстві, а також пошук шляхів реалізації потенціалу старшого покоління.

У різних культурах і спільнотах формувалося шанобливе ставлення до людей похилого віку. У таких пам'ятках давньої літератури: «Велесова книга», «Повчання» Володимира Мономаха, «Повість минулих літ» – старці були джерелом мудрої поради, і практично жодна серйозна справа не могла бути вирішена без них.

В. М. Алексєєв, мандруючи Китаєм, у своїх спогадах писав: «Вранці приходить поговорити якась стара. Човняр галантно довідується, скільки їй років: «Мабуть, уже вісімдесят незабаром?» – Стара жінка, дуже улещена та задоволена цим зауваженням, скромно заявляє, що їй усього тільки п'ятдесят шість. – «Ну й щаслива ж ти, стара! Адже виглядаєш ти на всі вісімдесят!»... «Справа зрозуміла. У патріархальному Китаї вік завжди заслуговує на повагу! Тому поняття «старий» і «шановний» виражаються в китайців одним словом – «лао».

У розвитку суспільства людина, яка старішала, вважалася основним зберігачем знань і священних традицій первісної локальної групи. Це притаманно всім неписемним суспільствам. Знання старих, реалізовані більш молодими й сильними одноплемінниками, були одним із найважливіших факторів розвитку, гарантією оптимальної успішності

первісної локальної групи. Рада старійшин – колегіальний орган, що складався зі старших чоловіків, основними функціями якого було зберігання й відтворення традицій і контроль над їх виконанням; узагалі ж функції старійшин були досить різноманітними. Деякі автори схильні розглядати раду старійшин як інститут, що перешкоджає вождєві узурпувати владу. Зачатки влади старійшин з'являються приблизно ще в неандертальців.

У Давньому Римі влада «батька» (pater) над сімейством була повною й довічною. Батько міг убити, продати в рабство або позбавити спадщини кожного з підвладних йому членів сімейства. Фактично все майно належало батькові. Лише триразовий продаж у рабство виводив сина з-під влади батька. Ані похилий вік, ані висока посада підвладних йому членів родини, ані одруження, ані навіть божевілья не позбавляли батька сімейства його влади.

Нешанобливе ставлення до батьків у багатьох культурах вважалося злочином і каралося за законом. У Вавилоні, наприклад, на утримання матері видавалося борошно, а не зерно, тому що розтирання зерна на зернотерці вимагало значних додаткових зусиль. Об'єктом особливої уваги в Римській імперії були ветерани, яких держава забезпечувала земельними наділами, нерідко значними. Їм видавалася одноразова чи регулярна грошова допомога. Крім того, їм дарувалося право безмитної торгівлі й інші пільги та привілеї, розмір яких залежав від звання перед виходом у відставку й терміну служби. Ветерани та їхні нащадки могли розраховувати на одержання римського громадянства.

В епоху Відродження евтаназія й суїцид у літньому віці починають виправдовуватися, на відміну від середньовічної Європи.

У Новий час в європейських урбанізованих культурах з руйнуванням громади система колективної підтримки непрацездатних занепадає. Поступово провідну роль у підтримці непрацездатних починає відігравати держава. Перший закон про відповідальність держави за немічних і незаможних старих був уведений в Англії в 1601 році.

Суспільна підтримка літніх на початку епохи була зведена до мінімуму. Унаслідок цього вже до XVI-XVII століть старий став сприйматися як «руїна», людина, що вичерпала себе. У цілому до XVIII століття літні залишалися «чимось смішним», лише в XIX ст. виникає образ респектабельного старця з багатим досвідом життя.

Образ старого чоловіка або старої жінки в сільській традиції сприймається принаймні подвійно: з одного боку, про літніх людей говорять як про таких, що «вижили з розуму», а за своїм статусом вони найчастіше прирівнюються до дітей (про це, зокрема, свідчить приказка

«Що старе – що мале»). З іншого боку, старим чоловікам і жінкам нерідко приписується особлива мудрість щодо володіння магічними навичками й знаннями. Тобто людям похилого віку, як правило, «відмовляється» в інтелектуальній компетенції, але їм приписуються особливі знання у сфері релігії, магії, досвіду взаємодії із сакральним і потойбічним світом. Таким чином, соціальна й фізіологічна неповноцінність старих людей компенсується їхньою особливою роллю у взаєминах зі сферою «іншого» і надприродного. Адже навіть у сучасній реальній практиці лікування людей за допомогою заговору і різних магічних прийомів входить до прерогативи «бабусь-знахарок».

Настанови щодо старих людей часто амбівалентні: їх часто вважають і мудрими, і слабоумними; добродушними та буркотунами, завжди чимось невдоволеними; такими, що виявляють турботу про оточення, і байдужими, некоммунікбельними.

За результатами опитувань населення в різних країнах світу виявилось, що існують як позитивні, так і негативні уявлення про старих людей, які впливають на ставлення до них суспільства. Ці стереотипи заважають сприймати людей похилого віку диференційовано, як індивідумів, і можуть сприяти виникненню соціальних установок і дій, які відбивають у них бажання активної життєдіяльності. Грейс Крайг виділяє стереотипи, які впливають на сприйняття людей похилого віку представниками інших поколінь:

Негативні стереотипи:

1. Більшість старих людей бідні.
2. У більшості старих людей є житлові проблеми.
3. Старі люди, як правило, слабкі та хворі.
4. Старі люди не є політичною силою і потребують захисту.
5. У більшості старих людей низька працездатність та продуктивність, мотивація, здатність сприймати нове, творча активність.
6. Вірогідність нещасних випадків у людей похилого віку вища, ніж у інших.
7. У старих людей знижуються інтелектуальні здібності, погіршується пам'ять, у них нижча здатність до навчання.
8. Старі люди часто інтелектуально ригідні й догматичні. Більшість із них закріпили у своїх звичках і не здатні їх змінювати.
9. Більшість із старих людей живуть в соціальній ізоляції та страждають від самотності.

Позитивні стереотипи:

1. Старі люди є потенційною політичною силою, вони активно голосують і беруть участь у політичному житті, постійні у своїх переконаннях, їх багато.

2. Старі легко сходяться з іншими людьми, вони добрі та привітні.

3. Більшість із них вирізняється зрілістю, життєвим досвідом і мудрістю, вони цікаві люди.

4. Більшість старих людей вміє слухати й особливо терплячі до дітей.

Ці стереотипи підтримуються культурною традицією, посилюються засобами масової комунікації, соціальним оточенням і формують упереджене негативне ставлення до людей похилого віку.

Проте суспільство має багато стереотипів сприймання старості, здебільшого негативних. Наприклад, вважається, що старі люди є слабкими й немічними, неспроможними повноцінно працювати, бідні, не живуть повноцінним життям, консервативні, ригідні, культурно відсталі, не приносять користі суспільству, неприязні у ставленні до молоді тощо.

Стереотипи, пов'язані із старістю відображено у багатьох народних прислів'ях та приказках: «Старість – не радість», «Старе, як мале: що побачить, того й просить», «Що старе, що мале, що дурне», «Старий про старе й думає», «Старого вчити – що мертвого лічити», «У старого голова, як решето: багато було, та висіялося», «Старість іде і хвороби веде», «Старість не прийде з добром: коли не з кашлем, то з горбом» тощо.

Такі упереджені стереотипи старості, які міцно закріпилися в сучасному суспільстві, формують конфліктні міжпоколінні взаємини та викликають прояв *ейджизму* (від латін. *ageism*) – негативний стереотип щодо людей будь-якої вікової категорії, але найчастіше мається на увазі стереотип похилого віку. *Ейджизм* – хибне, негативне упереджене ставлення суспільства до людей похилого віку, байдужа настанова щодо старих людей, їх знецінення, приниження та дискримінація.

Цей термін увів в обіг Батлер Р., який визначив ейджизм як процес систематичної стереотипізації й дискримінації людей через їхню старість. На його думку, психологічними причинами розповсюдженості ейджизму в сучасному європейському суспільстві щодо людей похилого віку є глибоко прихована тривожність молодих і зрілих людей, їх особиста відраза та неприязнь до старості, хвороб, інвалідності, страх немічності, непотрібності та смерті. Як зазначає І. А. Липський, сприйняття людей похилого віку іншими спирається на механізми соціальної перцепції, прояв яких залежить від вікових та індивідуальних особливостей того, хто вступає в контакт з людьми похилого віку.

Наприклад, маленька дитина сприймає стару людину як мудру й досвідчену, тобто позитивно. У підлітковому та юнацькому віці сприйняття старої людини не є таким однозначним. Незважаючи на зовнішні прояви поваги до людей похилого віку, юнаки та дівчата найчастіше ставляться до них дещо критично та амбівалентно: від поваги і співчуття до повного заперечення їхньої соціальної значимості.

Ейджизм поділяють на *інституційний* (юридично фіксуючий дискримінацію осіб, що належать до певної вікової групи), і *внутрішній* (який включає принизливі висловлення й поведінку, що дискримінує: ігнорування, фізичне або психічне насильство тощо).

Формою ейджизму є *геронтофобія*, яка виявляється в неприязні до старіючих осіб і є досить поширеною в сучасному суспільстві. *Геронтофобія* (gerontos – старий, старість, φόβος – страх) – вороже ставлення до людей похилого віку, страх старіння. Небажання піклуватися про літніх людей та надавати їм посильну допомогу, ігнорування їхніх проблем і потреб, зневажливе ставлення до старості й емоційна холодність у спілкуванні із представниками старшого покоління. Це створює соціальний і психологічний вакуум, який сприяє включенню або посиленню дезадаптаційних процесів, що чинять деструктивний вплив на всі сфери життєдіяльності осіб періоду інволюції. Людині пенсійного віку складно влаштуватися на роботу, особливо на приватні підприємства. Її сприймають як слабку, хворобливу, не здатну до змін особистість і не зважають на її досвід, професійні якості.

Найчастіше ейджизм в суспільстві виявляється в таких формах:

- у вигляді *негативних міжперсональних взаємодій, ініційованих представниками молодого покоління щодо осіб літнього й похилого віку* (відсутність поваги до старих людей, образлива поведінка стосовно них, прояви недоброзичливості й агресії);
- у вигляді *зневажливих висловлювань про старість і старих людей* (прислів'я, приказки) та *існуючих у сучасному суспільстві переконань*, що ґрунтуються не на реальних фактах, а на застарілих поняттях про період пізньої дорослості винятково як часу регресу й занепаду, що розглядають інтелектуальні й соціальні можливості людей похилого віку через призму їхнього віку в рамках деструктивних інволюційних змін;
- у *байдужому ставленні медичного персоналу в поліклініках, санаторіях і лікарнях до осіб літнього й, тим більше, похилого віку* («Скільки Вам років? Чого Ви хочете від свого зношеного організму? Не морочте нам голову своїми хворобами! Вам уже жодне лікування не допоможе!» тощо). Таке ставлення до літніх громадян формує у свідомості людей

негативний образ старої людини, якій приписуються узагальнені якості, що применшують і принижують її особистість.

Вікова дискримінація в суспільстві, більше орієнтованому на молодих, виявляється *при працевлаштуванні й одержанні освіти* (відмова в працевлаштуванні або навчанні за критерієм віку). Обмеження взаємодії між собою представників різних вікових груп називається *соціальною ізоляцією* (наприклад, вікові обмеження при прийомі на роботу, відмова літнім у спілкуванні з онуками тощо).

Г. Хойфт, А. Крузе, Г. Радебольд, розглядаючи питання про насильство над старими людьми, відзначають, що почастишали повідомлення про зневажливе ставлення до старих людей, прояву стосовно них агресії й насильства. На думку авторів, ці прояви виражаються в дії чи бездіяльності та включають: недбалу поведінку, інтоксикацію й пряме фізичне насильство.

Під **непрямим** насильством розуміємо:

1) обмеження юридичних, трудових і цивільних прав людей похилого віку;

2) порушення припустимих меж у фармакотерапії (наприклад, перевищення доз седативних або знеболюючих засобів, безконтрольне призначення препаратів без урахування їхньої доцільності й індивідуальних протипоказань для старих людей (антидепресантів, транквілізаторів, снодійних або інших психофармацевтичних засобів); перевищення термінів тривалості прийому лікарських препаратів; несвоєчасний прийом ліків або відмова в них тощо);

3) халатне ставлення при догляді за старими людьми, яке здатне спричинити фізичні чи психічні травми (відсутність профілактики пролежнів, порушення гігієнічних норм утримування, психологічна й соціальна ізоляція, тобто відмова в повноцінному спілкуванні, необхідних прогулянках, створення інформаційного вакууму тощо);

4) порушення режиму харчування;

5) пасивне ставлення до процесу хвороби чи вмирання (небажання вживання необхідних заходів для порятунку здоров'я або життя старої людини).

До **прямого** насильства відносимо:

1) соціальну агресію (неповажне ставлення в суспільстві до старих людей, скоєння образливих, хуліганських дій стосовно них тощо);

2) психологічний терор (дезінформація, залякування, образи, знущання, підбурювання до суїциду);

3) економічне насильство (позбавлення фінансової волі, вчинення кримінальних дій: фінансовий шантаж, вимагання, злочинство, трудова експлуатація);

- 4) насильницьку ізоляцію (соціальну, фізичну, психологічну й інформаційну ізоляцію);
- 5) позбавлення можливості реалізації гігієнічних вимог і потреб;
- 6) позбавлення відпочинку чи сну;
- 7) позбавлення їжі й/або води;
- 8) застосування прямої фізичної сили (жорстоке ставлення, позбавлення рухів або зв'язування, сексуальне насильство, заподіяння навмисних тілесних ушкоджень);
- 9) відмова в необхідному лікуванні, позбавлення медичної допомоги (пасивна евтаназія);
- 10) вбивство.

Негативне ставлення до старшого покоління, яке представляє третій і четвертий вік, не тільки свідчить про недостатній рівень культури в соціумі, але й чинить деструктивний психологічний вплив на осіб літнього й похилого віку, які є частиною кожного суспільства. Це не тільки перешкоджає повноцінному проходженню ними адаптації в період пізньої дорослості, але за певних негативних складових (наприклад, хвороба, самотність та тощо), навпаки, сприяє соціально-психологічній дезадаптації особистості в старості.

Засоби масової інформації нерідко стають джерелом узагальнених стереотипізованих знань про людей пізнього віку (приписування їм негативних характеристик, створення негативного образу старості тощо). Відсутність комунікативної взаємодії між представниками різних вікових груп, що дозволяє в результаті контактів придбати позитивний досвід спілкування з людьми похилого віку, сприяє формуванню в молодого покоління негативних стереотипів щодо старості й поширенню ейджизму та геронтофобії в суспільстві.

Визнаючи питання старіння однією з основних сучасних проблем, Організація Об'єднаних Націй ухвалила «Принципи щодо людей похилого віку», згідно з якими старі люди повинні мати: незалежність; залучення до суспільного життя; можливість працювати та жити вдома; забезпеченість доглядом і захистом з боку сім'ї і громади відповідно до системи культурних цінностей конкретного суспільства; можливості для всебічної реалізації власного потенціалу; справедливе ставлення незалежно від віку, статі, расової чи етнічної приналежності, інвалідності чи іншого статусу, і роль повинна оцінюватися незалежно від їхнього економічного внеску; можливість вести гідний і безпечний спосіб життя і не піддаватися експлуатації та фізичному або психічному насильству.

4. Особливості міжособистісних і внутрішньосімейних стосунків людини похилого віку

Важливе значення у старості має спілкування, яке дозволяє людині задовольняти низку життєво важливих потреб. Серед них можна виділити три групи: соціальні, екзистенціальні й емоційні.

До *соціальних* належать прагнення людини до прихильності, встановлення близьких емоційних («тепліх») взаємин із рідними та друзями, задоволення її потреби у приналежності до певних груп чи спільнот, прагнення уникати самотності.

Про *екзистенціальні*, які виявляються у смислоутворювальні потреби та потреби у свободі. Варто деталізувати один із показників задоволення потреби в пошуку сенсу життя, яка виявляється в формі діалогічного ставлення до себе – особистісну рефлексію. Це здатність індивіда осмислювати власні стосунки, прогнозувати наслідки власних дій і вчинків для себе самого й інших, здатність до узгодження цілей власної поведінки із засобами їх досягнення.

Емоційні потреби старої особи зумовлюються її прагненням коригувати власні емоційні стани, а саме активізувати позитивні (отримувати розраду, емоційний комфорт) та зменшувати негативні (тривожність, депресію, стурбованість).

У процесі спілкування з оточуючими старіюча особа переглядає власний життєвий досвід, будує нові життєві сценарії, втілення яких є умовою її розвитку й саморозвитку.

Дослідження свідчать, що в особи похилого віку з вираженим соціальним інтересом, яка включена до широких соціальних зв'язків, темпи старіння нижчі, краще фізичне здоров'я, тобто спілкування дозволяє уповільнити старіння й визначає емоційний стан старіючої людини. Дефіцит спілкування в разі самотнього проживання, так і ситуаційне гіперспілкування в умовах будинку-інтернату негативно впливає на емоційний стан людини похилого віку.

У старості спілкування здійснюється в кількох напрямках. По-перше, *у сім'ї* як у найближчому соціокультурному середовищі, що може, з одного боку, надати старій людині матеріальну допомогу й підтримку, забезпечити безпеку, оптимізувати соціальні контакти, активізувати спосіб життя і таким чином сприяти перегляду нею життєвого досвіду та розвитку її особистості. Але, з іншого боку, саме в сім'ях часто виникають найгостріші конфлікти, які супроводжуються потужними емоційними проявами й негативно відображаються на самопочутті людини. Такі проблеми часто пов'язані із взаєминами з представниками інших поколінь.

По-друге, із друзями та знайомими, які складають найближче оточення людини похилого віку та надають їй емоційну підтримку, обмінюючись різноманітною інформацією з ними, вона активізує розвиток власної особистості. Але такі друзі та знайомі часто також є похилого віку і, йдучи із життя, сприяють звуженню кола спілкування старої людини, що може зумовити виникнення в неї негативних емоційних реакцій, а також фізичну, інтелектуальну, психічну, соціальну деградацію. Окремі наукові дослідження підтверджують, що для людини у старості досить важливими є соціальні контакти з друзями чи сусідами, які більше впливають на благополуччя, ніж контакти із дітьми чи родичами.

Проблемою старості, яку варто згадати у контексті перших двох напрямків спілкування цих осіб, є самотність через смерть чоловіка або дружини, смерть близьких друзів, зменшення контактів із дітьми й онуками; проблеми бар'єрів у стосунках із представниками інших поколінь (це можуть бути близькі люди або взагалі майже не знайомі).

По-третє, у різноманітних спільнотах (групах за інтересами, суспільних організаціях, організованих спільнотах, конфесійних об'єднаннях), у межах яких старіюча особа може реалізувати свій соціально корисний культурний потенціал і завдяки яким вона відчуває власний зв'язок із світом, з ширшим соціальним контекстом, відбувається її соціальний та особистісний розвиток. Однак такі спільноти є недостатньо розвиненими, особливо в невеликих містах і селах, а також недостатньо фахівців, які вміють організовувати діяльність саме старих осіб, знайти оптимальні способи взаємодії з ними.

Ідеалом існування старих осіб є тісні соціальні зв'язки при досить високому рівні незалежності, тобто раціональне поєднання родинної турботи та особистісної автономії. Старі люди цінують самотність і незалежність, і тому самі надають перевагу таким формам проживання, які вважають найбільш корисними для підтримання сприятливих сімейних взаємин, визначених як «близькість на відстані», «близькість із взаємною незалежністю».

Особи похилого віку мають переважно середній рівень як комунікативних, так і організаторських схильностей (О. Г. Коваленко). Вони прагнуть до контактів з людьми, відстоюють власну позицію, проте потенціал їхніх схильностей не є досить стійким. На прояв таких схильностей у похилому віці певним чином впливає стать, умови проживання, рівень освіти, зайнятість, участь у суспільному житті, задоволеність життям. У похилому віці жінки, особи, які працюють, беруть участь у суспільному житті, задоволені сьогоdnішнім життям, мають вищі рівні за показниками комунікативних і організаторських

схильностей, ніж чоловіки, ті, хто не працює, не бере участь у суспільному житті, незадоволений своїм сьогоденням. Перші більше, аніж другі, прагнуть до контактів із людьми, частіше відстоюють власну позицію, можуть організовувати себе та інших. У осіб похилого віку, які проживають з родиною, мають середню спеціальну та вищу освіту вищій рівень організаторських схильностей, ніж у тих, хто в похилому віці живе самотньо, має загальну середню освіту. Перші здатні краще організовувати інших у виконанні спільної справи, правильно організувати й контролювати власну роботу, ніж другі.

У сім'ї старіючої людини відбуваються значні зміни, зумовлені, у першу чергу, об'єктивними обставинами: вихід на пенсію (постійне перебування вдома), залишення сім'ї дорослими дітьми (подружжя – наодинці), хвороба чоловіка чи дружини (необхідність доглядати), смерть іншого члена подружжя. Це об'єктивні чинники, які зумовлюють проблеми в сім'ї старої людини. До них належать і *суперечності* між:

- очікуваннями старої людини щодо інших представників сім'ї та ігноруванням ними цих очікувань;
- потребою бути корисним, затребуваним і позбавленням старої людини можливості задовольняти ці потреби в сім'ї;
- самотавленням і ставленням родичів, самооцінкою та оцінкою можливостей і особистості старої людини в цілому;
- потребою піклуватися про дітей та онуків і необхідністю жити нарізно (синдром «спустошення гнізда») (Л.О. Регущ).

У старості відбувається *перебудова відносин у сім'ї, зміна стосунків з іншими поколіннями*, встановлення відповідності між напрямками і темпами розвитку представників різних поколінь. Як правило, особа у віці 60 років і старше має дорослих дітей, що мають власні сім'ї, тобто вона одночасно є і батьком чи матір'ю, і бабусею чи дідусем.

Набуття нової внутрішньосімейної ролі бабусі чи дідуса супроводжується суттєвим перебудовуванням уже сформованої ієрархії відносин, пошуком збалансованості нової ролі з уже існуючими, що часто суперечать одна одній. Опанування прабатьківського статусу потребує нової внутрішньоособистісної позиції, бо оптимальна готовність до прийняття нової ролі характеризується усвідомленням її специфіки як нового етапу життя, розумінням цінності онуків, збільшенням соціального престижу, подовженням життєвої перспективи, утворенням нових джерел задоволеності життям. Прабатьки виступають як носії традицій і цінностей, джерелом безумовної любові до онуків. Незрілість до виконання ролі прабатьків виявляється у відмові від нової позиції («Старі люди повинні

відпочивати», «Треба пожити трохи й для себе», «Нам теж ніхто не допомагав», «Дитина ваша – от і повинні виховувати самі!») або, навпаки, в узурпації батьківської ролі, відмові батькам дитини у виконанні їх батьківської та виховної функцій.

Перші зарубіжні дослідження феномену ролі прабабків були проведені в 70-х роках в США, де вчені виокремили такі типи сімейних ролей:

«Формальні» бабусі та дідусі, які мають стереотипні, жорстко зафіксовані уявлення про власні ролі прабабків і соціальні ролі онуків.

«Сурогатні батьки» – бабусі й дідусі повністю виконують батьківські функції, вони відповідальні за онуків.

«Мудреці» – таку роль виконують прабабки, котрі є джерелом життєвої та родинної мудрості, передають нащадкам досвід, інформацію про традиції, звичаї, родинне походження.

«Розважальники» – бабусі та дідусі, які активно залучають онуків до розваг, веселого проведення дозвілля.

«Відсторонені» прабабки, котрі рідко спілкуються та проводять час з онуками.

П. Робертсон, вивчаючи рольові уявлення бабусь, запропонувала альтернативну типологію, критерієм якої було співставлення соціальних та особистісних норм жінок:

«Гармонійні» характеризуються пропорціональним розподілом особистісних і соціальних норм, ідеальним уявленням про роль бабусі, високим ступенем занурення до проблем онуків, гармонійними взаєминами поколінь.

«Символічна» – роль, у якій провідним критерієм поведінки бабусі виступає врахування нормативних і моральних аспектів ролі, проте реальні взаємини з онуками мають поверхневий характер.

«Далека» бабуся має низькі соціальні й особистісні уявлення про соціальну роль і посідає відокремлену позицію щодо проблем життя онуків.

«Індивідуальна» роль бабусі характеризується акцентуванням персональних, особистих аспектів поведінки.

Ще одна класифікація розроблена В. Бенгстоном, який сформулював функції прабабків у родині:

«Наявність». Прабабки вважають, що сутність їх ролі полягає в присутності у житті родини дітей, що дозволяє їм бути символом стабільності сімейних взаємин.

«Родинна національна гвардія». Головне завдання цієї ролі – помічник у критичних ситуаціях, підтримка та прояв активної турботи про онуків.

«Арбітр». Характерними рисами цієї ролі є обговорення й оцінка родинних цінностей, підтримка стабільності сім'ї в конфліктних ситуаціях, зв'язку між поколіннями.

«Охоронець» або «зберігач». Функція даної ролі – спадкоємність традицій у родині.

Кожна із названих ролей може бути реальною чи символічною.

А. С. Співаковська, яка розглядає дисгармонійні типи жінок та їх вплив на розвиток онуків та взаємин у родині, визначає два типи: «бабуся – жертва» та «бабуся – суперник».

Для першого типу роль бабусі стає сутністю їхнього життя. Така жінка свідомо відмовляється від професійної діяльності, звужує міжособистісні контакти й повністю виконує виховні та господарсько-побутові родинні функції. Їй притаманні періодичні прояви почуття роздратованості, невдоволеності, туги, образи за недостатню вдячність з боку близьких. Із онуками встановлюються теплі взаємини, однак у дітей формується звичка в усьому покладатися на бабусю, виникають проблеми самоконтролю та спілкування з іншими.

Для другого типу характерний більш збалансований розподіл ролі бабусі й інших соціальних ролей, хоча разом із цим наявна демонстрація бажання бути кращою для онуків, ніж справжня матір. Така бабуся виступає з різкою критикою щодо способів виховання батьків, усі успіхи дитини пов'язує виключно з власним впливом на дитину. Іноді в неї виникає почуття провини та каяття через непримиренність у ставленні до дорослих дітей. У поведінці онуків простежується або прагматичне використання суперечливих позицій дорослих, або формується почуття провини, неповноцінності, бачення себе як причини конфліктів між бабусею та батьками.

Перше ґрунтовне емпіричне дослідження ролі бабусі та її впливу на розвиток дитини було проведено О. В. Красновою. Аналіз отриманих даних дозволив виділити три типи бабусь:

«Формальні», які беруть участь у вихованні онуків, проте цей процес вони розуміють виключно як допомогу в догляді за дитиною. Така позиція обумовлена нормативними й моральними аспектами поведінки та відповідає формальним очікуванням суспільства. За результатами дослідження кожна друга бабуся належить до цього типу.

«Активні» більше залучені до проблем онуків, ніж «формальні». Вони прищеплюють онукам моральні цінності, завжди готові підтримати й підбадьорити дитину, але й більше карають, вважаючи, що мають на це право. Почуття відповідальності за родину, активність у вирішенні проблем онуків свідчить про високий рівень особистісних і

соціальних уявлень про роль прабатьківства й відповідну поведінку бабусь цього типу очікуванням інших.

«Відсторонені» бабусі не мають обов'язків щодо онуків, рідко спілкуються з ними, вважаючи, що не повинні заважати дорослим дітям виховувати онуків й готові допомагати тільки у вкрай необхідних ситуаціях. Бабусі цього типу мають жорстко фіксовані уявлення про власний внесок у родину своїх дорослих дітей. Стосунки з онуками вимушені та мають авторитарний характер.

Важливо, що дослідження О. В. Краснової дозволило виокремити етапи прабатьківства та прослідкувати динаміку сімейного життя жінок-бабусь на різних стадіях життєвого циклу родини.

I етап – «молода бабуся» (жінки у віці 47–51 року) продовжує професійну діяльність і при цьому бере обов'язки допомоги в догляді за онуками. Частіше такі стосунки мають господарсько-побутову й матеріальну спрямованість. Таких жінок відносять до типу «формальних» бабусь, рідше – «активних». Особливістю групи молодих бабусь є більша прихильність до онуків від доньок, із якими вони частіше зустрічаються та допомагають.

II етап – «стара бабуся» (жінки у віці 58–62 років) настає тоді, коли молодшому онуку зазвичай виконується 10–11 років. Специфікою виконання цієї ролі є поява в бабусь тривоги щодо професійної визначеності онуків, їхньої освіти, обрання друзів, майбутнього в цілому. Жінки на цьому етапі більше зацікавлені у збереженні позитивних взаємин у родині, традицій, цінностей. Спілкування з онуками визначається гуманістичною настановою, готовністю до безумовного прийняття дитини, позитивного ставлення до неї, співучасті, рівності у стосунках, визнанням індивідуальності онуків.

III етап – «жінка похилого віку» – починається, коли онукам виповнюється 18 років й виникає потреба їм самим піклуватися про прабатьків. На цій стадії спостерігається зміна балансу незалежності й автономії членів родини.

Таким чином, внесок прабатьків у життя родини та спектр виконання ними соціальних ролей залежить від соціальних і власних норм життя, від суспільних потреб та очікувань, власного віку й віку онуків, умов проживання.

Проте перебудова відносин у сім'ї, зміна стосунків з іншими поколіннями може призвести до багатьох проблем у взаєминах, які обумовлені найчастіше порушенням основних законів психічного розвитку: кожна людина розвивається за своїм індивідуальним сценарієм, психічний розвиток людини зумовлений особистісною активністю.

Одна з типових проблем розвитку старої людини полягає в тому, що вона відмовляється від власного індивідуального життєвого шляху й повністю занурюється в життя своїх дітей і онуків. Це виглядає так, що режим життя підпорядковується інтересам дітей, весь час займають їхні проблеми і життєвий устрій, звужується коло спілкування з однолітками тощо. *Вона реально перетворюється на домогосподарку, няньку, яка обслуговує інших членів сім'ї.* На цьому тлі починає формуватися система очікувань як відповідь на її повну віддачу, але, на жаль, частіше за все молоде покоління цю ситуацію сприймає як буденну, мовляв жертв ніхто й не просив. Такий спосіб життя був самостійним вибором старої людини. У її психічному житті починає назрівати проблема – протиріччя між очікуванням уважнішого ставлення з боку інших членів сім'ї й образом у зв'язку з недооцінкою праці і «принесених жертв».

Інший життєвий сценарій, який також провокує проблеми розвитку та життя старих людей, пов'язаний з ситуацією *«спустошеного гнізда»*. Психологічний зміст проблеми полягає в тому, що виникає протиріччя між сформованим способом життя, який включає спілкування з молодим поколінням у сім'ї, спосіб життя, за якого багато часу займала турбота про дітей і онуків, і необхідністю змінити й опанувати новий спосіб життя. А в цьому новому житті виявляється дуже багато вільного часу, немає орієнтирів на інших, нехай і близьких людей. Потрібна психологічна перебудова ставлення до себе, зміна життєвого стереотипу тощо.

Проблеми старих осіб часто пов'язані з минулим, у якому складався стиль взаємин між поколіннями. Увага до взаємин у сім'ї висвічує проблему насильства щодо представників старшого покоління, які стають жертвами побоїв, пограбувань із боку більш сильних представників родини. Психологічні детермінанти цієї ситуації потрібно шукати як у моральному розвитку молодших членів сім'ї, так і в психологічних особливостях старих осіб. Найчастіше причина *насильства в сім'ї* – це результат виховання, яке здійснювало старше покоління. Настав час «збирати каміння». І природно, якщо «батько» являв собою зразок асоціальної поведінки, якщо нічого не було зроблено для виховання добра, моральності дітей, стара людина стає жертвою власного легкодумства й безвідповідального ставлення до виконання ролі батька.

Розглядаючи взаємини між представниками різних поколінь у сім'ї, О. В. Краснова аналізує явище *«взаємовідчуження» поколінь*, коли старі особи – батьки сімейства – уже не відіграють колишньої ролі, молоде покоління не потребує підтримки старших, а останні й зовсім відходять від сім'ї, не виконуючи ролі дідусів і бабусь. Причиною цього процесу є

розпад сім'ї: життя «Я» стає важливішим, ніж життя «Ми», тобто раніше молоді, допомагаючи старим людям у набагато ближчому контакті, були внутрішньо причетні не тільки до їхніх слабкостей і хвороб, але також і багатства їхнього досвіду, і сили почуттів. Тепер різні покоління живуть більш віддалено та ізольовано. До тілесного і духовного відчуження додалося також соціальне, коли молоде покоління перекладає на установи пенсійного забезпечення обов'язок догляду за старіючими батьками.

Взаємини старого подружжя. З віком зменшується протилежність чоловічих і жіночих ролей, страх жіночності стає менш жорстким. Подружжя знаходить спільну мову, стає більш рідним із прожитими роками, узгоджують спосіб життя й думки, погляди, звички, смаки. Стихають навіть дуже гострі конфлікти. Подружжя розуміє один одного за найменшим порухом, може передбачити реакції і, відповідно, змодельовати власну поведінку. Але ані вік, ані сімейний стаж не гарантують миру та згоди в сім'ї. Відомі ситуації, коли інформація про зраду в давно минулі часи руйнувала шлюб старих осіб.

Через природні зміни зору, слуху, смакових відчуттів, уповільнення реакцій, зміни зовнішності, ходи в похилому віці змінюється характер і спосіб поведінки. Члени подружжя мають пристосовуватися до таких особливостей один одного.

В. Д. Альперович пропонує *типологію відносин між старим подружжям*: співіснуючі, партнери-конкуренти, закохані друзі.

До типу «співіснуючих» належать пари, які живуть разом ніби за звичкою. За довге життя в них накопичилося стільки образ один на одного, що під їх вантажем забулося первісне почуття, яке колись об'єднало цих осіб. Подружжя вже «не з'ясовує відносин», тому що жодних взаємин не має, вони абсолютно байдужі одне до одного. Вони з'єдналися не зі своїми половинами і не утворили єдності), не змогли подолати бар'єрів відчуження; їхні прагнення, установки, характери виявилися різноспрямованими.

«Партнери-конкуренти». Цих осіб колись, у молодості та зрілі роки, об'єднувало загальне заняття, можливо, спеціальність. Разом вони утворювали міцний тандем, який рухався вгору до вершин кар'єри. Вони постійно стежили за тим, щоб будь-яка робота, у тому числі й домашня, виконувалася на паритетних засадах. На старості років кар'єрні мотиви відійшли в минуле, спільні успіхи втратили цінність і залишилися тільки нудьга від одноманітності, взаємні закиди у виборі для себе легшого завдання, у порушенні угоди про партнерство.

«Закохані друзі». Взаємини побудовано на коханні та дружбі, які ці люди зуміли пронести через все життя. Про таку стару пару Андре

Моруа у творі «Листи незнайомці» писав: «Таким подружжям нудьга не страшна ... Чому? Тому що кожен із них настільки добре знає, що саме може зацікавити іншого, тому що в обох смаки настільки збігаються, що бесіда між ними ніколи не завмирає. Прогулянка вдвох для них так само дорога, як у свій час їм були дорогими години любовних побачень ... Кожен знає, що інший не тільки зрозуміє його, але заздалегідь про все здогадається. В один і той же час обидва думають про одні й ті ж речі. Кожен просто фізично страждає через моральні переживання іншого».

Переважаючими мотивами укладання шлюбу в пізньому віці є схожість поглядів і характерів, взаємні інтереси, прагнення уникнути самотності. Хоча важливими є і симпатії та прихильності. Частіше шлюб укладають у цьому віці чоловіки, аніж жінки. Причинами цього є певні нерівномірності: статеві-вікові диспропорції, значне кількісне переважання жінок над чоловіками (через високу смертність, військові втрати), психофізіологічні особливості організму чоловіка, задоволення потреб, пов'язаних із забезпеченням життєдіяльності (старіючому самотньому чоловікові складніше вести господарство, готувати їжу, аніж жінці у такій же ситуації). Наступна причина полягає в тому, що чоловіки в більшості випадків беруть у дружини більш молодих жінок. Це пояснюється переважно психофізіологічними особливостями чоловічого й жіночого організмів.

Суттєвим індикатором психічного та фізичного здоров'я осіб похилого віку є наявність партнера, близькі стосунки з яким є важливим джерелом їх емоційної рівноваги. Найбільш стресовою та важкою з них є втрата близької людини, тобто ситуація вдівства, коли особу опановують почуття самотності, соціальної ізоляції, непотрібності, порожнечі навколо, безнадійності тощо.

Реакція втрати одного з подружжя може проходити в декілька стадій:

- шок та заціпеніння;
- заперечення й ізоляція;
- усвідомлення та біль;
- прийняття та відродження.

Ці фази переживання втрати можуть мати індивідуальні аспекти прояву та бути різними в часі протікання.

Фаза шоку може тривати від кількох годин до кількох днів. У стані заціпеніння людина, яка втратила близького, до кінця не усвідомлює цього факту й не розуміє важкості втрати. Наступна фаза характеризується запереченням факту втрати одного з подружжя. Часто людина не хоче сприймати реальність, продовжує чекати, що померлий

повернеться, розмовляє з ним, планує якісь спільні сімейні справи. Негативний психологічний стан супроводжується й фізіологічними проблемами: порушенням сну й апетиту, слабкістю, апатичністю, відчуттям виснажливості тощо. Через 3–6 місяців після поховання людина визнає втрату та її вплив на життя. Ця фаза характеризується яскраво вираженими проявами переживання втрати: душевна біль, мука, туга, сльози, розпач, страждання переважають в емоційному стані людини. Іноді виникають гнів і злість, обвинувачення померлого в тому, що він залишив свого чоловіка або дружину на самоті. Проте цій період супроводжується постійними думками про померлого, розповідями про спільне життя, взаємини з ним, про його особистісні риси, яскраві моменти життя. Людині необхідно розповідати все це іноді по декілька разів. Можливість вербалізувати власні почуття дає певний терапевтичний ефект і допомагає людині, яка втратила близького, перейти до наступної фази, пов'язаної з прийняттям факту втрати, соціальної ролі вдовця або вдови й пошуку себе та сенсу життя.

Можна визначити декілька типових моделей життєдіяльності людини похилого віку після втрати чоловіка або дружини. Вибір однієї з них обумовлюється багатьма факторами: віком самотнього, ступенем соціальної активності, колом інтересів, характером спілкування з оточуючими, ступенем переживання втрати, станом здоров'я, особистісними якостями тощо.

Модель 1. «Життя в минулому». Поведінка людини, яка обирає таку модель, характеризується заглибленням у спогади про життя з померлим партнером, його ідеалізацією, втратою сенсу життя, відмовою від майбутнього, свідомою самотністю. У старих констатуємо послаблення життєвої енергії в цілому, ситуацію застою, наявність почуття спустошеності, суїцидальних думок, депресії, відчуття безнадійності. Людина горює через смерть і розлуку із близькою людиною.

Модель 2. «Очікування зустрічі з померлим». Життя після втрати одного з подружжя присвячується підготовці до возз'єднання з ним. Людина готова до завершення життєвого шляху й не бачить сенсу затримуватися на цьому світі. Найчастіше люди, які обирають таку модель, знаходять відряду в релігії або заглиблюються в філософське обґрунтування небажання одному, без померлого, існувати. Людина підкоряється долі й неминучій смерті, очікує кінця.

Модель 3. «Домінуючий егоцентризм». Подальше життя (після смерті одного з подружжя) характеризується повною зосередженістю на власному здоров'ї та задоволенні потреб. Така людина активно забезпечує матеріальний добробут, відпочинок, розваги й самоосвіту;

присвячує багато часу піклуванню про себе, надзвичайно ретельно ставиться до харчування й задоволення власних інтересів, дозволяє собі все, чого не вистачало або не було у шлюбі.

Модель 4. *«Інтеграція з сім'єю дітей»*. Людина похилого віку, яка залишилася на самоті після смерті іншого з подружжя, відмовляється від індивідуального життєвого шляху й повністю занурюється в життя дітей та онуків, перетворюється на домогосподарку, яка обслуговує інших членів сім'ї, повністю перебирає на себе виховні батьківські функції щодо онуків.

Модель 5. *«Самореалізація»*. Це активний творчий пошук і відкриття себе в нових соціальних ролях та професійній сфері. Людина намагається наповнити життя позитивними уявленнями про майбутнє, створити умови для повноцінного життя, випробує різноманітні форми активності.

Модель 6. *«Другий шлюб»*. Головною метою існування стає створення нової сімейної системи. Мотивами нового шлюбу можуть бути прагнення уникнути самотності, симпатії, схожість поглядів, взаємні інтереси, хоча частіше в пізньому віці укладають шлюб чоловіки, ніж жінки. Причинами такої особливості є значне кількісне переважання жінок над чоловіками через високу смертність останніх; задоволення потреб, пов'язаних із забезпеченням життєдіяльності – самотньому чоловіку складніше вести господарство, готувати їжу, обслуговувати себе, аніж жінці у такій же ситуації.

Таким чином, трансформація способу життя та спілкування, виникнення різноманітних ускладнень як у соціально-побутовій, так і у психологічній адаптації до нових умов життя людей похилого віку, котрі втратили близьку людину, диктують необхідність розробки й реалізації специфічних підходів, форм і методів психологічної роботи із цією категорією людей.

Самотність. Суперечність між потребою бути рівноправним, повноцінним, шановним членом сім'ї та незадоволенням цієї потреби може призводити до переживання самотності. Вона є багатоплановим амбівалентним психічним феноменом і може розглядатися як почуття, стан, процес, ставлення. Як певний стан самотність виражає форму самосвідомості й засвідчує порушення реальних зв'язків і взаємин внутрішнього світу особистості, відображає переживання своєї окремості, суб'єктивної неможливості чи небажання відчувати адекватний відгук, прийняття й визнання себе іншими людьми. Поява такого суб'єктивного переживання практично не залежить від обсягу міжособистісних контактів, стану психічного здоров'я, переважаючого

емоційного настрою й зумовлюється особистісними властивостями особи.

Самотність — соціально-психологічне явище, емоційний стан людини, пов'язаний із відсутністю близьких, позитивних емоційних зв'язків зі людьми та/або зі страхом їх втрати в результаті вимушеної ізоляції або має психологічні її причини. У рамках цього поняття розрізняють два різних феномени: позитивну (самотність) й негативну (ізоляція) самотність, однак найчастіше перша також має негативні конотації.

У загальному розумінні самотність – відчуття розриву з оточуючими, боязнь наслідків самотнього способу життя, важке переживання, пов'язане із втратою життєвих цінностей або близьких людей, постійне відчуття покинутості, непотрібності власного існування.

Самотній спосіб життя і самотність – поняття близькі, але не тотожні. Самотній спосіб життя – це фізичний стан, який активно обирається самою особистістю з огляду на свої характерологічні особливості та психічне здоров'я. Це насамперед прагнення відокремитись від оточуючих, бажання захистити внутрішній світ, незалежність від вторгнення сторонніх і близьких людей. Самотність – це соціальний стан, який відображає психофізичний статус людини, ускладнюючи встановлення нею нових і підтримування старих контактів і зв'язків.

Самотність у старості – насамперед відсутність родичів, дітей, онуків, подружжя, а також окреме проживання від молодих членів сім'ї.

Наявність сім'ї не вирішує проблеми самотності у старості, як самотній спосіб життя не обов'язково призводить до неї: багато старих людей веде активне громадське життя, спілкується з рідними та друзями. Необхідно відрізнити ізоляцію від самотності. Ізоляція – це об'єктивна відсутність суспільних контактів, а самотність – суб'єктивний психічний стан, не пов'язаний із кількістю суспільних контактів, а обумовлений монотонністю спілкування.

Існують різні типи і ступені самотності. Деякі форми можуть стимулювати розвиток самотності й поглиблювати її; у інших же формах чітко виражений руйнівний ефект цього явища. Так, соціолог Дж. Янг та його колеги розрізняли такі три типи самотності.

1. *Хронічна* самотність розвивається, коли протягом тривалого періоду часу індивід не може встановити соціальні зв'язки, які би задовольнили його. Хронічну самотність відчувають люди, що не були задоволені взаєминами протягом двох і більше років підряд.

2. *Ситуативна* самотність найчастіше настає в результаті значних стресових подій у житті: смерті близької людини чи розриву шлюбних стосунків. Ситуативно самотня людина після короткого періоду дистресу зазвичай примирюється зі своєю втратою й переборює самотність.

3. *Тимчасова* самотність — найбільш розповсюджена форма цього стану, що належить до випадкових проявів самотності.

Люди, чия самотність має хронічний характер, зазвичай мають менше близьких та інтимних відносин, аніж ті, у кого самотність ситуативна. Хронічна самотність зв'язана із тривалим когнітивним дефіцитом взаємин з іншими, а не з тимчасовою реакцією на нове середовище.

У теоретичному осмисленні проблеми самотності існує кілька підходів, однак моделі самотності не є повним і систематичним поясненням цього феномену. Більшість теоретичних міркувань про самотність пов'язано із клінічною практикою чи впливали з уже існуючих теорій.

Карл Роджерс є найбільш відомим прихильником феноменологічного напрямку. Його аналіз заснований на «Я-теорії» особистості, згідно з якою суспільство змушує індивіда діяти відповідно до соціально визначених стандартів, обмежуючи волю дій певними зразками. Це призводить до протиріччя між внутрішнім (істинним) «Я» індивіда та проявами «Я» у взаєминах з іншими. Згідно з теорією К. Роджерса впевненість у тому, що істинне «Я» індивіда відкинуто іншими, «тримає людей замкнутими у своїй самотності». Він розглядає самотність як прояв слабкої пристосованості особистості, причина якої – усередині індивіда, у феноменологічних невідповідностях уявлень індивіда про власне «Я». Відповідно до його концепції, зміст досвіду самотності особистість набуває під впливом різних життєвих чинників.

Р. С. Вейс — головний представник інтеракціоністського підходу до проблеми самотності. Його пояснення самотності може бути розцінене як інтеракціоністське згідно з двома причинами. По-перше, він підкреслює, що самотність — це не тільки функція фактора ситуації, це продукт їх комбінованого (чи інтерактивного) впливу. По-друге, автор описував самотність, через соціальні відносини: прихильність, керівництво й оцінка. Тобто самотність з'являється в результаті недостатньої соціальної взаємодії індивіда, або такої, що задовольняє лише основні соціальні потреби особистості.

Р. С. Вейс також встановив два типи самотності, що, на його думку, мають різні передумови й афективні реакції. Цей дослідник вважав, що існує фактично два емоційні стани, які можна розцінювати як

самотність. Він назвав ці стани відповідно емоційною та соціальною ізоляціями. Перший, на його думку, викликаний відсутністю прихильності до конкретної людини, а другий — відсутністю соціального спілкування.

Самотність типу емоційної ізоляції виникає за відсутності емоційної прихильності, і її можна перебороти, встановивши нову емоційну прихильність чи відновити раніше втрачену. Люди, що переживають цю форму самотності, схильні відчувати глибоку самотність незалежно від того, чи доступне їм товариство інших. Такий індивід, наприклад, описує навколишній світ як спустошений, безлюдний і беззмістовний; почуття глибокої самоти може бути описано і в поняттях внутрішньої спустошеності, у цьому випадку індивід зазвичай говорить, що він випробовує порожнечу, заціпеніння, байдужність.

Соціальна самотність – це відсутність значимих дружніх контактів. Соціально самотня людина переживає тугу й відчуття соціальної маргінальності.

Самотність типу соціальної ізоляції виникає за відсутності привабливих соціальних взаємозв'язків, і ця відсутність може бути компенсована включенням у такі взаємозв'язки.

Проблема соціальної самотності посилює почуття соціальної незахищеності та знехтування. Відбувається значне звуження контактів і кола спілкування, порушення стійких соціальних зв'язків; виникає проблема культурної відчуженості. Зниження соціальної активності людей похилого віку пов'язане не стільки з віком, скільки з іншими факторами (фізичною немічністю, бідністю, душевним розладом). Самотність становить серйозну загрозу спокою літньої людини й завдає удару по самолюбству. Така ситуація часто призводить до трагічних наслідків, коли літні люди свідомо йдуть з життя.

Однак старість, на думку французького дослідника в галузі соціології вільного часу Ж. Дюмазедьє, не повинна віднині зводитись до пасивного чекання смерті у спальні. Вирішення проблеми адаптації до старіння бачиться насамперед в активному залученні самотніх літніх людей до процесів спілкування. Вважається, що соціальна взаємодія й підтримка інших, необхідні для душевного здоров'я людей похилого віку, мають підкріплюватися створенням певного середовища, особливо між старшим і молодшим поколінням. Подібна психологічна підготовка широко розповсюджена в Німеччині, де є складовою програми «Перехід до старості».

Ще один напрям у дослідженні факторів, пов'язаних із самотністю, вивчає характер особистості: зосередженості на власному внутрішньому світі, сором'язливість, низьку самооцінку тощо.

Безпосередній акцент на характер особистості дозволяє виявити ще одну типологію самотності, зв'язану з властивостями особистості, що на практиці має істотне значення. Із віком особистісні риси, що провокують самотність, поглиблюються і провокують негативний стан переживанням міжособистісних взаємин. Польський психолог Л. Симеонова згрупувала типи поведінки людей, схильних до самотності, таким чином:

1. Постійна потреба людини в самоствердженні, коли в центрі уваги перебуває тільки власний успіх.

2. Одноманітність у поведінці. Людина не в змозі звільнитися від обраної ролі й тому не може дозволити собі бути розкутою, природньою у взаєминах з іншими.

3. Зосередженість на власних відчуттях. Події власного життя і внутрішній стан уявляються людині винятковими. Вона недовірлива, сповнена похмурих передчуттів, панічно занепокоєна своїм існуванням.

4. Нестандартність поведінки, коли світосприйняття і вчинки не відповідають встановленим у даній групі правилам і нормам. У такій поведінці існує дві причини: одна з них — своєрідність бачення світу, оригінальність уяви, що часто характеризує людей талановитих. До таких людей належать ті, хто створює нові теорії, незрозумілі і неоцінені сучасниками, категорично відкинуті й осміяні. Друга — небажання рахуватися з іншими: людина впевнена, що усі повинні підлаштовуватися під неї.

5. Недооцінка себе як особистості, а звідси – страх бути нецікавим для інших. Така поведінка характерна для людей сором'язливих, із заниженою самооцінкою, що прагнуть завжди триматися в тіні.

Цікаві дані, що стосуються схильності до самотності в залежності від типу особистості, були отримані групою вчених Каліфорнійського університету під керівництвом Е. Сігельмана. Серед характеристик, що найбільш негативно впливають на психологічну адаптованість, ними були виділені: відчуття себе невдахою, жалість до себе, схильність до пригніченості; прагнення триматися з людьми на відстані, уникнення близького спілкування; блудливість і лукавство, ненадійність, ворожість до інших, схильність приписувати власні почуття й мотиви іншим.

Українські психологи Є. І. Головаха і Н. В. Паніна, доповнюючи цей перелік особистісних характеристик, потенційно зв'язаних із переживанням самотності, виділяють конфліктність як схильність загострювати не тільки конфліктні, але найчастіше і просто ускладнені ситуації людських взаємин.

Усі перераховані психологічні характеристики не тільки ускладнюють спілкування, сприяють самотності, а й об'єктивно перешкоджають встановленню міжособистісних взаємин.

Розглядаючи соціальне функціонування людей похилого віку, слід звернути увагу на те, що вони часто скаржаться на самотність, проте самі ж і прагнуть усамітнитися, рідко заводять знайомства. Самотність у старості – поняття далеко неоднозначне і, власне кажучи, має соціальний зміст: самотність як соціальний стан, що відображає психофізичний статус літньої людини, ускладнює налагодження нових і підтримання старих контактів і зв'язків; самотність як відсутність родичів, дітей, онуків, подружжя, а також окреме проживання від молодих членів родини; самотність як повне позбавлення людського спілкування для старих людей, які мешкають у родині; самотність як самотійний спосіб життя – фізичний стан, що активно обирається самою особою з огляду на власний характер і психічне здоров'я на основі прагнення відгородитися від оточення, бажання захистити спосіб життя, внутрішній світ, незалежність і стабільність від вторгнення сторонніх і навіть близьких родичів (Т. В. Зозуля). Суб'єктивне почуття самотності та самоізоляція викликають стан глибокої незадоволеності життям і нерідко стають причинами самогубств людей похилого віку.

Старі люди, які прожили все своє життя поза сім'єю, в літньому віці більш благополучні у переживанні самотності, аніж ті, хто живе в сім'ї та є ізольованим. Це відбувається тому, що соціально самотня особа вже давно навчилася жити самотійно і не розраховує на допомогу чи емоційні контакти з родиною. Вона вміє уникати самотності й жити в тому соціальному оточенні, яке сама собі створила. Стара людина, що живе в сім'ї, як правило, змушена вибудовувати свої відносини в родині з новими членами сім'ї (зятєм, невісткою, онуками, іноді зі своїми власними дітьми) заново. Це ситуація, коли вона повинна знайти своє місце в сім'ї і перебрати на себе певну роль. Психологічна проблема виникає в житті тих старіючих осіб, яким доводиться виконувати роль «Цапа-відбувайла», «Без вини винуватого», «Попелюшки» тощо. Саме вони опиняються в ситуації глибокого переживання самотності в родині. Часто можна спостерігати, як ці старі люди вільно спілкуються зі сторонніми, розповідаючи про свої біди в сім'ї, водночас не маючи можливості вирішити власні проблемні переживання із родичами.

Почуття самотності у старості знижує дружні взаємини (О. В. Краснова), вони сприяють появі відчуття необхідності, самоповаги, а сімейні відносини часто є конфліктними й можуть стати джерелом незадоволеності, тривожності, депресії.

Дослідження О. Г. Коваленко виявило, що особи похилого віку частіше мають середній рівень суб'єктивного відчуття самотності, тобто це може свідчити про те, що вони мають риси, властиві інтровертам, відчувають оптимальну самотність і ставляться до цього явища позитивно. Загальне самопочуття в них позитивне. Статистична значимість між рівнем відчуття самотності у чоловіків і жінок в похилому віці не підтверджена. Однак, існують статистичні дані, які засвідчують, що це відчуття більше властиве селянам, аніж містянам; непрацюючим, ніж працюючим; тим, хто проживає самотньо, аніж з родиною; більше незадоволений станом здоров'я, аніж задоволений. Вищий рівень суб'єктивного відчуття самотності притаманний особам похилого віку із загальною середньою освітою, ніж тим, хто має середню спеціальну та вищу освіту. Також на прояви в цьому віці суб'єктивного відчуття самотності осіб похилого віку суттєво впливає рівень їхньої потреби у спілкуванні. Рівень суб'єктивного відчуття самотності осіб похилого віку, які мають нижчу потребу у спілкуванні, є нижчим, аніж у тих, хто має вищу потребу в спілкуванні.

5. Психологічна характеристика кризи похилого віку

У сучасній науковій літературі, яка стосується таких ключових понять як «криза», «кризові стани», дотепер відсутні чіткі дефініції.

У віковій психології та психології розвитку використовують уявлення про кризу як про стан, характерний для критичних періодів життєдіяльності людини. Зазвичай людина спроможна самотійно подолати кризовий стан.

У клінічній психології поняття «криза» пов'язують із травматичною чи катастрофічною ситуацією. Його використовують для позначення такої реакції на небезпечні події, які людина переживає як хворобливий стан.

Поняття «криза» виникло в часи стародавньої Греції й означало рішення, поворотний пункт, результат. На думку вітчизняного науковця Т. М. Титаренко, *кризою* є такий віраж на життєвому шляху, коли під загрозою опиняється цілий життєвий світ особистості, який уже більше не влаштовує, у ньому вже не можна жити.

Криза (за Ф. Ю. Василюком) – критичний момент і поворотний пункт на життєвому шляху особистості.

Кризові етапи розвитку особистості спостерігаються на межі переломних моментів життєвого шляху особистості: зміни соціального оточення, ролі, статусу. За такого підходу в психологічних дослідженнях поняття «криза» розглядають відповідно до двох основних значень:

1) *криза як етап життя* – будь-яка поворотна подія в житті, що робить неможливим спокійне і звичне функціонування й вимагає перебудови багатьох поведінкових стереотипів;

2) *криза як етап розвитку* – це особливі, відносно нетривалі періоди онтогенезу, які характеризуються різкими психологічними змінами.

Розрізняють:

Криза (від гр. *krisis* – буквально «розділення доріг», рішення, поворотний пункт) – характеризує те, що породжується проблемою, яка постала перед індивідом і якої він не може уникнути та не може розв'язати за короткий час звичним способом. Зазвичай стан кризи супроводжується цілим спектром переживань: стурбованістю, напругою, загрозою, незахищеністю тощо.

Переживання (за Ф. Ю. Василюком) – це внутрішня робота з відновлення душевної рівноваги, наповнення новим сенсом людської діяльності після подолання критичній ситуації.

Кризова ситуація – це неочікувана складна ситуація, що вимагає від людини значної зміни уявлень про світ і себе за короткий проміжок часу. Такі зміни можуть мати як позитивний, так і негативний характер.

Розрізняють *два типи кризових ситуацій* залежно від того, яку можливість вони залишають для людини в подальшому житті. *Криза першого типу* – це серйозний поштовх, що зберігає певний шанс виходу на колишній рівень життя. *Ситуація другого типу* перекреслює наявні життєві задуми, залишаючи у вигляді єдиного виходу з положення зміну самої особистості й сенсу її життя.

Отже, будь-яка кризова ситуація передбачає два виходи: або людина може відновити перерване кризою життя, відродити його, або життя перероджується, як і людина, стає зовсім іншою, і в цьому іншому житті вона ставить перед собою інші цілі та шукає нових шляхів їх досягнення. У такому випадку криза виводить людину на новий рівень особистісного розвитку.

У стані кризи змінюється емоційна сфера людини. Людина може відчувати одне з трьох домінуючих почуттів: *депресію, деструктивне почуття або самотність*. *Депресивна реакція* виявляється в апатії, байдужості, розчаруванні, втомі, тузі, пригніченості. До *деструктивних почуттів* відноситься дратівливість, злість, образа, агресія, ненависть, досада, упертість, прискіпливість, недовірливість, заздрість. *Самотність* виражається у відчутті непотрібності, нерозуміння, безвиході, безнадійності, порожнечі.

У людини, що перебуває у стані кризи, змінюється обсяг спілкування: він або різко обмежується (відхід у себе), або різко зростає

(самотність у натовпі). Людина немов шукає забуття в часто поверхневих контактах із іншими.

У ряді досліджень було засвідчено, що існують схеми переживання кризи, більш характерні як жінок, так і для чоловіків.

Схеми, характерні для жінок, пов'язані зі спілкуванням. Стереотипи фемінності, що існують у суспільній свідомості, дозволяють жінці показати себе слабкою, ділитися проблемами, просити допомоги у їх вирішенні. Подібна поведінка чоловіків не схвалюється, навіть засуджується суспільством.

Схеми, характерні для чоловіків, більше пов'язані із внутрішніми переживаннями. Стереотип маскулінності передбачає здатність самотійно розв'язувати ситуацію, незалежність в ухваленні рішень. Отже, чоловік змушений здійснювати внутрішню невидиму роботу над кризовою ситуацією. Тому в чоловіків зовнішня відсутність ознак кризи не означає її реальної відсутності. Водночас напруга всередині людини схильна накопичуватися й може виявитися у вигляді аутоагресії, суїциду, психосоматичних розладів.

Життєва криза (криза життя або особистісна криза) – феномен внутрішнього світу дорослої людини, яка виявляється в різних формах переживання дорослою людиною непродуктивності власного життєвого шляху. Її розглядають як поворотний пункт життєвого шляху особистості, який виникає в ситуації неможливості реалізації життєвого замислу. Життєва криза є перехідним періодом, коли відбувається ламання й активна зміна життєвих ролей особистості. Як зазначають вітчизняні науковці Ф. Ю. Василюк, В. Ф. Моргун, Т. М. Титаренко та інші, життєві кризи дорослої людини протікають більш приховано, без виражених змін у поведінці. Процеси, що відбуваються в цей час, перебудова смислових структур свідомості та переорієнтації на нові життєві завдання призводять до зміни характеру діяльності та взаємин, впливаючи на подальший процес розвитку дорослої особистості.

Існують різні погляди на природу виникнення й перебігу життєвої кризи. На думку одних, життєва криза виникає як емоційна реакція людини на загрозливу ситуацію, коли виникають суттєві перешкоди у процесі досягнення життєво важливих цілей, які неможливо подолати звичним способом (Е. Ліндеман, Дж. Каплан, Н. Ханселл). Інші вчені вважають, що криза може виникнути в умовах, котрі зовні виглядають як цілком мирні.

Життєва криза може бути різної глибини й мати кілька стадій чи рівнів, проходження яких має специфічні особливості. Крім того, життєва криза викликає зміни у різних підструктурах особистості (Ф. Ю. Василюк, Є. О. Варбан, П. В. Лушин, Т. М. Титаренко та інші):

1) *зміни в емоційній сфері* – у почуттях, які переживаються щодо власного життя (психологічний дискомфорт, підвищення тривожності, зниження здатності до вольових дій, переоцінка значимості окремих подразників тощо);

2) *зміни на пізнавальному рівні* – зниження пізнавальних здібностей (пам'яті, уваги, мислення). Зміни у сприйнятті себе і власного життя;

3) *зміни в підструктурі досвіду* – руйнація старих звичок, навичок, на зміну яким приходять нові, що нерідко формуються вже у процесі кризи. Змінюється також і підструктура спрямованості (цінності, інтереси, ідеали, переконання), а також ставлення до майбутнього, сенсу й цілісності життя;

4) порушення смислової відповідності свідомості й буття суб'єкта;

5) зміни в самосвідомості та «Я-концепції» особистості.

Життєва криза розглядається як складний феномен індивідуального життя людини і має ряд *особливостей*:

- загальна тривалість не більше 4–6 тижнів;

- порушення всієї системи особистісної самоорганізації, яка в інших умовах забезпечує синхронну роботу раціонального й ірраціонального у психіці людини (індивід потрапляє в ситуацію, де панують емоції);

- панування негативних емоцій гальмує реакцію подолання, створюючи труднощі для головного моменту в кризі – пошуку основної суперечності життя в період кризи;

- у процесі переживання кризи свідомий вибір людиною однієї з полярних протилежностей свідомості як життєвого смислу, здебільшого неможливий унаслідок порушення механізмів саморегуляції.

Наслідки життєвої кризи також можуть бути різними. Зокрема відбутися фіксація неадекватних способів адаптації, що ще більше ускладнює становище індивіда та збільшує ризик виникнення нової кризи і ще більш несприятливих наслідків у майбутньому (аж до спроб здійснення суїциду або патологічної дезадаптації індивіда). Водночас результатом кризи може стати й збагачення ресурсів особистості, вироблення, на додачу до вже існуючих звичних способів реагування на критичні ситуації нових і ще більш ефективних прийомів.

Отже, життєва криза одночасно містить як загрозу для особистості (криза як проблема особистості), так і можливість для її зростання (криза як ресурс особистості). Досвід, який здобуває людина при зіткненні з життєвою кризою, має суттєвий вплив не лише на становлення її особистості, а й на формування психологічних новоутворень у процесі переживання особистісної кризи. Відтак життєва криза формує необхідність вирішувати завдання, пов'язані із творчим пристосуванням

до нових умов існування, способи вирішення яких відсутні в її індивідуальному досвіді.

Криза похилого віку

Період зрілості від періоду старості зазвичай відмежовують часом, коли людина йде на пенсію, закінчує активну професійну діяльність. Такі події зумовлюють виникнення кризи. Цьому *сприяє* те, що порушується звичний режим життя людини; змінюється її соціальний статус (із працівника вона стає пенсіонером); поступово відокремлюються діти й онуки, що особливо відбивається на жінках, які присвятили себе сім'ї; прискорюється біологічне старіння, оскільки посилюється деградація в різних системах організму; погіршується матеріальний стан; втрачаються близькі люди тощо.

Кризю старіння О. Г. Лідерс розглядає у вузькому сенсі як перехід від другого зрілого віку до похилого та в широкому – як власне похилий вік.

Сутністю *кризи похилого віку* є оцінка цінності та сенсу прожитого життя (Т. Д. Марцинковська). Це час (згідно з О. Г. Лідерсом), коли людина *відмовляється від життєвої експансії*, відбувається перехід до іншого типу психологічної життєдіяльності, де головне – не прийняття в собі нового, а збереження, утримання старого. Тому основним завданням похилого віку є прийняття власного життєвого шляху. Це означає прийняти себе таким, «яким був і є», і власне психологічне оточення, й чимало іншого.

Плідна і здорова старість пов'язана з прийняттям нового життєвого шляху, а хвороблива – із неприйняттям. Хвороблива старість – це продовження експансії (вплив на настанови інших, активні дії зі встановлення контролю, вторгнення у психологічний простір інших тощо). Звичайно, швидка відмова від життєвої експансії також хвороблива, як у перспективі її нестримне продовження. Здорова старість – це поступове завершення, вичерпання смисложиттєвих завдань експансії: вихід на пенсію, втрата ролі керівника, ролі дітей (смерть власних батьків), втрата фізичних кондицій, зниження сексуального життя й життєвої активності, прийняття неминучості та близькості смерті.

Д. Бромлей підкреслював, що в цей період відбуваються значні біологічні та глибокі зміни у взаєминах між індивідом і суспільством. Він наголошує, що період 55-60 років є вершиною певних соціальних досягнень і авторитету, а також періодом поступового відокремлення від професійних ролей і суспільних обов'язків. Вік 70 років – час, коли вже виникає «залежність, повне роз'єднання».

Кризу похилого віку Х. О. Порсева пов'язує із припиненням професійної діяльності. Виникають суперечності між мотиваційною стороною діяльності (яку представлено важливістю ціннісних орієнтацій) та операційною (на яку вказує їх доступність), що, згідно з теорією психічного розвитку Д. Б. Ельконіна, і призводить до виникнення особистісної кризи.

Криза розвитку на початку старіння, згідно з Н. К. Корсаковою, зумовлена низкою причин нервово-психічного, ендокринно-обмінного, психосоціального рівнів і супроводжується комплексом афективних реакцій, пов'язаних із переживанням актуальної дефіцитарності. Подальша динаміка цих змін (позитивна чи негативна) залежить від способів подолання кризи, формування поведінки згоди, вбудовування компенсаторних механізмів і подолання факторів ризику (хронічних соматичних і невротичних розладів), різкої зміни стереотипів буття, інших психогенів.

Відповідно до теорії Е. Еріксона, кінцевою стадією життєвого циклу є психосоціальний конфлікт «цілісність проти відчаю». Основне завдання цього періоду – переконатися в цінності прожитого життя. Люди повинні озирнутися назад й переглянути власні досягнення й невдачі. Відповідно фокус уваги має переміститися від майбутнього до минулого досвіду. Це стає можливим тільки тоді, коли успішно завершувалися попередні стадії. Е. Еріксон зазначає кілька складових такого стану: прийняття власного життєвого шляху як єдино належного без осуду інших; відчуття «вселенського» єдності з людьми різних часів і народів, коли кожен здається рідним і близьким.

На протилежному полюсі знаходяться люди, що ставляться до власного життя як до низки нереалізованих можливостей і помилок. Недолік або відсутність цілісності виявляється в них у прихованому страху смерті, почутті безвиході, відчаю від неможливості щось змінити. Це може прикриватися огидою до себе самого або невдоволенням соціальними інститутами чи людьми.

У кризі похилого віку можна виділити дві основні лінії. Перша – це необхідність прийняття кінцівки власного існування. Друга – прийняття необхідності виконати ті життєві завдання, які не виконувалися на попередніх етапах життя.

Працюючи в руслі теорії Е. Еріксона, Дж. Пек вважає за необхідне виділити підкризиси цього періоду. *Перша* – це переоцінка власного «Я». Після виходу на пенсію та втрати соціальних ролей людині потрібно побачити власне «Я», очищене від яких будь-яких ролей. *Друга* передбачає прийняття погіршення здоров'я та старіння. Літній людині необхідно примиритися з нездоров'ям і прилаштувати життя до змін.

Третя підкриза змушує людину дійти до роздумів про відхід із цього життя.

Отже, Е. Еріксон і його послідовники вважають, що описаний ними психосоціальний конфлікт – останній у життєвому циклі людини, і нічого не говорять про наступний період. Тому варто погодитися з Л. І. Анциферовою, яка відзначає парадоксальність позицій Е. Еріксона. В особистості відбулася інтеграція позитивних властивостей, кожна з них посилилася за рахунок зв'язку з іншими, зріс мотиваційний потенціал людини. Таким чином, вона стає підготовленою до подальшого поступального розвитку. А для Е. Еріксона – це характеристики кінцевого етапу життя. Л. І. Анциферова припускає наявність восьмий стадії – завершення колишніх життєвих програм і підстави для вироблення нової програми й подальшого зростання особистості.

Питання ознак і проявів особистості людини похилого віку розкрито у працях В. Д. Альперовича, І. Г. Беленької, Є. І. Холостової, Р. С. Яцемірської.

Спираючись на їх роботи та праці інших дослідників, проаналізуємо основні прояви кризового стану в літніх людей. Розглянемо докладніше, як може виявлятися кризовий стан у літніх людей. Почнемо з того, що найважче допустити свідому думку про кінець власного життя на землі. Тому часто можна спостерігати неприйняття ними власне старості. Прояви старіння багато хто прагне розглядати як симптоми хвороби, що, як і будь-яка хвороба, може зникнути. Тому так багато часу витрачається на лікування та дотримання приписів лікарів. Іноді основним заняттям пенсіонера стає боротьба зі старінням, і в цьому випадку виробляється ціннісне ставлення до медичних препаратів.

У декого може знизитися загальний фон настрою, він частіше стає пригніченим, сумним без об'єктивних підстав. Н. Ф. Шахматов вважає, що в цей період майже половина людей похилого віку відчуває специфічний депресивний розлад настрою – віково-ситуаційну депресію. Гостро переживається самотність, що може бути тільки переживанням, а не фактичною самотністю. І в цьому випадку спосіб життя, розмови, сім'я здаються порожніми й нудними. Такий настрій може залишитися до кінця життя. При цьому найстарішому воно здається нормальним, а запропонована допомога, як правило, відкидається. Іншими словами, людина живе з думкою «У мене все погано; У них все погано; У країні все погано; Усе погано скрізь». Щодо фізичного самопочуття людини похилого віку: у віці 50-65 років у 40,2% осіб виявляють 4-5 хвороб, а у віці 75 років і старше 65,9% більше 5

хвороб (О. І. Холостова). При цьому слід враховувати, що навіть одне хронічне захворювання (неважливо, у якому віці воно набувається) призводить до так званих «неврозоподібних станів» та до болючої деформації характеру (аж до психопатії). Людина відчуває себе слабкою, покинутою, самотньою. У зв'язку із цим значна частина людей похилого віку потребує спостереження та лікувальної корекції у психіатра чи психотерапевта.

Поглиблює кризу й десексуалізація літніх людей, що виявляється в нівелюванні статевих відмінностей в одязі, поведінці. Розмови на сексуальну тему різко, іноді агресивно відкидаються (О. В. Хухлаєва).

Велике значення має психічне здоров'я, зокрема ставлення до власної старості, а також знання того, які психічні зміни можуть відбуватися в процесі старіння. Кожна літня людина проживає непросте життя (важко уявити людину, яка дожила б до 60 років, не зазнавши ні страждань, ні стресів), проте в особливо тяжкому становищі перебувають люди похилого віку в сучасній Україні, котрі пережили цілу низку глобальних соціальних катаклізмів. Найстрашніше для людини (після втрати ілюзій юності) – пережити крах усіх внутрішніх цінностей, втратити все, на що орієнтувалася.

Особливу увагу слід звернути на страхи людей похилого віку. Дослідники описують посилення страхів біологічного типу, пов'язаних із наростаючою безпорадністю і процесами загасання функцій власного організму. Наступне, що можна відзначити, це або категоричне уникнення людьми немолодого віку теми смерті, або постійне звернення до неї у формі «скоріше б померти, вже набридло жити» тощо.

Зауважимо, що через старіння деформується й характер літньої людини. Це являє собою досить складний процес (як людина жила, так вона і старіє). Певний час усі працюючі зберігають риси характеру, що сформувалися під впливом сім'ї та найближчого оточення. Однак із віком з'являється професійна деформація характеру, так звана акцентуація певних рис характеру: вразливість, тривожність, педантичність, емоційна лабільність, істеричність, замкнутість, виснажливість, прискіпливість, несправедливість у оцінці власних вчинків і оточуючих, регрес розумових здібностей тощо. А якщо літній людині довелося ще поховати рідних і близьких, особливо своїх дітей або половинки, навряд чи її психіка і характер можуть залишитися «нормальними».

Суттєвим аспектом кризи є депривація домагання на визнання в багатьох літніх людей. Це наслідок того, що втрачаються основи зовнішнього визнання: статус, матеріальний достаток, зовнішній вигляд.

У тих людей, для яких значимість зовнішніх показників визнання вище, ніж внутрішніх, виникає загроза руйнування «Я», зниження самооцінки.

Проблематичним стає і спілкування літніх людей. У подружжя може зростати конфліктність через загострення їхніх власних особистісних характеристик у старості, через різне ставлення до членів родини. Крім того, окремі подружжя тільки лише в старості зустрічаються «обличчям до обличчя», коли з'являється багато вільного часу і зняті соціальні ролі. Найпоширенішими стають конфлікти між поколіннями. У тих сім'ях, де батьки завжди виконували тільки батьківській ролі й ніколи не дозволяли вийти з неї, може відбутися зміна ролей: діти займуть батьківську роль опікуна.

Можуть виявлятися й конфлікти між бабусями, дідусями і їх онуками. Особливо це характерно для тих літніх людей, які не зуміли з певних причин, виявити достатньо любові й уваги до своїх дітей. Тому у вихованні онуків вони використовують тактику гіперопіки, що викликає протест у онуків і є початком конфлікту.

Багатьох старих рятує спілкування зі своєю віковою групою, однак дехто не вміє робити й цього. Причини такої ситуації аналізує Е. Берн. Багато літніх людей у молодості чітко слідували батьківським сценаріями, і на схилі літ у них спостерігається втрата активності. Справа в тому, що батьки не передбачили сценарії для старості. Людина тепер вільна обирати їх сама, однак робити цього не вміє, самій обирати небезпечно, тому припиняються будь-які форми активності, у тому числі провідні для спілкування.

Необхідно відзначити й те, що літній людині доводиться по-новому організовувати власний час. Раніше життя багато в чому регламентувалася зовнішніми умовами, особливо роботою. Тепер людина залишається наодинці з самим собою, що для багатьох складно й незвично.

Окрему проблему для багатьох людей похилого віку становлять питання адаптації до виходу на пенсію та професійного росту, причому люди, які перед виходом на пенсію мали широкі й активні інтереси поза своєю професією, улюблене заняття, на яке їм завжди не вистачало часу, краще прилаштовуються до особистої свободи (О. В. Краснова). Я. Стюар-Гамільтон також вказує, що вихід на пенсію легше переноситься жінками, ніж чоловіками. Це пов'язано з тим, що вихід на пенсію жінок, зайнятих домашніми обов'язками, веденням господарства, вихованням дітей, сприймається ними як серйозне полегшення та задоволення. Як катастрофа вихід на пенсію розцінюється лише тими жінками, які відмовилися від сімейного щастя заради кар'єри. Водночас чоловіки в цілому гірше прилаштовуються до виходу на пенсію,

оскільки вони занадто сильно звикають до професійної діяльності, відкладаючи на майбутнє реалізацію сімейних і соціальних ролей (Р. С. Яцемірська).

Змінити власну життєву позицію, цінності, установки, поведінкові стереотипи, відмовитися від ідеалізованого уявлення про себе літнім людям дуже складно. Питання про здатність до змін людей після 45 років можна взагалі вважати дискусійним. Однак існують і об'єктивні передумови труднощів змін до старості: 1) у старості виникає необхідність пошуків і випробування нових життєвих ролей; 2) відбувається руйнування зв'язку між людиною і суспільством через власний відхід від роботи, із життя друзів і близьких, обмеження фізичної активності, поступове звуження кола спілкування; 3) попередньому життєвому шляху було притаманне постійне розширення кола обов'язків людини перед суспільством; тепер же виникає небезпека перекласти на суспільство відповідальність за власне життя; 4) у суспільстві існує установка на старість як на період «заслуженого відпочинку», спокою, хоча 5 із 10 найбільш стресових життєвих ситуацій – вихід на пенсію, смерть близьких родичів, втрата роботи тощо – доводиться найчастіше на цей період; 5) більшість людей очікує від власної старості слабкості, соціальної непотрібності, відчуває страх перед власною безпорадністю.

Таким чином, можна зробити висновок, що людина похилого віку часто психологічно не готова і не навчена переживати кризу похилого віку. Тому необхідно якісно надавати психосоціальну допомогу цій віковій категорії людей, враховувати індивідуальні й загальні особливості літніх людей у вирішенні конкретних проблем.

Характерні особливості кризи людей похилого віку слід враховувати при розробці моделі психосоціальної допомоги у кризовій ситуації літнім людям. Вона може включати низку логічно послідовних етапів, дотримання яких дозволяє здійснювати комплексну й систематичну роботу в певній кризовій ситуації.

Перший етап – початковий. Вивчення соціальним працівником, психологом особливостей особистості людини немолодого віку та встановлення напрямків консультаційної роботи з нею. Основними завданнями на цьому етапі є встановлення контакту з літньою людиною, отримання відомостей про її життя, пошук нових орієнтирів (формування позитивного образу старості як часу для щастя, розвитку внутрішнього спокою, обговорення всього хорошого, що є в актуальній життєвій ситуації).

Другий етап – формування позитивного образу старості. Цей етап можна розпочинати, коли людина немолодого віку вже має певну

енергію для змін, розуміє старість як час для щастя, розвитку, внутрішнього спокою. Завдання, які повинен ставити перед собою соціальний працівник, психолог: змінити погляд людини на старіння, який сформувався впродовж всього її минулого життя, співпрацювати із родичами літньої людини. Це можна здійснити через обговорення листів, щоденників, оповідань про літніх людей, задоволених життям. Необхідно мати на увазі, що багато в чому погляд людини на власне старіння визначається тим, як старіли її батьки. Потрібно за можливості звільнити людину від старих схем, що змінить процес старіння. Особливої важливості набуває дискусія на тему щастя в старості, обговорення всього гарного, що є в актуальній життєвій ситуації літньої людини.

У роботі з літньою людиною особливо слід зупинитися на радості як джерелі здорової нормальної старості. Для літніх людей дуже важливе відчуття власної потреби, тому обговорювання цієї позиції особливо необхідне. Тут важлива тонкість і винахідливість спеціаліста, щоб відштовхнутися від реальної життєвої ситуації людини. При цьому увага акцентується на тому, що потрібність літніх відрізняється від потреби молодих. Можна запропонувати людині похилого віку зайнятися не звичайними справами, наприклад, складати казки для онуків, танцювати тощо.

Третій етап – кінцевий. Тут важливо побудувати взаємини спеціаліста та літнього клієнта, які в деяких ситуаціях можуть ускладнювати процес психосоціальної допомоги, а також організацію дозвіллевої діяльності та пропаганду здорового способу життя серед людей немолодого віку. По-перше, може спостерігатися повна ідеалізація консультанта з його клієнтом аж до обожнювання. За цим може стояти уявлення про те, що фахівець може вирішити всі проблеми за клієнта. Можливе перенесення на соціального працівника чи психолога ролі сина (дочки), причому такі подання можливі в бездітних, які безнадійно мріяли мати дитину. Іноді клієнт щодо консультанта виявляє агресію, за якою може стояти сильний страх смерті. Спеціаліст теж може відчувати суперечливі почуття, може відчувати невпевненість і залежність від клієнта як від більш старшого. Для багатьох клієнт є привидом власного майбутнього.

У разі успішного розв'язання кризи в літніх людей змінюється установка на власне життя в період старості, пропадає установка на старість як на період спокою і відпочинку. Старість починає сприйматися як період серйозної внутрішньої роботи і внутрішнього руху. Можна припустити, що вимушене зниження зовнішньої

активності людини в старості необхідно розглядати як можливість розширення й поглиблення сфери внутрішньої активності.

6. Психологічні проблеми смерті

Людина відрізняється від усіх інших живих істот тим, що знає про неминучість смерті. Чітке уявлення про це формується ще на початку життя. Проблема завершення існування людини та смерті є не тільки психологічною проблемою, а й філософською та релігійною. У нашому суспільстві вона є певною мірою табуїрована, тому й малодосліджена.

Страх смерті як чисто людське почуття може бути подоланий. Філософи (Платон й Арістотель) прагнули подолати трагізм смерті, звільнити людину від страху перед нею. Давньогрецький філософ Епікур наводив простий і дотепний аргумент проти страху смерті. Він казав, що смерть для людини реально не існує, бо вона із нею не зустрічається. Доки людина існує, смерті немає, коли ж та з'являється – людини немає. Тому її не варто боятися. Френсіс Бекон з того ж приводу зауважував, що люди бояться смерті, як малі діти темряви... Однак страх її як неминучою даниною природи є слабкість.

Усвідомлення того, що життя не нескінченне, особливо чітко й остаточно з'ясовується людиною саме в період похилого віку. Страх смерті виявляється переважно у вигляді так званих негативних емоцій: переживання власне страху, печалі, страждання, провини, що неодмінно впливає на психоемоційний стан людини похилого віку.

Так, Е. Фром стверджував, що позбутися страху смерті – усеодно, що позбутися власного розуму. К. Юнг розглядав проблему біологічного старіння й наближення до смерті як домінуючу силу другої половини життя. М. Єрмолаєва стверджувала, що страх смерті відчувають люди, які не прийняли старість як закономірний етап життя.

Смерть – остання критична подія в житті людини, яка на фізіологічному рівні є незворотнім припиненням усіх життєвих функцій.

Ставлення до смерті – одна з найбільших проблем, із якою людина зустрічається у житті. Смерть завжди жахала людей. У Стародавньому Римі навіть слово «смерть» здавалося зловіщим. Римляни надавали перевагу вислову «він перестав жити», німці казали «відійшов», а англійці – «він приєднався до більшості».

З точки зору психології, смерть - це криза індивідуального життя, остання критична подія в житті людини. Будучи, на фізіологічному рівні, незворотнім припиненням всіх життєвих функцій, маючи

неминучу особисту значимість для людини, смерть одночасно є і елементом психологічної культури людства.

Ф. Арієс вважав, що установки людини щодо смерті на певному етапі історичного розвитку безпосередньо пов'язані з самосвідомістю і осмисленням людством самого себе. Він виділяє п'ять етапів зміни цих установок. Перший етап фіксується установкою «Усі помремо». Це - стан неминучості, буденного явища, до якого потрібно ставитися без страху і не сприймати його як особисту драму. Другий етап учений позначає терміном «Смерть власна»: він пов'язаний з ідеєю індивідуального суду над душою померлої людини. Третій етап - «Смерть далека і близька» - характеризується крахом механізмів захисту від неминучої смерті. Четвертий етап - «Смерть твоя», яка породжує комплекс трагічних емоцій у зв'язку із відходом з життя близької людини. Оскільки узи між людьми стають тіснішими, смерть близьких сприймається трагічніше, ніж власна. П'ятий етап пов'язаний зі страхом смерті й згадкою про неї (витісненням) - це, за Ф. Арієсом, «Смерть перевернута».

Старість в онтогенезі людини виступає як механізм, котрий пов'язує життя і смерть. Усвідомлення того, що життя небезмежне, особливо чітко й остаточно з'ясовується людиною саме в період пізнього віку. Воно може спрацювати як «погранична ситуація» і сприяти радикальним змінам у характері життя індивіда, його поглядах, надати життю глибинної й нової перспективи чи привнести в життя безвихід. Таким чином, у період пізнього віку серед інших важливих проблем гостро постає проблема ставлення людини похилого віку до власної природної смерті.

За даними психологічних досліджень, у пізньому віці до багатьох проблем, які властиві й іншим віковим періодам, додається збільшення рівня страхів і підвищена тривожність, яка може бути зумовлена тривогою смерті, мати прихований характер, сприяти специфічним змінам в емоційній сфері людини (прояви вікової депресії, негативне сприйняття оточуючих) і, як наслідок, - стати патогенним фактором, який впливає на підвищення психосоматичних захворювань (М. Ф. Шахматов).

Тривога смерті має особистісний характер, збільшує відчуття самотності, яке в похилому віці зумовлено не стільки об'єктивною відсутністю близької людини, скільки неможливістю розділити з іншими усвідомлення очікуваного закінчення життя (І. Г. Малкіна-Пих). Вона може бути настільки значною, що на заперечування смерті витрачається значна частина життєвої енергії (І. Ялом). Адекватне ставлення людини до смерті може запобігати характерним для пізнього

віку специфічним змінам в емоційній сфері людини. Іншою реакцією на ставлення до смерті у період пізньої дорослості може стати суїцид (І. Ялом, В.Є. Каган). Індивідуальні відмінності у ставленні до смерті в літніх людей можуть бути зумовлені темпераментом, ступенем і змістом релігійності, екзистенціальною системою особистості тощо (К. Юнг, І. Ялом). Коли людина адекватно сприймає природність смерті, то і страх смерті відпадає сам собою (Дж. Руйнуотер).

Період пізнього віку – один із важливих етапів онтогенезу людини, який порівняно з іншими періодами вікової психології вивчено недостатньо. Без усебічного дослідження цього періоду життя неможливо побудувати концепцію психологічного розвитку «позитивного старіння». Враховуючи тенденцію до старіння населення, основне завдання в період пізнього віку – зробити так, щоб життя літньої людини було активним, сповнити його сенсом (Е. Еріксон, М. Л. Смульсон, Н. Х. Александрова, О. В. Краснова та інші). Однак досліджень у галузі психологічної допомоги людям у період пізньої дорослості в питанні адекватного сприйняття втрат і власної смерті бракує. Дослідження свідчать, що менше бояться померти особи похилого віку, ніж молодші, а також ті, хто не має чіткої мети в житті. Г. Крайг виявив, що смерть турбує більше за все осіб похилого віку, фізично і психічно здорових, які мають плани на майбутнє і почуваються адаптованими в житті.

Науковцями встановлено, що інтерес до смерті посилюється в пізньому віці – після 70 років. Літні люди переважно не уникають розмов про смерть. Страх смерті, сама смерть ніби втрачають значення у глибокій старості. На думку І. Мечникова, правомірно говорити про інстинкт природної смерті після нормального і тривалого життя. Більшість дослідників відзначає, що в старих людей немає страху перед смертю, однак є страх перед фізичним недомаганням і втратою розумових здібностей.

Існує два основних аспекти проблеми ставлення до втрат і до власної смерті. Перше можна вважати більш дослідженим аспектом проблеми (І. Л. Анциферова, Р. М. Грановська). Психологами розроблено методики для допомоги людям, які зазнали втрат у результаті смерті близької людини. З'ясовано, що патерни переживання горя суттєво різняться залежно від особистості людини, статі, культурних традицій тощо. Важливе значення для ставлення до втрат має також те, наскільки померлий був емоційно близькою людиною.

Інший аспект проблеми – ставлення до власної смерті у пізньому віці – вивчено недостатньо. Однак саме це питання стає актуальним для літньої людини, бо в цьому віковому періоді смерть є логічним

завершенням життя, літня людина відчуває неминучість можливої близької смерті. Досягнувши віку 85–100 років, людина стоїть на порозі біологічного ліміту часу, який визначається індивідуальними, спадковими та видовими властивостями.

Підвищена тривога смерті спостерігається в людей, які не прийняли старість як природний етап життя, не можуть адаптуватися до неї, бачать у старості лише негативні моменти (Е. Еріксон).

Основні причини появи *страхів у похилому віці*:

1) *Втрата близьких людей*. Розлука з рідними через смерть, переїзд, вступ у шлюб завжди дуже болісно сприймаються людьми похилого віку. Відчуття самотності, непотрібності й марності для близьких провокують появу багатьох психологічних порушень: депресії, панічних атак, страхів, фобій, неврозів тощо.

2) *Завершення професійної діяльності*. Вихід на пенсію більшість людей у даному віці розцінюють як показник власної фізичної слабкості та професійної непридатності. Саме тому багато старших жінок і чоловіків прагнуть довгий час «залишатися в строю», щоб «формально» відтермінувати час своєї старості. Професійна зайнятість, затребуваність людини в окремих випадках насправді є заходом профілактики психологічних розладів.

3) *Порушення фізичного і психологічного здоров'я*. Поява страхів і фобій іноді може бути спровокована фізичними чи психологічними захворюваннями (стреси, соматичні хвороби).

4) *Соціальна ізоляція*. Самотність, ізоляція від зовнішнього світу, відсутність уважного співрозмовника, людини, з якою можна просто поговорити, поділитися власними проблемами, можуть стати чинниками появи різних фобій.

Дослідження свідчать про багатовимірність уявлень про смерть. Так, її страх слід відокремлювати від страхів, які стосуються процесу вмирання, так як і страхи, пов'язані з власною смертю, від страхів, пов'язаних зі смертю значимих інших.

Слід зауважити, що «страх смерті» – неоднорідне явище, і це дає підставу виділити чотири різновиди страху.

Перший різновид – страх перед «просто смертю», *перед зникненням людини як індивіда*, перед болем – провісником смерті тощо. Так, почуття страху може поєднуватися з думками, спрямованими на пошук шляху порятунку від небезпеки. Це почуття може виливатись як в активну, так і в пасивну поведінку або взагалі зовнішньо ніяк не проявлятися. З початком дії небезпечних чинників відчуття страху може трансформуватися в інші емоційні переживання: радість протистояння з носієм загрози, веселість, гнів або лють, сміх.

Другий різновид «страху смерті» – феномен, який задіяний виключенням особи із групи. У людській свідомості він віддзеркалюється дуже неприємним уявленням про втрату соціального статусу. Таким чином, страх набирає редукованої форми, тобто без будь-якого усвідомлення загрози безпосередньої смерті, а лише як дискомфортні переживання десоціалізації, що можуть виникнути (почуття ганьби, неуспішності, неповноцінності, непотрібності тощо). Інколи дискомфорт, спричинений сильними переживаннями, спонукає людину до самогубства.

До третього різновиду належать явища, які умовніше належать до «страху смерті». Це опосередковане віддзеркалення у свідомості людини, не усвідомлюване нею ані як страх, ані як тривога, не асоційоване із поняттям «смерть». Це різної інтенсивності *дискомфортні відчуття*, аж до «смертельної нудьги», яка «гірша за саму смерть», бо може бути одним із провісників тяжіння до самогубства. Такий стан дуже складно передати словами: на душі нудно, моторошно, гидко тощо.

Четвертий різновид «страху смерті» – це відчуття, зумовлене страхом за збереження популяції (і окремих її членів), до якої належить особа, яка підтримує збереженість її членів. Очевидно, цей «тваринний страх» став основою страху за дітей, батьків, рідних і знайомих. Водночас саме цей інстинкт страху за інших породжує власну безстрашність.

Отже, тільки перший різновид страху безпосередньо пов'язаний із усвідомленням людиною власної скінченності як біологічної істоти, загибель якої неминуче призводить і до зникнення особистості. В основі трьох інших різновидів укорінені глибокі соціальні чинники, які заважають задоволенню багатьох важливих потреб людини і призводять до стану фрустрації.

Аналізуючи проблему закінчення людського життя, Б. Г. Ананьєв виявив парадокс завершення людського життя – у багатьох випадках певні форми людського існування припиняються ще при житті людини як індивіда, тобто їхнє «вмирання» настає раніше, ніж «фізичне постаріння» від старості. Особа відмовляється від суспільних ролей, функцій, використовуючи право на соціальне забезпечення. Це призводить до звуження обсягу особистісних властивостей, деформацій структури особистості, а зрештою до соціальної ізоляції та смерті.

Отже, страх смерті не є типовою віковою ознакою. Саме через відсутність страху перед смертю людини властиве почуття бажаності, приємності смерті. У цьому сенсі дуже цікаві висловлення В. В. Вересаєва, лікаря-атеїста: «Смерті я ніколи не боявся, страху смерті

я ніколи не міг зрозуміти. Але недавно відчув: чекаю на неї, як на велику, яскраво-сліпучу подію. Зовсім як не можливість позбавлення від життєвого тягару – життя я люблю. Просто сама собою смерть сяє в похмурій далині майбутнього яскравою точкою. Смертельні муки... Чи такі вони вже й страшні? А можливо, при раптовій смерті ми втрачаємо таке блаженство, перед яким неістотні всі смертельні муки».

Літні люди, як правило, нікому не повідомляють про страх перед смертю. Набагато сильніше вони бояться процесу вмирання – хворобливого, на самоті чи втрати контролю над подіями повсякденного життя чи тілесними функціями. Страх смерті може маскуватися іншими страхами, оскільки людина знає, що неминуче помре. І психіка приховує найголовніший страх людини. Наприклад, страх старості часто замаскований під страх смерті. Часто почуття страху – це похідна невідомості: коли ми чогось не знаємо або не можемо, хоча б частково передбачити, ми боїмося. Незнання й невизначеність сильно лякають людину. Вона не знає, що там, за гранню, і це лякає. Багато людей прагне як усе контролювати, як і все дізнатися. Ті, хто побоюється втрати контролю, можуть спробувати піти з життя через суворі, а іноді і шкідливі для здоров'я ритуали. З часом люди цього типу *Thanatophobia* можуть піддаватися небезпеці отримати обсесивно-компульсивний розлад, іпохондрію і навіть маревні думки. Деякі люди з начебто очевидним страхом смерті насправді саме її не бояться. Замість цього вони бояться обставин, які часто оточують акт смерті: сильного болю, виснажливої хвороби, напружити родичів своєю неміччю, втрати гідності. Таким чином, страх смерті зумовлюють різні соціальні чинники, які заважають зрозуміти й аналізувати справжній сенс життя і позбавляють людину надії отримати статус соціального довголіття.

Частіше вмирання людини є не раптовою подією, а процесом.

У 1969 році Елізабет Кюблер-Росс, американський психолог, автор концепції психологічної допомоги помираючим хворим, виділила такі *етапи вмирання*:

1. *Заперечення*. Людина відмовляється визнати можливість власної смерті, шукає інші, обнадійливіші думки й діагнози.

2. *Гнів*. До гніву, образи й заздрості до оточуючих призводить усвідомлення людиною того, що вона справді вмирає. Помираючий знаходиться у стані фрустрації, викликаному руйнуванням усіх його планів і надій.

3. *Торг*. Людина шукає способи продовження життя, обіцяючи для цього будь-що (кинути пити, палити, звертається до Бога, починає праведне життя).

4. *Депресія*. Помираючий втрачає інтерес до життя, його охоплює відчуття безнадії. Людина горює через неминучу смерть і розлучення з близькими.

5. *Прийняття*. Людина скоряється власній долі й неминучій смертю, спокійно очікує кінця.

Перед смертю люди найбільше шкодують про те, що:

1. Їм не вистало сміливості, щоб жити життям, правильним саме для них, а не життям, якого очікували інші.

2. Багато працювали.

3. Не було сміливості висловлювати почуття.

4. Не підтримувалося тісних стосунків із друзями.

5. Не дозволяли собі бути щасливими.

Багато людей до кінця своїх днів так і не розуміли, що їхнє щастя – це справа вибору. Вони перебували під впливом звичок і сформованих уявлень, знаходилися в полоні «комфорту» звичного способу життя. Через страх перед змінами вони прикидалися перед іншими і перед самими собою, що були задоволені власним життям.

Однак не всі помираючі проходять через ці стадії вмирання в такому порядку. На реакції помираючої людини впливає культура, до якої вона належить, її особистість, релігійні та світоглядні погляди, тривалість і характер смертельного захворювання.

Процес вмирання людини визначається спрямованістю її особистості. При *гедоністичній* спрямованості людині властиві відчай і страх смерті. Для осіб із *егоїстичною* спрямованістю вмирання супроводжується моральними стражданнями, знеціненням досягнутого, відчуття пустоти прожитого життя. Люди з *духовно-моральною* і сутнісною спрямованістю усвідомлюють вищу цінність основного змісту життя, яку не можуть перекреслити ані фізичні страждання, ані сама смерть. Такі люди продуктивно працюють до кінці життя.

У людей, яким не загрожує негайна смерть, більше часу для того, аби звикнути до думки, що вони коли-небудь помруть. Такі літні часто проводять свої останні роки, згадуючи минуле й заново переживаючи радості і проблеми. *Огляд життя* – це важливий щабель, куди людина піднімається в кінці життєвого шляху. Він відбувається у формі *панорами спогадів*, які змінюють один одного, охоплюють усе минуле людини й супроводжується переважно позитивними емоціями.

Огляд життя, позитивне його оцінювання, згадки про успіхи, досягнення, щасливі моменти і є однією із умов повноцінного життя у старості. Серед інших варто зазначити змістовний і творчий характер нинішнього життя людини в похилому віці, прийняття й адаптації до змін у внутрішньому світі та зовнішньому середовищі, оптимальне

використання власних можливостей, позитивна антиципація майбутнього (позитивний Я-образ у старості може бути змодельованим ще в молодості), передумовою чого є успішне розв'язання нормативних криз, життєвих задач і конфліктів на попередніх життєвих етапах.

Враховуючи європейську тенденцію до старіння населення, одне з основних завдань психологічної допомоги людям у період пізньої дорослості полягає в формуванні адекватного сприйняття особистої природної смерті.

Психологічна робота з адекватного сприйняття особистої смерті повинна проводитися в певній послідовності та складатися з таких етапів:

- конгруентність вербалізованого й реального ставлення до особистої смерті;
- визначення особистого сприйняття концепту «смерть» і виявлення індивідуальної ієрархії страхів, пов'язаних із цією проблемою;
- антиципації – створення гіпотетичного «сценарію» бажаної смерті з «означенням» меж власного життя;
- роботи, спрямованої на корекцію «Я-образу» з метою гармонізації глибинного «Я».

Найбільш ефективною формою роботи з літніми людьми є індивідуальне недирективне консультування із залученням до процесу психокорекції позитивно налаштованого соціокультурного оточення. Результатом надання психологічної допомоги є підвищення якості життя представників пізнього віку і блокування геронтофобії (І. Г. Коваленко-Кобилянська).

Найновішим «набутком» ХХ ст. є проблема евтаназії. *Евтаназія* – це право людини вибрати смерть, відмовившись від довготривалого лікування, яке не приносить полегшення, це «право на гідну смерть».

Витоки евтаназії лежать у глибокій давності й ховаються в давніх традиціях окремих племен, де вважалося природним позбавлення від немічних та старих. В.І. Вересаєв, спостерігаючи за старими людьми, які знаходяться в стані повного фізичного і психічного маразму, вирішує для себе цю проблему так: «Я хочу кричати, волати: дайте мені право вільно розпоряджатися собою! Прийміть мій заповіт, виконайте його. Якщо я виявлюся непридатним для життя, якщо почне розкладатися моє духовне єство, ви, друзі, ви, хто любить мене, доведіть насправді, що ви мені друзі й мене любите. Зробіть так, щоб я зміг гідно піти з життя, якщо я сам буду позбавлений можливості зробити це».

У Франції та США в останні десятиріччя поширилась особлива теорія так званого біологічного заповіту, зміст якого зводиться приблизно до наступного: «Прошу використати всі можливі засоби, щоб полегшити страждання, навіть у тому випадку, якщо застосування сильнодіючих препаратів може скоротити життя, в якості останнього засобу прошу застосувати евтаназію». Такий написаний власноручно людиною при здоровому глузді заповіт має юридичну силу в 21 американському штаті, але в Європі поки що не практикується.

Уся складність і важливість цієї моральної проблеми вирішиться медичною наукою в майбутньому, у тому числі й проблема багаторічної підтримки життя людей, які не здатні до самостійного існування й продовжують жити тільки завдяки складним і дорогим апаратам.

Практичне заняття з теми «Соціально-психологічні особливості старіння»

Мета: надати загальну характеристику соціальної ситуації розвитку особистості похилого віку; визначити види й механізми адаптації та компенсації особистості в пізньому віці; охарактеризувати соціально-психологічну типологію осіб похилого віку та старіння; визначити специфіку ставлення до людей похилого віку в суспільстві та родині; розкрити сутність кризи похилого віку; визначити специфіку ставлення осіб похилого віку до феномену смерті.

План заняття

I. Теоретична частина

1. Соціальна ситуація розвитку в старості. Стратегії адаптації до старіння.
2. Особливості ставлення до похилих людей у суспільстві.
3. Роль сім'ї в життєдіяльності людей похилого віку.
4. Психологічна характеристика кризи похилого віку.
5. Психологічні проблеми смерті.

II. Практичні завдання

- Проаналізувати чинники, що зумовлюють тривалість життя людини.
- Розкрити теорію дисоціалізації Дж. Розена і Б. Ньюгартена.
- Охарактеризувати труднощі, що зустрічаються на шляху практичного вирішення професійної зайнятості в пізньому віці (дослідження С. Форсмана).
- Визначити загальні питання гендерних відмінностей осіб похилого віку.
- Проаналізувати з психологічної точки зору вислови відомих людей:

Ніхто не знає, що таке смерть,
і чи не є вона найбільшим для людини добром. І, проте, усі її страшаються
немов би усвідомлюючи, що вона – найбільше зло.
(Платон)

Коли з'явився ти на Божий світ,
Ти плакав, але інші всі раділи;
Живи ж ти так, щоб залишаючи цей світ,
Всі інші плакали, а ти спокійний був.
(Ф. Шиллер)

III. Самостійна робота

Тема 1. Криза похилого віку

Форма звітності: **рекомендації**

1. Для самостійного вивчення питання «Криза похилого віку» ознайомитись із матеріалами наступних джерел: Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013; Психологія життєвої кризи/ Під ред. Т.М. Титаренко. – К., 1998; Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи – Л. М. Вольнова. – К., 2012.
2. Розробити рекомендації з подолання кризи для людей похилого віку.

Тема 2. Право на життя й смерть

Форма звітності: **міні-твір**

1. Проаналізувати етичну та правову колізію проблеми автоевтаназії та евтаназії.
2. Написати міні-твір, у якому розкрити власна точка із означеної проблеми.

Література

1. Анциферова Л. И. Мудрость и её появления в разных периодах жизни человека / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. – 2004. – № 3. – С. 17–24.
2. Балтес П. Б. Всевозрастной подход в психологии развития: исследования динамики подъемов и спадов на протяжении жизни / П. Б. Балтес // Психологический журнал. – М. – 1994. – Т. 15, № 1. – С. 7–35.
3. Бацман Р. Духовные проблемы пожилых людей / Р. Бацман // Проблемы старости: духовные, медицинские и социальные аспекты : сб. трудов / под ред. А. В. Флинта. – М. : Свято-Дмитриевское училище сестер милосердия, 2003. – С. 53–92.
4. Билоусов С. А. Духовная зрелость и отношение к смерти / С. А. Билоусов // Психология старости. – Самара, 2004. – С. 695–718.
5. Бочелюк В. Й. Геронтопсихологія : навч. посіб. / В. Й. Бочелюк, О. А. Черепехіна. – К. : КНТ, 2014. – 436 с.
6. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потер / А. В. Гнездилов. – СПб. : Изд-во «Речь», 2002. – 162 с.

7. Гроф С. Человек перед лицом смерти / С. Гроф, Дж. Хэлифакс ; пер. с англ. А. И. Неклесса. – М. : Изво-во Трансперсонального Института, 1966. – 246 с.
8. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013. – 264 с.
9. Долинська Л.В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.
10. Коваленко-Кобылянская И. Г. Смерть в контексте геронтопсихологии / И. Г. Коваленко-Кобылянская // Наукові записки Інституту психології імені Г. С. Костюка АПН України / за ред. академіка С. Д. Максименка. – К. : Міленіум, 2006. – Вип. 29. – С. 173–181.
11. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Изд. «Питер», 2001. – 992 с.
12. Краснова О. В. Социальная психология старости: Учеб. пособ. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : «Академия», 2002. – 288 с.
13. Краснова О. В. Роль бабушки : сравнительный анализ // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 2. – С. 89–114.
14. Краснова О. В. Теоретические вопросы подготовки людей к выходу на пенсию / О. В. Краснова // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 4. – С. 12–18.
15. Кэрол У. Пэрриш-Харра. Смерть и умирание : новый взгляд на проблему / Пэрриш-Харра У. Кэрол. – М. : Институт Общегуманитарных исследований, 2003. – 224 с.
16. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии / С. Г. Максимова. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 223 с.
17. Мораль та етика в геронтології / В. Безруков // Вісник Національної академії наук України. – 2002. – № 2. – С. 47–50.
18. Новицкая М. С. Отношение к смерти в пожилом возрасте / М. С. Новицкая // Психология зрелости и старения. – 2006. – №2. – С. 68–82.
19. Погребенский А. П. Смысл жизни и отношение к смерти / А. П. Погребенский // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д. А. Леонтьева, В.Г. Щур. – М. : Смысл, 1997. – С. 177–200.
20. Психология старости и старения : Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – С. 3–64.

21. Психология старости: Хрестоматия / Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.
22. Психологія життєвої кризи/ Під ред. Т. М. Титаренко. – К., 1998. – 254 с.
23. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи – Л. М. Вольнова. – К., 2012. – 275 с.
24. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
25. Холостова Е. И. Социальная геронтология / Е. И. Холостова, В. В. Егоров, А. В. Рубцов. – М. : Изд. дом «Дашков и К.», 2004. – 295 с.
26. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость : Учеб. пособ. / О. В. Хухлаева. – М. : Изд. Центр «Академия», 2006. – 208 с.
27. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : Учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.
28. Эриксон Э. Восемь возрастов человека / Э. Эриксон // Детство и общество. – 2-е изд. / Пер. А. А. Алексеева. – СПб. : Речь, 2002. – С. 235–259.

Тестовий контроль з теми

1. Визначте сутність очікуваної тривалості життя:

- а) середня кількість років, яку належить прожити після досягнення певного віку відповідно до порядку вимирання, зафіксованого в таблицях смертності;
- б) інтервал між народженням і смертю;
- в) середня тривалість життя представників певної групи, зазвичай визначена від народження до смерті;
- г) максимальний проміжок часу, протягом якого людина фіксувалась як жива.

2. Визначте сутність пасивного старіння:

- а) загальне зниження інтересів і домагань до зовнішнього світу, егоцентризм, зниження емоційного контролю, бажання сховатися, відчуття неповноцінності, дратівливість;
- б) активність, інтерес до оточуючого світу, підтримка та розвиток різноманітних зв'язків із суспільством, передача життєвого досвіду;
- в) поглиблення «кризи пенсійного віку», середній рівень осмисленості життя, сприймання часової перспективи на майбутнє, фрустрованість пріоритетних ціннісних орієнтацій і потреб;

г) високий і середній рівень осмисленості життя, орієнтація на майбутнє, позитивний локус контролю, гармонійність мотиваційно-особистісної сфери, творчість, пізнання, широта поглядів, відстоювання власної думки.

3. Визначте сутність функції самореалізації соціальної установки:

а) допомагає людині організовувати власне уявлення про світ, інтерпретувати події та явища;

б) дозволяє суб'єкту протистояти негативної інформації про себе самого чи про значимі об'єкти, підтримувати високу самооцінку й захищатися від критики;

в) допомагає людині досягати бажаних результатів і уникати небажаних цілей;

г) допомагає суб'єкту визначити, до якого типу особистості як він ставиться, що з себе уявляє, чому відчуває приязнь/неприязнь.

4. Визначте правильний перелік позитивних стереотипів для людей похилого віку:

а) старі люди є потенційною політичною силою, більшість старих людей бідна, вирізняється зрілістю, життєвим досвідом і мудрістю, вони цікаві люди;

б) старі люди, як правило, слабкі та хворі, мають житлові проблеми, вміють слухати й особливо терплячі до дітей;

в) старі люди беруть участь у політичному житті, легко сходяться з іншими людьми, вони добрі та привітні, цікаві люди, що вміють слухати;

г) у більшості старих людей низька працездатність і продуктивність, мотивація, здатність сприймати новизну, творча активність, нижча здатність до навчання.

5. Назвіть ученого, який ввів термін «ейджизм»:

а) Р. Батлер;

б) Дж. Уотсон;

в) Г. Крайг;

г) Г. Хойфт.

6. Назвіть термін, сутність якого полягає в хибному негативному й упередженому ставленні суспільства до людей похилого віку; байдужості, їх знеціненню, приниженню та дискримінації:

а) геронтофобія;

б) ейджизм;

в) герокомія;

г) ефебофобія.

7. Визначте правильний варіант відповіді, де перераховані тільки прямі форми насильства над людиною похилого віку:

- а) халатне відношення при догляді за старими людьми, здатне спричинити фізичні чи психічні травми, пасивне ставлення до процесу хвороби чи вмирання, соціальна агресія, вбивство;
- б) неповажне ставлення в суспільстві до старих людей, психологічний терор, насильницька ізоляція, позбавлення відпочинку або сну, вбивство;
- в) обмеження юридичних, трудових і цивільних прав людей похилого віку, порушення режиму харчування, психологічний терор, економічне насильство;
- г) насильницька ізоляція, порушення припустимих меж у фармакотерапії, позбавлення можливості реалізації гігієнічних вимог і потреб, застосування прямої фізичної сили, порушення режиму харчування.

8. Визначте термін, сутність якого полягає в замиканні інтересів старіючої людини на проблемах вузького соціального простору:

- а) герусія;
- б) едалтізм;
- в) інкорпоризація;
- г) інволюція.

9. Визначте сутність оборонної стратегії адаптації до старості (за Д. Б. Бромлеєм):

- а) старим людям властиві негативне ставлення до старості, перебільшена емоційна стриманість, прямолінійність у вчинках і звичках, прагнення до самозабезпеченості та неохоче прийняття допомоги від інших;
- б) характеризує зрілу, терплячу, чуйну, добре інтегровану в суспільстві особистість, яка насолоджується життям, наявними близькими взаєминами з іншими;
- в) стара людина добре інтегрована, однак непрактична, покладається на інших у матеріальному забезпеченні та чекає від них емоційної підтримки;
- г) виявляється в агресивності, вибуховості, підозрливості, униканні контактів із іншими, схильності перекладати на оточуючих власні незадоволення і приписувати провину за невдачі, не приймають старість та себе в ній.

10. Визначте стратегію адаптації до старості (за Д. Б. Бромлеєм) за такими характеристиками: пасивні, безініціативні, схильні до депресій, критикують та зневажають власне життя; песимістичні.

Проти власної старості не бунтують, смерть сприймають як спосіб уникнути страждань:

- а) агресивна;
- б) конструктивна;
- в) самоненавидяча;
- г) залежна.

11. Визначте вид тенденцій, які негативно впливають на розвиток старої людини (за Е. Еріксоном) й характеризуються відстороненням та презирством до світу, стереотипними вчинками, гальмуванням власної поведінки, інертністю:

- а) захисні тенденції;
- б) патологічні тенденції;
- в) неадаптивні тенденції;
- г) згубні тенденції.

12. Визначте сутність сімейної соціальної ролі «національна гвардія» старих людей як бабусь і дідусів:

- а) прагнення зберегти сімейні духовні цінності, підтримувати цілісність, спадкову єдність родини, владнання конфліктів між своїми дорослими дітьми і внуками;
- б) активна участь у житті родини, виховання підростаючого покоління;
- в) прагнення бабусі й дідуса створити спокійну обстановку, особливо за наявності загрози розпаду сім'ї;
- г) передача онукам сімейних спадщини і традицій.

13. Визначте тип взаємин між старим подружжям за характеристикою: живуть разом ніби за звичкою, за довге життя в них накопичилося стільки образ один на одного, що під їх вантажем забулося первісне почуття, яке об'єднало цих осіб колись:

- а) закохані друзі;
- б) партнери-конкуренти;
- в) співіснувальники;
- г) незадоволені.

14. Визначте сутність життєвої кризи:

- а) феномен внутрішнього світу людини, який виявляється в різних формах переживання нею непродуктивності власного життєвого шляху;
- б) неочікувана і складна ситуація, що вимагає від людини значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу;
- в) особливі відносно нетривалі за часом періоди онтогенезу, які характеризуються різкими психологічними змінами;
- г) внутрішня робота з відновлення душевної рівноваги, наповнення новим сенсом людської діяльності після подолання критичної ситуації.

15. Визначте підструктуру, у якій проходять зміни цінностей, інтересів, переконань під впливом життєвої кризи:

- а) емоційна;
- б) особистісна;
- в) пізнавальна;
- г) досвідна.

16. Назвіть ім'я філософа, якій говорив: «Смерть для людини реально не існує, бо вона із нею не зустрічається. Доки людина існує, смерті немає, коли ж та з'являється – людини немає. Тому їй не варто боятися»:

- а) Сократ;
- б) Арістотель;
- в) Платон;
- г) Епікур.

17. Знайдіть правильний варіант, де перераховані всі етапи вмирання за Е. Кюблер-Росс:

- а) заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття;
- б) шок, гнів, депресія, прийняття;
- в) страх, гнів, торг, депресія, каяття;
- г) гнів, ізоляція, депресія, прийняття.

ТЕМА. Специфіка соціально-психологічної допомоги літнім людям

*Ніколи не знав, що бути старим так радісно, кожного дня мої думки все
добріші та світліші.*

К. І. Чуковський

Навчальні цілі: надати характеристику соціально-психологічних проблем осіб похилого віку; проаналізувати труднощі спілкування та взаємодії з людьми похилого віку; визначити завдання та напрями соціально-психологічної роботи з літніми людьми; охарактеризувати специфіку діагностико-консультативної практики з особами похилого віку; визначити види реабілітації та напрями психотерапії в роботі з літніми людьми.

Конспект лекції

Специфіка соціально-психологічної допомоги літнім людям

План

1. Соціально-психологічні проблеми людей похилого віку.
2. Завдання й форми психологічної допомоги літнім людям.
3. Специфіка діагностико-консультативної роботи з особами похилого віку.
4. Можливості застосування методів реабілітації та психотерапії в роботі з літніми людьми.

Література

1. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потер / А. В. Гнездилов. – СПб. : Изд-во «Речь», 2002. – 162 с.
2. Долинська Л. В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М.П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.
3. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
4. Краснова О. В. Теоретические вопросы подготовки людей к выходу на пенсию / О. В. Краснова // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 4. – С. 12–18.
5. Коленіченко Т. І. Формування навичок спілкування як основа успішної адаптації до нового соціального середовища : тренінг для соціальних працівників, волонтерів, які працюють з літніми людьми / А. Й. Капська, Т. І. Коленіченко – К. : НПУ імені М.П. Драгоманова, 2009. – 56 с.

6. Комли М. Учиться слушать. Азбука общения для работающих с пожилыми людьми / М. Комли; [пер. с англ., коммент. М. Нехорошева ; ред. А. Николаевская]. – М. : РАНДЕВУ-АМ, 1999. – 112 с.
7. Лозинський В. С. Психологічні особливості поведінки людей похилого віку / В. С. Лозинський, Ю. В. Фещенко // Проблеми старения и долголетия. – 2004. – Том 13, № 3. – С. 456-457.
8. Мартинюк І. А. Психологічна допомога людям похилого віку, або практикум з геронтопсихології / І. А. Мартинюк // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 1. – С. 32-38. – № 2. – С. 15-17.
9. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии / С. Г. Максимова. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 223 с.
10. Петрова І. В. Особливості організації дозвілля у клубах людей похилого віку / І. В. Петрова // Організація культурно-дозвільної діяльності в клубних закладах розвинених зарубіжних країн. – К. : УЦКД, НПБ, 1998. – 51 с.
11. Психология старости и старения : Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – С. 3-64.
12. Психологія життєвої кризи/ Під ред. Т. М. Титаренко. – К., 1998. – 254 с.
13. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи – Л. М. Вольнова. – К., 2012. – 275 с.
14. Психология старости: Хрестоматия /Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2004. – 736 с.
15. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
16. Форми і методи роботи з людьми похилого віку [Електронний ресурс] // Київська міська державна адміністрація. Офіційний веб-портал. – Режим доступу : <http://www.kmv.gov.ua/divinfo.asp?Id=222060>
17. Хрестоматія : Арт-терапія / під ред. А. І. Копитіна. – СПб. : Пітер, 2001. – 317 с.
18. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / О. В. Хухлаева. – М. : Изд. центр «Академия», 2001. – 208 с.
19. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

1. Соціально-психологічні проблеми людей похилого віку

Постійне зростання частки літніх у всьому населенні стає вагомою соціально-демографічною тенденцією практично всіх розвинених країн.

Такий процес зумовлений двома причинами. По-перше, успіхи охорони здоров'я, взяття під контроль ряду небезпечних захворювань, підвищення рівня та якості життя призводять до збільшення середньої очікуваної тривалості життя. З іншого боку, процес стійкого зниження народжуваності, нижчий за рівень простого заміщення поколінь, зменшення числа дітей, народжених однією жінкою за весь її репродуктивний період, призводить до того, що рівень природної смертності перевищив рівень народжуваності, що викликає відповідне зростання частки осіб старшого віку.

У сучасних умовах життя люди похилого віку стикаються з багатьма проблемами, а саме матеріальними, економічними, побутовими та психологічними, які ставлять їхнє життя на рівень виживання.

Проблеми зі здоров'ям, почуття самотності, психологічна й соціальна невлаштованість людей «третього віку» знижують якість їх життя. І проблема не стільки у відсутності матеріальних благ, скільки в наявності проблем психологічного характеру: адаптації до старіння, зміни соціального статусу, виходу на пенсію, втрати близьких і друзів, відсутності життєвої перспективи. Хвороби, звуження кола спілкування і сфер діяльності – усе це призводить до зубожіння життя, втрати позитивних емоцій, усвідомлення самотності й непотрібності.

До числа основних проблем людей похилого віку можна віднести такі:

1. Психологічні:

- звуження сфери спілкування;
- втрата сенсу життя;
- відчуття незатребуваності або побоювання власної непотрібності;
- зміна соціального статусу;
- перебудова самоствавлення;
- синдром «спустошення гнізда»;
- самотність як результат відсутності подружжя, дітей та родичів; окремого проживання від молодих членів сім'ї; самотності людей, які живуть у родині, але не отримують достатньої уваги, розуміння, спілкування; як ізоляція, самоізоляції, що відображає усвідомлення самотності як нерозуміння, байдужості з боку оточуючих;
- перебудова міжособистісних і сімейних взаємин;
- психосоматичні захворювання;

- фрустрація свідомості (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що перешкоджає меті);

- перевага песимістичних поглядів на життєві перспективи;
- втрати;
- переживання кризи пізнього віку;
- обмеженість самореалізації;
- страх смерті.

2. Соціальні:

- втрата соціальної активності (припинення трудової діяльності);
- високий рівень суб'єктивного інтересу до політики держави й низька оцінка можливості впливати на неї; негативне ставлення до нинішньої влади («раніше життя було кращим»);

- незадоволеність життям;

- обмеження життєдіяльності (мається на увазі повна чи часткова відсутність у людини здатності або можливості здійснювати самообслуговування, пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати власну поведінку, а також займатися трудовою діяльністю. Пов'язана вона з якістю матеріальної забезпеченості літньої людини, бо пенсіонери стурбовані матеріальним становищем, рівнем інфляції, високою вартістю медичного обслуговування, розміром пенсії тощо);

- наявність занижених стандартів життя, що сприймаються як дійсність;

- специфіка взаємодії з соціумом. Виокремлюють дві групи: а) *соціально стабільна*. Незважаючи на всі притаманні літнім людям соціальні, психологічні та фізіологічні проблеми, представники цієї групи не мають яскраво виражених або стійких проблем взаємодії з соціумом (сім'єю, товаришами і друзями, соціальним середовищем у цілому); б) *соціально-проблемна*, представники якої, навпаки, мають яскраво виражені тимчасові, стабільні чи наростаючі проблеми взаємодії з соціумом, що змушують кожну літню людину все більше відчувати зниження особистісного та соціального статусу без будь-якої надії на покращення життя.

Проблеми осіб цієї вікової категорії населення є актуальними й потребують невідкладного вирішення з боку держави, суспільства та оточуючих людину похилого віку осіб.

Виникає необхідність розширення соціальної, медичної, психологічної служб допомоги старим людям.

**Стаціонарні соціально-психолого-медичні заклади для
обслуговування людей похилого віку**

№	Назва закладу	Завдання
1	Будинки-інтернати загального профілю	Стаціонарні соціально-медичні установи загального типу для постійного проживання громадян похилого віку, ветеранів війни та праці, інвалідів, які потребують стороннього догляду, побутового і медичного обслуговування.
2	Спеціальні будинки-інтернати	Стаціонарні соціально-медичні установи, призначені для постійного проживання осіб похилого віку: 1) особливо небезпечних рецидивістів; 2) колишніх засуджених, які потребують побутового, медичного обслуговування й виховного впливу; 3) осіб, яких переводять з інших інтернатних установ загального типу за систематичне порушення громадського порядку, вживання алкоголю, токсичних препаратів, бійки тощо.
3	Геріатричні пансіонати	Стаціонарні медико-соціальні установи для проживання осіб із вираженими віковими порушеннями психіки, підтвердженими висновком лікувально-консультативної комісії органів охорони здоров'я.
4	Психоневрологічні інтернати	Спеціалізовані стаціонарні медико-соціальні заклади, що забезпечують постійне проживання, догляд і медичне обслуговування людей із проблемами психічних захворювань.
5	Пансіонати для ветеранів війни та праці	Установи інтернатного типу підвищеної комфортності для ветеранів війни та праці.
6	Спеціальні житлові будинки для самотніх ветеранів війни і праці, пенсіонерів та інвалідів	Спеціалізовані установи, у структурі яких діють служби соціально-побутового призначення, медичного обслуговування, створено умови для організації дозвілля; поєднуються стаціонарний догляд і догляд у громаді.

7	Будинки-інтернати та стаціонарні відділення з невеликою чисельністю проживаючих	Стаціонарний соціальний заклад у громаді, де стаціонарні соціальні послуги наближені до звичайного місця проживання осіб похилого віку, не розриваються родинні та соціальні зв'язки, що склалися протягом життя (12-15 осіб).
8	Будинки тимчасового проживання	Стаціонарний соціальний заклад для проживання осіб похилого віку (10-15 осіб), наприклад, у зимовий період.
9	Хоспіси	Служби медико-соціальної допомоги важкохворим.

2. Завдання й форми психологічної допомоги літнім людям

Мета психологічної допомоги людям похилого віку – актуалізація й оптимізація їхніх власних особистісних ресурсів і можливостей для покращення та стабілізації психічного стану, його гармонізації.

Завдання:

- адаптація до нового статусу;
- допомога в переоцінці власних життєвих ресурсів та інтересів, виборі іншої справи;
- допомога у прийнятті старості й минулого життя в цілому, у пошуку нових орієнтирів (формування позитивного образу старості як часу для щастя, розвитку внутрішнього спокою, обговорення всього хорошого, що є актуальним у життєвій ситуації людини);
- підвищення загального фону настрою;
- підвищення самооцінки тощо.

До особливих ситуацій надання психологічної допомоги людям похилого віку відносять: втрату близьких, глибоку депресію, наближення смерті.

1. Втрата близьких. Про переживання клієнтом горя, за О. В. Красновою, свідчать такі ознаки: фізичні страждання (коротке дихання, постійні зітхання, сухість у роті тощо); поглинутість образом померлого; відчуття провини; ворожі реакції; втрату моделей поведінки.

2. Глибока депресія людей похилого віку. Психолог повинен показати клієнту, що він не може взяти на себе відповідальність за стан клієнта, лише допомогти його самовизначенню. Варто переконати, що песимістичний погляд на світ – результат депресивного стану; можна полегшити цей стан – і картина світу покращиться. Слід підтримати клієнта й допомогти йому у психологічному тлумаченні його

труднощів, при цьому активно розпитувати про переживання й обставини життя клієнта.

3. Наближення смерті. Бесіда з помираючою людиною похилого віку не є в повному значенні слова психологічним консультуванням. У кінці життя людина часто звертається думками до вічного, до Бога. Підводячи підсумки життя, вона шукає закон людського існування і знаходить його у вірі. У людини похилого віку віра може бути глибокою і щирою, і тому присутність священика біля ліжка помираючого сьогодні не рідкість. Однак якщо у помираючого немає потреби у спілкуванні зі священиком, вона може залишитись одна перед ликом смерті. Близькі, зайняті власним горем, не можуть надати серйозної допомоги помираючому й це може зробити лікар або психолог. У сучасній психології розроблені загальні принципи спілкування з помираючою людиною похилого віку. Так, психологу слід уважно вислухати помираючого й допомогти йому поділитись думками про смерть і про те, що він залишає в цьому житті. Слід уважно вислухати скарги, побажання й останні розпорядження помираючого, за можливості задовольнити їх чи пообіцяти зробити все можливе.

Форми психологічної роботи з людьми похилого віку

1. Психологічне просвітництво. Ця форма роботи передбачає масове навчання за спеціальною літературі (брошури, пам'ятки, рекомендації), у якій має бути надана інформація про особливості літнього віку, основні труднощі, з якими може зіткнутися людина у цей період життя. Ця форма найбільш доступна, але неможливість індивідуального підходу знижує її ефективність.

Задля гармонійної реалізації фізичних і духовних можливостей людини важливим напрямом психосоціальної роботи може стати *пропаганда здорового способу життя* в таких аспектах: анатомо-фізіологічні особливості людини в літньому віці; дихальна гімнастика для осіб похилого віку; уроки тибетської медицини; раціональне харчування для збереження й відновлення молодості; загартовування у «третьому віці»; лікування точковим масажем; опанування життєвою енергією і вмінням спрямувати її у правильне русло; таємниці природного оздоровлення, внутрішня гігієна тіла, кроки до очищення організму; особливості програми реабілітації здоров'я жінок після шістдесяти тощо.

2. Індивідуальне консультування передбачає організацію індивідуальних зустрічей спеціаліста і клієнта з різних питань. Основною перевагою даного методу є індивідуальний підхід та усна форма подачі матеріалу. У процесі консультування з'являється можливість розширити уявлення людей похилого віку про спосіб життя

на пенсії, а також допомогти вирішити різні психологічні проблеми, що можуть ускладнити процес адаптації до нового вікового етапу.

У процесі консультативної бесіди необхідно насамперед підняти загальний фон настрою людини. З цією метою Є. І. Холостова радить запропонувати літній людині принести альбом своїх фотографій. Розгляд світлин, розповіді про події, зображені на них, не тільки піднімуть настрій, але й дозволять консультанту досить швидко встановити контакт із літньою людиною. Крім того, при правильно розставлених акцентах консультант може підвести клієнта до усвідомлення значимості прожитого, важливості зробленого, цінності досягнутого. Навіть якщо літню людину засмутить розгляд фотографій близьких, котрі вже пішли із життя, вона почне плакати над зображенням, у цілому так звана *фототерапія* дасть позитивний ефект.

Також для стимуляції спілкування можна використовувати *техніку колажу*. В індивідуальній роботі доречно просити відобразити на малюнку певний сюжет із життя літньої людини. Люди цієї вікової групи мають потребу в поверненні до минулого для того, аби побачити зміст власного життя.

3. Групова робота. Відбір і формування груп можна проводити з літніх людей, які характеризуються негативним ставленням до старості. Основна перевага цієї форми роботи – можливість підтримки постійних контактів між людьми. Вона створює передумови інтеграції літніх людей у колективі, сприятливо впливає на процес адаптації.

Найбільш доцільними формами організації групової роботи є тренінги, корекціо-розвивальні програми, навчання людей похилого віку дозвільної діяльності, зокрема, створення клубів за інтересами, проведення тематичних вечорів, екскурсій, виставок тощо.

4. Робота з родичами людей похилого віку. Цей вид роботи може бути організований за допомогою консультацій. Важливо пояснити членам родини, що підтримка дозволяє літнім почуватися компетентними. Необхідна передача позитивних почуттів немолодим людям, за якої вони відчують, що про них піклуються, їх цінують, поважають. Це є важливим чинником, що сприяє адаптації в пізньому віці.

3. Специфіка діагностико-консультативної роботи з особами похилого віку

Роль психодіагностики в дослідженні літніх людей полягає в оцінці вікових змін і вікових відмінностей.

Психологічна діагностика передбачає всебічний аналіз особистості з метою виявлення й подолання недоліків у розвитку й підвищенні рівня навчальної чи професійної діяльності, забезпечення гармонійного розвитку здібностей і моральних якостей.

Психологічну діагностику в роботі з людьми похилого віку необхідно здійснювати за такими напрямками:

1. Діагностика психічних станів літньої людини.
2. Діагностика когнітивної сфери людини похилого віку.
3. Діагностика характерологічних особливостей літніх людей.

Складання психологічного портрету.

4. Діагностика соціально-ціннісних якостей особистості.
5. Вивчення інтересів людей похилого віку, їх зайнятості.
6. Діагностика соціально-психологічного клімату сім'ї літньої людини.

7. Виявлення задоволеності життям.

8. Вивчення стану психічного здоров'я людей похилого віку.

Спеціаліст може виявити, наприклад, початкові порушення психічних процесів, уточнивши в літньої людини, чи турбує його забудькуватість і неуважність. Для більш точного виявлення порушень функцій пам'яті, уваги й мислення (тобто когнітивних процесів) або у складних діагностованих випадках літню людину слід направити на консультацію до психолога (для діагностичного тестування) або до психотерапевта (для постановки діагнозу).

У процесі реалізації завдань діагностики можна використовувати низку загальновідомих методик, які представлені, зокрема А. О. Карелінім та Д. Я. Райгородским. Так, отриманню інформації *про життя* літньої людини може сприяти тест «Дім. Дерево. Людина», а вивченню особливостей *самооцінки життєвої ретроспективи* – методика «Автопортрет» П. Ржічана, спрямована на отримання інформації про життя досліджуваних, особливостей самооцінки їхньої життєвої ретроспективи. Піддослідному пропонують накреслити горизонтальний відрізок прямої, де крайні точки означають народження й закінчення життя. На відрізку, що уособлює прожите життя, відзначають найбільш важливі події, оцінюють ступінь задоволення ними. На основі цього будується крива, яка відображає задоволеність життям, вона може бути використана як підґрунтя подальшої бесіди з клієнтом.

Психічні стани людини похилого віку можна оцінити за допомогою «Методики діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою». «Гессенський опитувальник» дозволить оцінити інтенсивність емоційно забарвлених скарг із приводу фізичного самопочуття літньої

людини. Тест «Шкала самооцінки» Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна використовується для виявлення самооцінки людини в реальному часі. Досліджується кореляція між її особистісною тривожністю та ставленням до власного минулого й майбутнього. Висока тривожність, виявлена за допомогою цієї шкали, відповідає негативному сприйняттю минулого; низька тривожність – задоволенню теперішнім і оцінці майбутнього як невідомого, але неприємного; низькому чи помірному показнику відповідає задоволення минулим і теперішнім, позитивна оцінка майбутнього.

Кризові стани допоможуть виявити опитувальник «Шкала депресії», адаптований Т. І. Балашовою (для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, з метою попередньої долікарської діагностики) та «Методика диференціальної діагностики депресивних станів Зунге», «Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності» Д. Рассела та М. Фергюсона, «Методика визначення самооцінки психічних станів», зокрема, тривожності, фрустрації, агресивності, ригідності за Г. Айзенком.

Для вивчення ступеня адаптації в літньому віці можна використати «Методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда», де підраховується інтегральний показник «адаптації», який включає в себе результати за двома шкалами: адаптивність і дезадаптованість.

Методика визначення *індексу життєвого задоволення (ІЖЗ)*, мета якої полягає у визначенні загального психологічного стану людини. Показник ІЖЗ відображає загальний психологічний стан людини, ступінь її психологічного комфорту й соціально-психологічної адаптованості. У процесі дослідження можна також виявити основні психологічні проблеми людей похилого віку, що впливають на задоволення життям, а також виявити інтерес до життя, самооцінку людиною власних якостей, особливості ставлення до життя, психосоматичний тонус, узгодженість між поставленими й досягнутими цілями. Методика *діагностики рівня соціальної фрустрованості* (Л. І. Вассерман) фіксує ступінь незадоволеності особистості соціальними досягненнями в основних аспектах життєдіяльності.

Для вивчення *мотиваційно-потребового* компоненту особистості можна застосувати варіант методики «Незакінчені речення», адаптованої на основі методики Дж. Нюттена для людей похилого віку. Піддослідним пропонується закінчити такі речення:

1. Те, до чого я прагнув у юності ...
2. Озираючись на своє життя, я думаю, що ...
3. Кращий період у моєму житті ...

4. Коли я вийшов на пенсію ...
5. Я б хотів, щоб родичі ...
6. Старість для мене – це ...
7. Я маю намір ...

Ці пропозиції можна поділити на групи, що характеризують певною мірою систему ставлень літньої людини до майбутнього, минулого, виходу на пенсію, старості, родичів. Для кожної групи пропозицій виводиться характеристика, що визначає систему взаємин як позитивну, негативну чи байдужу.

Розглянемо проблеми і труднощі, з якими можуть зіткнутися спеціалісти при проведенні діагностики літніх людей.

Досить складним завданням вважається діагностика літніх людей, коли вікові зміни стану здоров'я і психіки наближаються до патологічних. Літній та старечого віку людині властиві хронічні захворювання, що знижує загальну психічну активність і негативно позначається на інтелектуально-мнестичних функцій. Тому потрібно обов'язково дізнаватися, чи приймає якісь медикаменти літня людина, чи бере участь у діагностиці, і як це на нього вплинуло.

Літні люди повинні розуміти, про що йдеться в питальнику. Тому важливою проблемою залишається неграмотність і низька освіта, що часто зустрічається в літніх людей. Це ускладнює розуміння людьми похилого віку питань тестів і анкет, що обумовлює систематичні помилки при оцінці когнітивної недостатності в малоосвічених людей і хибно негативних результатів – у високоосвічених. Іншою причиною є рівень труднощі тесту чи анкети. Тому потрібно починати з більш легких завдань або запитань і тільки потім ускладнювати їх. Якщо літня людина зазнає невдач і не впорається із завданнями, йому буде важко закінчити всю роботу. Невдача спочатку може стати стресовим фактором для літньої людини, і співпраця з фахівцем може бути порушена. Часто небажання брати участь в опитуванні маскується посиленнями на погане здоров'я (головний біль, високий тиск тощо).

Часто ситуація опитування сприймається людьми як іспит або як візит до лікаря. Важливо створювати ситуацію, наближену до їх реального життя. Необхідно, щоб зовнішні подразники, наприклад, шум, і будь-які перешкоди не відволікали увагу.

Бажано отримувати необхідну інформацію, проводити зустрічі з людьми з метою діагностики в їх власних будинках, квартирах, місцях, де вони живуть постійно. Це дозволить літнім людям гармонійно вписатися в ситуацію опитування, яку вони будуть сприймати як бесіду про власне життя, не відчуваючи внутрішньої напруги.

Вибір теми бесіди важливо залишати за літньою людиною, виявляючи до нього повагу. Крім того, відомо, що самостійний вибір піднімає рівень самоповаги та загальної задоволеності життям. Важливо, щоб літні люди були впевнені в тому, що їх вислухають, серйозно й конструктивно використають сказане ними. Фахівець повинен вміти говорити з людьми й коротко записувати ключові пункти.

Часто виникають труднощі, пов'язані з особливостями стратегій поведінки літніх людей у ситуації діагностики. Наприклад, вони можуть бути стримані й потайливі. Іноді літні люди воліють просто не давати ті відповіді, у яких вони не впевнені, тобто діють за принципом: «краще не відповідати зовсім, аніж робити помилки».

Небажання відповідати і ступінь обережності, виявлені літніми людьми, з одного боку, є фактом корисної та адаптивної стратегії самозахисту. Часто літні люди нерішучі в тому, наскільки вони кваліфіковані, щоб оцінювати чи коментувати запропоновані запитання анкети, наприклад, адекватність або якість послуг у будинку-інтернаті чи соціальному центрі. З іншого боку, залежність від обслуговуючого персоналу чи членів сім'ї, викликає страх «відплати» на їх можливі висловлювання невдоволення і скарг в анкетах. Багато авторів відзначає боязнь літніх людей сказати зайве, незважаючи на гарантію анонімності. Тому в літніх людей існує тенденція під час опитувань демонструвати задоволеність буквально всім.

У окремих випадках при відповідях на питання, що стосуються емоційної сторони життя літніх людей, можливі афективні й неконтрольовані реакції з їх боку. Щоб подолати ці труднощі, потрібно враховувати деякі моменти. Так, спеціаліст повинен пам'ятати про те, що інформація повинна бути зібрана тим способом, який дозволяє кожній літній людині взяти участь в опитуванні незалежно від його належності до тієї чи іншої гендерної або етнічної групи, фізичних можливостей або рівня володіння мовою.

Якщо діагностика проводиться в будинках-інтернатах, окремі дослідники радять збирати інформацію від проживаючих (резидентів) тими, хто не є співробітниками. У цьому випадку резиденти будуть вільно висловлюватися відверто, їм легше говорити з тими, хто не відповідає за їх повсякденний догляд або не несе за них відповідальність.

У науковій літературі зазначено труднощі діагностики літніх чоловіків, поведінка яких у ситуаціях опитування відрізняється від поведінки жінок. Чоловіків важче інтерв'ювати, вони воліють не обговорювати особисті справи, особливо в ситуації важкої втрати. Чоловіки більш потайні, складно йдуть на контакт. Одне з пояснень цього може полягати в тому, що жінки більш доброзичливі, аніж

чоловіки. У пізньому періоді життя жінки, які продовжують підтримувати стосунки з соціальним оточенням, у тому числі з членами родини, а також мають досвід роботи, краще справляються з ситуацією опитування, тестування чи інтерв'ю, аніж чоловіки, які вийшли на пенсію.

У літніх людей часто існує сенсорний дефіцит, що тягне за собою дві проблеми. Перша полягає в тому, що ситуація діагностики вимагає гарної здатності бачити й чути, тому потрібно заохочувати літніх людей користуватися окулярами та слуховими апаратами, якщо це необхідно. Іноді слід в анкетах і тестах, призначених для літніх людей, застосовувати більш великий шрифт.

Друга проблема полягає в тому, що лише дуже небагато тестів розроблено спеціально для людей пізнього віку, що мають порушення зору чи слуху. У цих випадках винахідливі фахівці самі складають тестові завдання за аналогією до «тактильних» тестів, розроблених для дітей. Існують їх варіанти. Наприклад, можна в один мішечок покласти різні предмети. Літня людина засовує руку в нього і на дотик намагається визначити, що це за предмет (котушка, коробок сірників, гудзик тощо), з чого він складається (деревина, гума, вовна, скло тощо) або ж наклеюють на картон зразки різних матеріалів тощо.

Літнім людям потрібно більше часу для адаптації до ситуації опитування чи тестування. Вона необхідна для того, щоб опитуваний відчув себе більш спокійно й невимушено. Ситуація опитування вимагає атмосфери взаємної довіри і співробітництва, тож літнім людям потрібно допомагати, схвалюючи й підбадьорюючи їх під час тестування.

Перед початком будь-якої діагностичної роботи з літніми людьми потрібно назвати мету роботи і пояснити, чому потрібно відверто відповідати на питання.

Важливо враховувати час опитування. Багато дослідників вважають, що для літніх людей краще кілька коротких опитувань, аніж одне тривале тестування. Закінчувати будь-яку зустріч із літньою людиною потрібно на ноті подяки за успішну допомогу й майбутню співпрацю.

Крім того, потрібно завжди пам'ятати про питання *етики* в роботі з людьми пізнього віку. Наприклад, існують обмеження в дослідженні процесів прийняття рішень у важливих обставин життя: вибір життя або смерті; соціально-стресові ситуації, численні в пізньому віці, втрата близьких, переживання різного роду; сімейні конфлікти та жорстоке ставлення тощо. Потрібно пам'ятати, що ці люди мають право на захист від втягування в діяльність, яку вони не розуміють.

До етичних проблем можна віднести і зворотний зв'язок, тобто літня людина повинна не тільки знати, чому його опитують, але і які він має результати.

Варто відзначити, що принципи діагностики не змінюються залежно від віку людини похилого віку. Це вибір манери розмови, комфортної для фахівця й літньої людини, що дозволяє обмінюватися ясною і зрозумілою інформацією; використання відкритих питань, щоб визначити сферу обговорення, і закритих запитань, щоб встановити деталі; вивчення картини в динаміці тощо.

Важливо брати до уваги *конфіденційність* і збереження даних, отриманих у процесі опитуванні (які записи будуть зберігатися; хто буде їх вести; хто буде мати до них доступ тощо). У деяких випадках можна скласти форму угоди між спеціалістом і літньою людиною. Наприклад, в угоді може бути зазначено, що будь-яка частина матеріалу буде використана лише за згодою останнього. Там же обов'язково зазначається, для яких цілей можна використовувати результати: для публікацій, дослідницької роботи, в освітніх проектах (наприклад, в школі або ВНЗ), у засобах масової інформації тощо. Крім того, в угоді зазначається, що можна згадувати ім'я літньої людини, які він накладає обмеження на свій матеріал, причому вони повинні бути викладені докладно. Угоду підписують спеціаліст, людина похилого віку, член його сім'ї чи помічник.

Особливе місце на початковому етапі роботи має проведення діагностично-консультативної бесіди.

Бесіда з клієнтом найбільш точно може бути визначена як комунікація (спілкування) або взаємодія.

При проведенні бесіди необхідно дотримуватися низки *вимог*: відразу інформувати клієнта про тривалість бесіди; починати бесіду тільки після того, як клієнт зрозумів ситуацію; бути доброзичливим, щоб створити вільну невимушену атмосферу; постаратися побачити ситуацію очима клієнта; усвідомити небезпеку винесення суджень, а не прийняття людини такою, яка вона є; розвивати навички соціального спілкування, наприклад, посміхнутися, щоб допомогти спілкуванню, спочатку уникати питань, на які можна відповісти «так» або «ні»; не домислювати за клієнта; не надто поспішати, не метушитися і навчитися справлятися з паузами і мовчанням клієнта (зазвичай це час, коли клієнт напружено думає).

Кожна бесіда-знайомство повинна мати чітку схему, тобто початок, середину, кінець; подальші бесіди-зустрічі із клієнтом повинні базуватися на змісті попередньої, при цьому можна використовувати письмовий чи відеозапис. Кожна бесіда повинна фіксуватися на певній

проблемі, зокрема, дослідження образ клієнта, його взаємин тощо. Слід пам'ятати, що бесіда, крім суто інформативної функції, спрямована на укладення союзу з клієнтом щодо методів роботи, тобто спеціаліст намагається зрозуміти думки й почуття клієнта; вселити в нього почуття надії, що він впорається із ситуацією; демонструє методи й форми роботи.

Важливо правильно провести й саму бесіду. Так, спеціаліст, який ставить запитання з підозрою або у звинувачувальній манері й незацікавленим або недобророзичливим тоном, викличе у клієнта почуття страху й недовіри. Слова тут менш важливі, ніж тон і манера мовця. Постановка великої кількості питань може виглядати як допит, надто мало питань теж може перешкодити виявленню важливих моментів. Іншим бар'єром можуть стати занадто часті питання, що починаються з «чому», оскільки вони вимагають від клієнта пояснення своєї поведінки, а отже, до зайняття ним оборонної позиції. Краще починати питання зі слова «що». Наприклад, замість того, щоб запитати літню жінку, чому вона боїться виходити з дому, краще запитати, що, на її думку, може відбутися, якщо вона вийде з дому. Стимулює відступ клієнта від звичайної схеми поведінки й розгляд нових можливостей питання на кшталт: «Можливо, це неправильно, але ...», «Я не зовсім зрозумів ...» тощо. Гіпотетичні питання типу: «А що було б, якщо ...?» дозволять ще більше прояснити ситуацію.

Метод бесіди може включати запитання: «Ваш вік?», «Яка у Вас освіта?», «Де і ким Ви працювали до виходу на пенсію?», «Розкажіть про свою сім'ю», «Як Ви вважаєте, що змінилося на краще чи на гірше у Вашому житті після виходу на пенсію?», «Чим Ви вважаєте за краще займатися у вільний час?».

Також можна використати опитування для визначення задоволеності життям людей похилого та старечого віку. Цей метод заснований на словесному звіті випробуваного. Такій самоперевірці допоможе тест:

1. Чи часто Ви думаєте, що вже старі й ні на що не здатні, що Ви не впораєтеся із жодною серйозною роботою?
2. Чи дозволяєте Ви своїм домашнім поводитися з Вами неввічливо? Називати вас бабкою, «старою» тощо?
3. Чи залежите Ви від чужої думки та критики, легко погоджуєтеся з низькою оцінкою ваших чеснот?
4. Чи завжди Ваші порівняння себе з ровесниками не на Вашу користь?

5. Чи намагаєтеся Ви приховати свій вік за допомогою спортивних костюмів, капелюхів, капелюшків, модних кепочок, перефарбовуєте волосся або зачісуєте його на лисину?

В. Д. Альперович вказує, що якщо літня людина на всі п'ять запитань відповідає негативно, то у неї відмінна самооцінка. Це означає, що вона бадьора і впевнена у власних силах. Чим менше «ні» – тим нижча самооцінка. Залежно від отриманих результатів у процесі подальшої бесіди необхідно сприяти підвищенню самооцінки людини похилого віку. Для її підвищення можна докладно розглянути соціальні, сімейні досягнення дітей і онуків, пояснивши клієнту, що без його участі цього не сталося. Іноді більш швидким способом підвищення самооцінки є так звана ідентифікація зі своїм поколінням. Необхідно разом із літньою людиною розглянути здобутки її покоління, яке, наприклад, зуміло пережити голод, війну, а також справжню силу – можливість пристосуватися до важких умов, зберегти світлий розум, прагнення допомагати оточуючим тощо.

Проведена діагностично-консультативна бесіда зорієнтує клієнта на можливостях виходу із кризової ситуації, а спеціаліста – на вибір різних форм роботи.

Консультавання – надання фахівцем компетентної інформації за запитом для оптимального вирішення певних життєвих, особистих або ділових проблем.

Психологічне консультавання – сфера практичної професійної діяльності психолога, пов'язана із наданням допомоги людям у вигляді порад, рекомендацій щодо вирішення життєвих психологічних проблем. Такі рекомендації клієнт отримує на основі особистого спілкування з ним психолога-консультанта як підсумок аналізу проблеми, вивчення того, як вона виникла в житті клієнта.

У процесі консультаванні встановлюється взаємодія між консультантом і клієнтом, при цьому її якість залежить від рівня таких взаємодій. Уміння консультавання важливі, однак основним є взаємодія як засіб роботи. Консультавання може проводитися з таких проблем: переживання важких втрат і гострого горя, втрата функціональної здатності, труднощі чи конфлікти у взаєминах і спілкуванні, розуміння і зміна умов життя, адаптація до нових обставин життя, оцінка потреб, робота зі стресом, втрата сенсу життя, страх смерті тощо.

Консультавання також застосовується не тільки для вирішення названих проблем, але і в таких процедурах, які не є терапевтичними, однак уміння консультанта допомагають, сприяють досягненню поставлених цілей. Наприклад, збір інформації для оцінки чи визначення рівня задоволеності літньої людини пакетом одержуваних

соціальних послуг. Таким чином, *загальні цілі* консультування літніх людей – це досягнення розуміння чи зміни, прийняття рішень, вирішення міжособистісних конфліктів, поліпшення взаємин або оцінювання.

Фахівець також проводить консультування членів родини літньої людини, що дозволяє їм вчитися і знаходити нові стратегії та підходи для управління стресовими факторами, розглянути альтернативи й обрати найбільш відповідні.

Консультування членів сім'ї часто фокусується на обговоренні потреб члена родини літньої людини та його можливостей знаходити й використовувати нові стратегії для управління ситуацією.

Консультування може бути коротким або тривалим. Це залежить від складності ситуації чи інвалідності літньої людини.

Основними завданнями психолога-консультанта в роботі з людьми похилого віку є:

- створювати й підтримувати робочу обстановку й атмосферу;
- виявляти й долати негативні почуття, що впливають на людей і на себе;
- пізнавати й долати у стосунках із людьми агресію й ворожість;
- сприяти наданню турботи людям похилого віку;
- спостерігати, розуміти й інтерпретувати поведінку і взаємини між людьми;
- спілкуватися вербально й письмово;
- організовувати й вести бесіду в різних умовах.

Вимоги до консультанта. Робота з людьми похилого віку вимагає від фахівця відповідного рівня знань та умінь.

Консультант, що працює з людьми похилого віку, повинен володіти знаннями:

- про людину похилого віку як об'єкт психологічної допомоги, її вікові й індивідуальні особливості, соціальні фактори, що впливають на розвиток особистості в похилому віці;
- про цілі, завдання, зміст, форми й методи консультативної роботи з людьми похилого віку;
- про особливості соціальних, психологічних, медичних проблем, що виникають у людей похилого віку;
- про особливості адаптації до нового вікового періоду життя.

Спілкування вважається дуже важливим і значимим у здійсненні процесу консультування людей похилого віку.

Консультант повинен володіти вміннями:

- вислухати інших;

- виявити інформацію й зібрати факти, необхідні для аналізу й оцінки ситуації;
- створювати й розвивати взаємини;
- спостерігати й інтерпретувати вербальну й невербальну поведінку;
- застосовувати діагностичні методи;
- обговорювати гострі проблеми в позитивному емоційному контексті;
- інтерпретувати висновки;
- бути посередником і згладжувати взаємини між конфліктуючими індивідами чи групами;
- активізувати зусилля клієнта на розв'язання власних проблем.

Особливе значення в консультативній роботі з людьми похилого віку набуває *етика спілкування* консультанта. Рівень культури спілкування й етика спілкування – близькі поняття. Вони визначаються не тільки досконалістю окремих сторін або аспектів спілкування, а припускають гармонійне поєднання й розвиненість елементів культури спілкування. Основними етичними стандартами консультанта є:

- бути зразком особистої поведінки, у роботі керуватися насамперед інтересами клієнтів;
- робити все, щоб сприяти максимальній самостійності клієнтів;
- поважати приватне життя клієнта і тримати в таємниці всю інформацію, отриману в процесі роботи з ним;
- у процесі роботи діяти відповідно до цінностей, моральних норм і призначення професії.

Отже, консультант, який працює з людьми похилого віку, повинен мати такі компоненти *готовності*:

- *мотиваційно-особистісну готовність*. Цей компонент включає загальні вимоги, які висуваються до фахівця. Мотиваційно-особистісна готовність виявляється у світогляді та професійній спрямованості особистості, його готовності здійснювати психологічну діяльність із людьми похилого віку;
- *інтелектуально-змістовну готовність*. Цей компонент розкриває наявність знань, необхідних у галузі психологічної допомоги;
- *організаційно-дієву готовність*, що виявляється у наявності професійних умінь й навичок.

Зважаючи на зміни в психіці цього вікового періоду, для здійснення ефективного й успішного процесу психологічного консультування необхідно, щоб клієнт дотримувався певних вимог:

- повага до професійної діяльності консультанта;

- повага до консультанта як особистості;
- цілеспрямованість у отриманні допомоги, прагнення досягти мети консультативної допомоги;
- активна участь у процесі психологічного консультування;
- аналіз власної поведінки та ставлення до оточуючого світу.

Особливої уваги заслуговує ставлення людей похилого віку до психологічної допомоги. З огляду на це виділяють стереотипи поведінки людей похилого віку:

- неприйняття допомоги, недовіра до консультанта, що пояснюється небажанням бути залежними від сторонньої людини;
- уявні установки, прагнення й наполегливість в отриманні якомога більшої кількості послуг від консультанта, покладання на нього всіх своїх проблем;
- перенесення на консультанта невдоволення своїми життєвими умовами;
- консультант сприймається як об'єкт, який несе відповідальність за фізичне та психічне здоров'я клієнта;
- негативізм, критичність, агресивність з боку клієнта щодо консультанта;
- протилежність особистісних цінностей консультанта і клієнта;
- особиста антипатія до клієнта з боку консультанта чи навпаки;
- відсутність авторитету консультанта у старшого за віком клієнта;
- нерозуміння консультантом внутрішньої психологічної позиції клієнта;
- труднощі в консультанта щодо скерованості процесу спілкування з клієнтом;
- труднощі в умінні перебудувати взаємини з клієнтом залежно від ситуації;
- проблеми у створенні сприятливого психологічного клімату;
- ускладнення щодо здійснення корекції міжособистісних стосунків тощо.

Як відомо, консультативна бесіда є однією з основних форм роботи в консультативній взаємодії. Визначимо етапи консультативної бесіди з людьми похилого віку.

І етап. Підвищення настрою (за можливості підвищити загальний фон настрою людини похилого віку). Починати роботу з людиною похилого віку важливо з підвищення настрою, адже поганий настрій може значно знизити ефективність психологічної допомоги. Частіше до консультанта звертаються люди похилого віку, які знаходяться в стані депресії – це пригнічений настрій, незадоволеність собою та

навколишнім світом. Консультанту важливо налагодити стосунки з клієнтом, підняти йому настрій, спрямувати його ставлення до себе та світу в позитивне русло, а для цього консультант має володіти набором спеціальних прийомів.

II етап. Підвищення самооцінки (допомога в підвищенні самооцінки людини похилого віку). Самооцінка – це оцінювання особистістю самої себе як людини, власних можливостей, якостей і поведінки. Наявні в суспільстві негативні стереотипи щодо старості та старіння впливають на формування в людей похилого віку ставлення до себе. Тому при наданні психологічної допомоги консультант повинен наводити об'єктивні позитивні факти, що можуть переконати людину повірити в себе.

III етап. Формування позитивного образу старості як часу для відпочинку й роздумів. Консультант повинен зробити так, щоб людина похилого віку переконалася, що старість – це період життя людини, у якому є певні переваги: вільний час, що можна присвятити улюбленій справі, роздумам, життєвий досвід тощо. Звичайно, багато залежить від людини та її ставлення до власного старіння. Клієнта необхідно переконати в тому, що кожний віковий період має певне значення в житті людини, а тому необхідно сприймати життя і насолоджуватись ним відповідно до віку.

Приклад: *В. А., 87 років, у минулому інженер, пройшов сталінські табори, зараз не працює.*

«Насамперед щастя літніх людей складається зі щастя дітей і онуків. Важлива і власна матеріальна забезпеченість (житло, обстановка, харчування, можливість мандрувати, спілкуватися, робити подарунки, хоча б невеликі). Голодна чи холодна старість – це, звичайно, жах. До щастя входить і здоров'я. У старості воно не буває 100-відсотковим, однак виникають способи управляти здоров'ям. Звичайно, хворіти на старості поганенько, але треба вміти й це! Ну і, зрештою, творчість – вміти творити чи брати участь у колективній творчості, бачити завтра всієї країни, усіх людей на Землі і в чомусь, хоча б у малому, робити завтра краще, ніж вчора».

Г. М., 76 років, у минулому учитель, зараз не працює.

«Стара людина щаслива тим, що віддала усі борги життя (виростила дітей, онуків, попрацювала на благо суспільства), і тепер сама може вирішити, що і кому вона зобов'язана. Вона може засісти за мемуари, може няньчити онуків. Стара людина щаслива, коли комусь потрібна. Потрібна, але вільна, активна, але не байдужа, мудра – без занудства й нав'язливості, піклується про себе й інших, надає допомогу і

приймає її без хибного сорому й удаваної сором'язливості – ось так виглядає щаслива літня людина».

IV етап. Пригадування й обговорення усього хорошого, що є в актуальній життєвій ситуації людини похилого віку. Консультанту необхідно запропонувати клієнтові згадати й обговорити все хороше, що є в його житті, зорієнтувати на позитивне сприйняття власного життя.

У роботі з літньою людиною особливо слід зупинитися на радості як джерелі нормальної здорової старості. Можна навести старий двовірш, висхідний до часів царя Соломона:

Радість серця – ось життя людини.

Тільки вона дасть продовження життя.

Для літніх людей дуже важливе відчуття власної потреби, тому обговорювання цієї позиції особливо необхідно. Недарма більшість скарг літніх людей – це нарікання на те, що тепер вони нікому не потрібні.

Приклад з бесіди з жінкою 67 років: «Зовсім нікому не потрібна стала. Їзять в свою Анталію, а про мене забули. Їм до мене діла немає. Так ось помру, а вони й не дізнаються навіть».

Тут потрібні тонкість і винахідливість консультанта, щоб відштовхнутися від реальної життєвої ситуації людини. Наприклад, показати потрібність, необхідність для літньої людини допомоги вже самостійних дітей. При цьому акцентується увага, що потрібність літніх відрізняється від потреби молодих. Не слід проявляти потрібність у звичні способи. Краще пошукати нові, наприклад, складати казки для онуків, вирощувати рідкісні рослини тощо.

При наданні психологічної допомоги людям похилого віку доцільно використовувати різні види робіт та вправи (техніки), але в кожному випадку необхідно здійснювати особистісно орієнтований підхід до клієнта і, можливо, виникне необхідність адаптувати питання чи використовувати не всі.

Специфіка стосунків консультанта і клієнта похилого віку в певних ситуаціях може ускладнювати процес консультування. Труднощі можуть виникати через життєвий статус людини похилого віку, яка прожила довге життя й має певний життєвий досвід. Якщо людина похилого віку має досвід спілкування зі спеціалістами, які формально виконували свої обов'язки, не керуючись інтересами клієнта, то встановлення довірливих стосунків у такому випадку потребуватиме тривалого часу й витримки.

Якщо клієнт замкнений і всіляко підкреслює недовіру до сторонньої допомоги, то в роботі з ним бажано бути максимально логічним, використовувати чіткі пояснення, наводити конкретні факти.

У роботі з амбіційними людьми похилого віку треба вміти переключати їхню увагу, відволікати від проблеми й повертатися до її обговорення лише після нормалізації емоційного стану.

Із тривожно-недовірливими клієнтами консультанту важливо показати себе людиною вольовою, упевненою в собі і здатню передавати цю впевненість іншим. Недовірливі люди похилого віку сприймають лише слова, сказані спокійно й авторитетно.

Зупинимося на деяких ситуаціях, у яких взаємини консультанта із клієнтом похилого віку можуть ускладнювати процес консультування (за І. Кемпером).

Ситуація 1. Повна ідеалізація консультанта, аж до обожнювання. За цим може стояти прагнення мати доброго захисника чи уявлення про те, що консультант може розв'язати всі проблеми за клієнта, більше того – мусить це зробити.

Ситуація 2. Перенесення на консультанта ролі сина (доньки). Таке уявлення може виникати і в бездітних людей похилого віку.

Ситуація 3. Іноді клієнт у ставленні до консультанта виявляє агресію, що може свідчити про сильний страх смерті або невдоволення власним життям, яке проектується на консультанта.

У консультанта також можуть виникати почуття, що викликають дискомфорт. Це може бути почуття невпевненості чи залежності від клієнта як людини більш старшого віку. Може викликати тривогу вигляд старої людини, що є прообразом власного майбутнього та спровокувати консультанта до пошуку різних форм захисту.

Загалом особливості консультативної діяльності з людьми похилого віку з точки зору сучасних наукових поглядів на старість і старіння полягають у сприянні адаптації до нового етапу життєвого шляху, формуванні оптимістичного ставлення до нових життєвих обставин, максимальному застосуванні позитивних аспектів наявного досвіду й зосередженні на улюблених видах діяльності.

4. Можливості застосування методів реабілітації та психотерапії в роботі з літніми людьми

Слід зазначити, що у психологічній практиці мало спеціально розробленого для роботи з людьми похилого віку методичного інструментарію. Психотерапевтичні засоби, які можуть бути успішно використані в роботі з цією категорією людей, спрямовані на

відновлення й активізацію тілесних, психічних і соціальних функцій, навичок і можливостей, а також на вирішення конкретних проблемних ситуацій, із якими літня людина не може впоратися самотійно.

Важливою рисою роботи з окремими клієнтами, зокрема з людьми похилого віку, є *оцінний аналіз* – це тривалий процес, метою якого є розуміння людей у взаємозв'язку з оточуючим їх середовищем: це основа планування того, що необхідно зробити, щоб зберегти, поліпшити або змінити стан людини чи оточуючої її обстановки.

Для такої роботи потрібна людина, що може організувати, систематизувати та проаналізувати отриману інформацію, при цьому вона повинна тонко відчувати обстановку й бути здатною зрозуміти унікальність кожної конкретної ситуації. Основні дані, зокрема факти, дуже важливі, але не менш важливі думки, почуття й інтуїція спеціаліста.

Оцінний аналіз являє собою дослідницький процес вивчення, а не просто оцінку, тобто не укладання досьє на когось, а тривалий процес постійного збирання даних, що включає аналіз думок і почуттів клієнта, щоб сформулювати план допомоги.

Традиційно оцінний аналіз прагне йти шляхом, що веде до джерел (ресурсів), а не шляхом потреб, тобто розробляються моделі, що розділяють цілі й засоби.

Дослідження за типом оцінного аналізу показують, що в залежності від конкретних обставин певного клієнта збирається великий об'єм інформації соціального, психологічного, економічного, політичного й духовного плану, що характеризує сутність індивіда.

Оцінний аналіз – це процес добору, організації, поділу на категорії та синтезації даних. Він можливий у результаті систематичного і ретельного усвідомлення потреб клієнта, а не просто надання можливих послуг.

Доцільно використовувати такі методи: запитання, самооцінка, рольова гра, тести, замальовки, щоденники тощо.

Ведення записів, що раніше вважалося рутинним обов'язком, який віднімає час від контактів з клієнтами, починає визнаватися як основне вміння, причому у веденні записів, де це можливо, беруть участь і клієнти. У записах фіксуються початкові факти, свідчення, почуття, рішення, дії, моніторинг, огляд, оцінний аналіз і значима інформація. Вони можуть приймати форму детального звіту, докладного узагальнення кожного факту й контакту, форму для записів, де фіксується закодована інформація, або можуть включати довгі соціальні історії, програми індивідуальних планів.

Як мінімум, у записах повинні міститися: сутність проблеми чи ситуації; доступні й необхідні джерела й ресурси; короткострокові, середньо-, і довгострокові цілі; план дії і точка зору клієнта.

Систематичні записи охоплюють такі основні аспекти: вік, адреса, джерело звернення, формальні й неформальні контакти; можливість справлятися з основними щоденними обов'язками: догляд за собою, робота вдома; фізичне й розумове здоров'я; ставлення клієнта до допомоги; соціальні умови проживання.

Форми для періодичних записів, використовувані кожні три місяці для перевірки процесу надання допомоги, вважаються найбільш цінними в період кризи чи змін.

Реабілітація – це система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової чи стійкої втрати працездатності; на ефективне й раннє повернення хворих та інвалідів у суспільство і до суспільної праці. Реабілітація являє собою складний процес, у результаті якого в потерпілого формується активне ставлення до здоров'я й відновлюється позитивне ставлення до життя, сім'ї та суспільства. Концепція реабілітації включає профілактику, лікування та пристосування людини до життя і праці після хвороби на основі особистісного підходу. Як підкреслює М. М. Кабанов, основою реабілітації є єдність біологічних і психолого-соціальних впливів; різноплановість зусиль при організації заходів; обов'язкове звернення до особистості хворого з використанням відносин співпраці у процесі реабілітації; ступінчатість або послідовність заходів, де попередні готують підґрунтя для подальших дій.

Розглядаючи місце реабілітації в системі лікувально-профілактичних заходів, необхідно відзначити, що вказати чітку грань між лікуванням та реабілітацією неможливо, оскільки багато заходів водночас є і лікувальними, і реабілітаційними. Таким чином, реабілітація є частиною лікувального процесу, як і лікувальний процес – частиною реабілітації.

Основні принципи реабілітації:

1. Ранній початок проведення реабілітаційних заходів, які, органічно включаючись в основну терапію, повинні її доповнювати і збагачувати.
2. Етапність реабілітації.
3. Наступність і неперервність реабілітаційних заходів як одна з основних обов'язкових умов ефективності лікування.
4. Комплексний характер реабілітації.

5. Індивідуальний підхід до складання програм реабілітації. Для кожного пацієнта повинен бути встановлений індивідуальний профіль.

6. Урахування факторів ризику, фізичних і психічних особливостей, емоційних реакцій. Необхідно враховувати індивідуальні риси та специфічні потреби кожного хворого, які можуть вплинути на результат реабілітації.

На кожному етапі реабілітації складається програма, мета якої полягає у виявленні резервних можливостей організму та допомозі хворому в досягненні найвищого рівня працездатного стану.

У кожній реабілітаційній програмі існує кілька складових: психологічна, соціально-економічна, професійна, медична.

Психологічна включає дослідження психофізіології, інтелектуально-мнестичних, особистісних особливостей і системи взаємин людини похилого віку з метою їх відновлення, підтримки й корекції. Також передбачається консультативна робота з рідними пацієнтів.

Конкретна форма психологічної реабілітації повинна визначатися особливостями особистості хворого, його віком, інтелектуальним рівнем, ступенем обізнаності про захворювання, оцінкою стану, ставленням до лікування, установками на майбутнє. Традиційно велика увага приділяється діагностиці та корекції пізнавальних процесів у літніх людей. Наприклад, розроблена програма групової *психологічної корекції пізнавальних процесів* включає заняття, спрямовані на покращення процесів пам'яті, уваги й мислення таких пацієнтів. Під час первинного діагностичного дослідження за допомогою простих запитань і експериментально-психологічних методик виявляється вихідний рівень психічних функцій. Потім проводяться власне корекційні заняття. Вони включають ритуал вітання, самооцінку настрою до й після заняття, вправи розминки, побудову логічних ланцюжків, асоціацій, перевірку домашнього завдання, обговорення заняття, ритуал прощання.

Оцінка ефективності занять проводиться за допомогою повторного експериментально-психологічного дослідження після завершення курсу тренінгів. Програма, окрім стабілізації і поліпшення пізнавальних функцій, покращує емоційний стан і самооцінку людей похилого віку, а також підвищує їх комунікабельність і соціальну адаптацію.

Соціально-економічна складова стосується аспектів зміни способу життя. Пацієнт повинен володіти інформацією про рівень можливих фізичних навантажень, харчування, вплив факторів ризику, необхідності долати шкідливі звички, прийом медикаментів тощо.

Професійна складова спрямована на відновлення виробничих навичок, порушених у результаті пошкодження чи захворювання,

втрати професійної працездатності – хворого необхідно підготувати до навчання за новою професією.

Медицина складова програми реабілітації є основною і становить комплекс лікувальних заходів, спрямованих на відновлення в пацієнта фізіологічних функцій і виявлення резервних можливостей його організму для подальшого забезпечення активності самостійного життя. Медична реабілітація здійснюється як засобами традиційної медицини, так і альтернативної. До останньої належать лікувальна фізкультура; фізіотерапія; трудотерапія та побутова реабілітація; дієтотерапія; фітотерапія; рефлексотерапія; мануальна терапія; аромотерапія; біорезонансна терапія; психотерапія і психокорекція.

Останнім часом набули широкого поширення такі спеціальні напрями: трудотерапія, гарденотерапія, арт-терапія тощо, спрямовані на подолання самотності, підвищення самооцінки людини похилого віку, створення умов для актуалізації її життєвого досвіду, визнання цінностей – для реалізації ним свого творчого потенціалу.

Психотерапія є видом міжособистісної взаємодії, за якої пацієнтові необхідна професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем або труднощів психологічного характеру. Психотерапія в геронтологічній практиці являє собою комплекс психотерапевтичних заходів, спрямованих на відновлення й активізацію тілесних, психічних і соціальних функцій, навичок і можливостей, а також на вирішення конкретних проблемних ситуацій, із якими пацієнт похилого віку не може впоратися самостійно. У геріатричних клініках і спеціальних закладах для людей похилого віку застосовуються переважно групові психотерапевтичні методи. Метою групової психотерапії осіб похилого віку є схиляння їх до соціального впливу, підвищення самооцінки, посилення незалежності, орієнтації на мінливу реальність.

Групові форми психотерапії можна вважати найбільш адекватним методом психологічної реабілітації. Групова психотерапія більше, ніж який-небудь інший метод психосоціального впливу, сприяє відновленню системи взаємин літніх пацієнтів із мікросоціальним оточенням, приведення ціннісних орієнтацій у відповідність зі способом життя. Можна виділити два види групових методів психотерапії в реабілітації:

1. Терапевтичні процедури, спрямовані на соціальну поведінку пацієнта, його комунікабельність, здатність до самореалізації, вирішення психологічних і подолання соціальних конфліктів.
2. Оптимальна організація соціальної структури колективу пацієнтів, що має в основі так звані середовищні групи: функціональні

групи, клуб пацієнтів тощо. Ці соціально-терапевтичні групи зорієнтовані на соціальну активацію пацієнтів і їх залучення до життя суспільства, сприяють тренуванню спілкування і прищеплюють пацієнтам навички адекватного поведінки. Вони забезпечують корегуючий соціальний клімат, що дозволяє заново пережити міжособистісні зв'язки.

Використовуються різні групові техніки: групова дискусія, музична терапія, танцювальна терапія, зображальна, психогімнастика та інші.

Психологічна корекція - це спрямований психологічний вплив на певні психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку й функціонування індивіда. Вона також є важливим психопрофілактичним інструментом.

До принципів психокорекційної роботи відносять:

- груповий підхід;
- покращення настрою;
- зменшення тривоги;
- підвищення самооцінки;
- можливість самореалізації;
- мотивація до соціальної активності;
- розкриття комунікативних здібностей;
- адаптація в актуальному стані.

Враховуючи психологічні особливості похилого та старечого віку, перевага надається груповим формам роботи.

Зупинимось на окремих видах роботи та вправах, які доцільно використовувати для надання психологічної допомоги людям похилого віку, але в кожному випадку необхідно здійснювати індивідуальний підхід до клієнта.

I. Робота з листами. Використовується в роботі з почуттям самотності, допомагає клієнту приймати і висловлювати значимі для нього думки й почуття (вправи «Про що я до цього мовчав», «Історія в листах»).

Вправа 1. «Про що я до цього мовчав». **Мета:** допомогти клієнту чітко побачити й заново продумати ті бажання та претензії, які до цього висловлювалися лише непрямым чином. **Інструкція:** «Як часто ми чинимо відповідно до девізу: «Слово – срібло, мовчання – золото!». Іноді ця стратегія буває ефективною, а іноді є кроком, який може зруйнувати стосунки. Оберіть ті з них, які Ви цінуєте й хочете бачити різноманітними й насиченими. Хто виступає в цих стосунках Вашим партнером: Ваш чоловік (дружина), дитина, колега, друзі, хтось інше? Чи можете Ви відважитись повідомити цій людині щось таке, що до цих пір залишалось невисловленим? Нерідко наше мовчання є, по суті, спробою

бути тактовним і делікатним. Однак у житті цінується ще і спонтанність, відкритість, чесність. Чи можете Ви зараз спромогтися написати комусь із значимих для Вас людей листа, у якому повідомите щось таке, що до цих пір з певних причин залишалось невисловленим? Для цього у Вас є 20 хвилин».

Вправа 2. «Історія в листах». **Мета:** упорядкування і структурування автобіографічного матеріалу, допомога клієнту в осмисленні важливих моментів життя, прояснення передумов різних життєвих поворотів, рішень, криз, усвідомлення їх сенсу. **Інструкція:** Розкажіть у декількох листах про своє життя або розкажіть в листі про такий епізод Вашого життя, до якого любите подумки повертатись. При цьому листи можна писати від імені різних авторів, звертаючись до різних адресатів, наприклад, до батька чи матері, дитини, кращого друга, керівника, підлеглого тощо. Для цього у Вас є одна година».

II. Робота із психосоматичними проблемами. Застосовується для визначення причин хвороби, з'ясування її значення для клієнта та виявлення вторинної користі (вправи «Визначення вторинної користі хвороби», «Визначення переваг хвороби»).

Вправа 1. «Визначення вторинної користі хвороби». **Мета:** допомогти усвідомити клієнту, що причиню його хвороби можуть бути ті переваги, які вона дає. **Інструкція:** «Візьміть аркуш паперу й напишіть п'ять головних переваг, які Вам дала найсерйозніша з усіх Ваших хвороб. Прогляньте складений список і подумайте, які потреби лежать в основі переваг, що надає Вам хвороба: послаблення стресу, любов і увагу, можливість вивільнити свою енергію тощо. Потім спробуйте визначити ті правила й уявлення (переконання, фіксовані ідеї), які заважають Вам задовольнити ці потреби, не вдаючись до хвороби».

Вправа 2. «Визначення переваг хвороби». **Мета:** допомогти клієнту усвідомити психологічні аспекти його хвороби. **Інструкція:** «Спробуйте самостійно і максимально відверто відповісти на запитання про Вашу хворобу, що ніби розгортають її психологічні аспекти у площину «значення і потреби».

1. Що хвороба означає для Вас?
2. Що означає позбутись хвороби?
3. Як хвороба допомагає Вам, які переваги й компенсації отримуєте від неї?
4. Як хвороба допомагає Вам почуватися в безпеці?
5. Яким чином хвороба дає Вам більше сил і впевненості?
6. Чого хвороба допомагає уникнути?

7. Яким чином хвороба надає Вам можливість отримувати більше уваги й любові?
8. Які почуття допомагає Вам висловити хвороба?
9. Яким Ви були до того, як з'явилась хвороба?
10. Що відбулось у Вашому житті, коли з'явилась хвороба?
11. Як усе змінилось після того, як з'явилась хвороба?
12. Що станеться, коли її не буде?
13. Після того, як хвороба щезне, яким буде Ваше життя через рік (за 5, 10, 20 років).?
14. У кого ще була Ваша хвороба чи є зараз?

III. Робота зі спогадами. Використовується для мотивування життєвої активності людини, формування в неї толерантного ставлення до старіння й невідворотності смерті. Спогади дають можливість людині усвідомити, як минуле визначило сьогодні та продовжує впливати на людину, дозволяє пережити особистісний досвід як значимий і яскравий (вправи «Я і мій життєвий шлях», «Похвальне слово самому собі», «Рівень щастя» тощо).

Допомогти людині підвести підсумки прожитого можна з допомогою вправи «*Похвальне слово самому собі*» (Дж. Рейнуотер), яке краще проводити в групі, але, можливо, індивідуально. **Мета:** допомогти клієнту усвідомити важливе і цінне, що він вже здійснив. **Інструкція:** «Протягом 10 хв. з закритими очима згадайте своє життя. Почніть із найбільш ранніх дитячих спогадів. Згадайте кожне Ваше досягнення, кожну заслугу, кожну справу, якою Ви можете пишатися. Відмовтеся від будь-яких скромних чи занижуючих Ваші достоїнства зауважень (наприклад, у фразі: «У школі я був першим у класі. Правда, у ньому було всього десять осіб» - відкиньте друге речення й залиште тільки перше). Зверніть особливу увагу на ті події, які без Вашої участі були б абсолютно інакшими (наприклад, випадок, коли Ви виступили і захистили товариша, або якщо Ви запізнилися на призначену зустріч, бо допомагали дитині дістатися до будинку). І не забудьте вчинки, які комусь можуть здатися простими, але для вас були складними (наприклад, коли Ви виступили проти хулігана, хоча у Вас і тремтіли коліна, або той випадок, коли Ви, людина не дуже здібна до мов, вирішили покращити Вашу французьку й досягли успіху в цьому)».

Часто проблемою людей похилого віку є відсутність радості від життя сьогодні, страх перед майбутнім, відсутність життєвої перспективи. Тут також можна як відправну точку використовувати вправу «*Рівень щастя*» (Дж. Рейнуотер). **Мета:** допомога клієнту в усвідомленні існуючих джерел радості, яких він не помічає, розкриття того, що щастя – це стан душі, і воно не визначається негайним

задоволенням усіх бажань або рівнем матеріального добробуту. *Інструкція:* «Складіть список всього, за що Ви можете бути вдячні долі в цей момент. Прослідкуйте, щоб Вашого списку було внесено все варте подяки: сонячний день, заощадження, власне здоров'я, здоров'я членів сім'ї, житло, їжа, краса, любов, мир». Якщо робота з підведення підсумків і знаходження джерел радості, щастя проведена досить ретельно, можна перейти до пошуку нових можливостей. Тут потрібна тонкість консультанта в розумінні індивідуальних особливостей клієнта, тому важко давати універсальні рекомендації. Як один із можливих варіантів можна запропонувати *обговорення казки, складеної М. Чибісовою:* «Жив-був молодий і сильний Бог. Здавалося, не було нічого, що йому не під силу: якщо вже він брався за справу, то гори вергав, супроводжуючи свою роботу громом і блискавками. Бігав він швидко, говорив голосно, йому нічого не варто було не спати вночі чи підняти важкий камінь. Грошей у нього було багато, а планів – ще більше. Він збирався в один прекрасний день перебудувати весь світ заново. Наявність інших Богів зовсім не заважала йому періодично піднімати голос. Якщо йому заважали річки, він їх просто повертав, а якщо гори – руйнував, і його не дуже турбувало, куди летять уламки. Жив він так довго і радісно, поки в один прекрасний день (саме тоді він збирався поглянути на перебудований світ) не прокинувся зі страшним головним болем. А коли він захотів, як зазвичай, зрушити гору, це чомусь не вийшло. Тоді він виліз на вершину гори й замислився. Перед ним лежав той світ, який він прагнув змінити. А що він побачив? Подекуди зруйновані гори, річки змінили течію, усе інше було як і раніше.

Із важким серцем Бог повертався додому. «Невже я невдаха? Невже я зовсім ні на що не здатний?», - думав він. Із кожним днем він ставав усе похмурішим і похмурішим. Йому ставало важко швидко бігати, а одного разу вранці він знайшов у себе кілька сивих волосин. А навколо метушилися молоді Боги, повні честолюбних планів. І тоді бог вирішив поїхати кудись далеко-далеко. «Шкода, що Боги безсмертні», - думав він, - «робити мені нічого в цьому житті». З цими словами він піднявся в повітря й полетів, куди очі дивляться. По дорозі його поглинули похмурі думки й він не відразу помітив, куди потрапив. Навколо нього не було жодної зірки, тільки суцільний морок. Не було чути ні звуку, і скільки б Бог не нишпорив навколо себе руками, він нічого не знайшов. Він зрозумів, що потрапив туди, де закінчується світ і починається хаос. Це було саме те місце, де він міг спокійно віддаватися сумним роздумам. Здавалося б, все склалося як треба, але дуже скоро Богу захотілося побачити хоча б промінчик світла, та оскільки не пересувати, ні руйнувати йому було нічого, треба було діяти інакше. Тоді він згадав

про свої можливості (все-таки, він був Богом) і створив зірку. Вона яскраво загорілася, морок зник. Бог заплодував сам собі й подумав: «Треба ж, у мені стільки сил! Я навіть не підозрював, що я вмію робити такі речі». І негайно створив кілька планет, які тут же завертілися своїми орбітами.

Бог подивився навколо й замислився. Тепер він повинен був відповідати за те, що створив. Він ніби заново народився, йому вже не хотілося робити глобальні катастрофи, він діяв виважено й мудро.

Через деякий час його новий світ здався порожнім, і тоді на кожній планеті він створив життя. Тепер вже не руйнував гори й не пересував річки, дбав про свої творіння. Створені ним істоти розвивалися, і серце Бога наповнювалося гордістю.

«Так, - думав він, - як добре, що все склалося саме так. Ось у чому справжнє щастя - бути творцем і нести відповідальність за те, що створив». Іноді він згадував своє минуле життя, але йому не хотілося б повернутися туди. У нього був світ, який потребував мудрого, доброго і справедливого творця».

Використання казок у терапевтичному процесі підводить людину до усвідомлення своєї внутрішньої сутності, цілісності і неповторності, до відчуття гармонії із собою і світом. Казка містить у метафоричному вигляді інформацію про внутрішній світ людини. Важлива ознака казки - це орієнтація на майбутнє, розкриття життєвих перспектив.

Арт-терапія визначається, як терапія мистецтвом і творчим самовираженням. Термін «терапія мистецтвом» вперше був використаний А. Хіллом у 1938 році в роботі з хворими на туберкульоз.

Етимологія терміна «арт-терапія» має деяку двозначність при його використанні. Існує думка, що арт-терапія включає в себе всі види творчості, у тому числі музикотерапію, драматерапію, терапію танцем тощо. Ця точка зору заснована, імовірно, на співзвуччі означеного терміна зі словом «артистизм». В англomовних країнах слово «art» означає насамперед візуальні мистецтва: живопис, графіку, фотографію, скульптуру, дизайн або такі форми творчості, де візуальний канал комунікації відіграє провідну роль. У вітчизняній літературі можна зустріти термін «зображальна терапія» чи «художня терапія». Вони не тотожні англomовному оригіналу й дещо звужують його сенс. Найбільш близьким до англomовного було б таке визначення: «арт-терапія - це метод психотерапії, який припускає використання клієнтом різних форм образотворчої діяльності з метою висловлення його психічного стану».

Арт-терапія в роботі з літніми може сприяти вирішенню таких завдань.

1. Дати соціально прийнятний вихід агресивності й іншим негативним почуттям.
2. Полегшити процес лікування. Неусвідомлювані внутрішні конфлікти й переживання часто легше висловити за допомогою зорових образів, аніж у процесі вербальної психотерапії.
3. Отримати матеріал для інтерпретацій і діагностичних висновків. Продукти художньої творчості довговічні, і пацієнт не може заперечувати факт їх існування. Зміст і стиль художніх робіт дають терапевтам достатньо інформації про пацієнта, який сам може допомагати в інтерпретації власних творів.
4. Опрацювати думки й почуття, які пацієнт звик придушувати. Іноді невербальні засоби є єдино можливими для вираження і прояснення сильних переживань і переконань.
5. Налагодити стосунки між терапевтом і пацієнтом. Спільна участь у художній діяльності може сприяти формуванню емпатійних відносин і взаємного прийняття.
6. Розвинути почуття внутрішнього контролю.
7. Сконцентрувати увагу на відчуттях і почуттях. Заняття образотворчим мистецтвом створюють широкі можливості для експериментування з кінестетичними й зоровими відчуттями та розвитку здатності до їх сприйняття.
8. Розвинути художні здібності й підвищити самооцінку. Одним із продуктів арттерапії є відчуття задоволення, яке виникає в результаті виявлення прихованих талантів та їх розвитку.
9. Відчуття радості незалежно від того, чи залишається ця радість у глибинах підсвідомості, чи є результатом усвідомлення можливості розважитися.

Форми арттерапії. Групова арттерапія має ряд переваг: вона дозволяє працювати з більш широким колом клієнтів, є більш «економною». М. Лібман зазначає, що групова арттерапія дозволяє розвивати цінні соціальні навички; вона пов'язана з наданням взаємної підтримки членами групи й дозволяє вирішувати загальні проблеми, дає можливість спостерігати результати власних дій та їх вплив на оточуючих; дозволяє опанувати нові ролі й виявляти латентні якості особистості, а також спостерігати, як модифікація рольової поведінки впливає на взаємини із оточуючими, підвищує самооцінку і призводить до зміцнення особистої ідентичності; розвиває навички прийняття рішень.

Студійна відкрита група – та що, не має постійного складу й на будь-якому етапі до неї можуть приєднуватися нові учасники. Студійною ця група називається тому, що умови її роботи чимось нагадують художню

студію. Робота відкритих студійних груп певною мірою нагадує іноді терапію зайнятістю чи індустріальну терапію, особливо в тих випадках, коли вона пов'язана із виготовленням виробів художніх промислів і включає інший «виробничий» елемент.

Аналітична закрита група зорієнтована на роботу з несвідомими психічними процесами її учасників. Протягом усього часу роботи її склад залишається постійним й поєднує як образотворчу діяльність учасників, так і вербальну комунікацію. Вербальний компонент може варіюватися в широкому діапазоні: від спонтанних висловлювань, які коментують образотворчий процес, до групової дискусії. Групові аналітичні сесії надзвичайно динамічні й містять на різних стадіях то глибоке занурення учасників у самотійну роботу, то їх включення до колективного обговорення. Аналітична закрита група розрахована переважно на роботу з пацієнтами, що мають граничні психічні розлади, або з особами, що не мають клінічних порушень, однак відчувають певні психологічні чи соціальні проблеми. Аналітичні групи можуть використовуватися в роботі з сім'ями, різними малими спільнотами людей, об'єднаними за певною ознакою, у роботі із правопорушниками, а в ряді випадків - із особами, що проходять лікування від алкогольної чи наркотичної залежності й іншими категоріями клієнтів.

Тематично-орієнтована група, у порівнянні зі студійною та аналітичною групами, передбачає значний ступінь структурованості. Це досягається за рахунок використання певних тем, які зачіпають загальні інтереси та проблеми учасників. У більшості випадків тематично-орієнтовані групи є напіввідкритими. Окремі учасники можуть залишати групу на певному етапі, до неї в будь-який момент можуть приєднуватися нові учасники. Це можливо, оскільки робота тематично-орієнтованої групи не має тієї динаміки, яка властива аналітичною. Як правило, тематично-орієнтована група працює нетривалий час, орієнтуючись на певні аспекти досвіду її учасників та вирішення більш-менш конкретних завдань. Цю групу характеризує також те, що вона надає значення як соціальним факторам, що впливають на роботу її учасників, так і дії внутрішніх зцілювальних факторів, пов'язаних із несвідомими психічними процесами і креативністю.

Специфічними завданнями арт-терапії в роботі з людьми похилого віку є подолання соціальної ізоляції, підвищення самооцінки людини похилого віку, створення умов для актуалізації її життєвого досвіду, визнання цінностей, реалізація її творчого потенціалу, розуміння внутрішньоособистісних конфліктів. Літні люди в більшості випадків

мають соматичні захворювання, а тому потребують попередньої оцінки фізичного стану. Арт-терапевтична робота з ними має вибудоватися по-різному, однак віддавати перевагу бажано груповим формам. Працювати в арт-терапевтичній групі з літніми людьми складно, оскільки вони відчують труднощі у вербалізації думок і почуттів. Багато хто не може відрізнити думку від почуття, вважаючи, що це одне й теж. Хтось відчуває страх перед публічним виступом, обов'язково чекає оцінок, переживає почуття сорому, турбуючись про те, що не вміє малювати. Іноді буває складно зламати стереотипи, що склалися, і переконати пацієнтів займатися чимось новим для них. Проте багато хто і не підозрює про приховані творчі здібності.

Ізо-терапія (наприклад, техніки «Про що мої закарлючки?», «Я-реальне, Я-ідеальне», «Лінія життя», «Ландшафт моєї душі», «Дім, у якому мене добре», «Мандала», «Я й моя хвороба» тощо) є потужним засобом самопізнання, допомагає збалансувати емоційні стани, пережити руйнівний досвід, мотивує життєву активність літніх людей, полегшує адаптацію до суспільного життя, відкриває можливості самоактуалізації через вільне самовираження й самопізнання.

Групова ізо-терапія (наприклад, техніки «Малюнок по колу», «Острів мого майбутнього», «Карта моїх цілей» тощо) більш поширена, ніж індивідуальна, оскільки дає можливість кожному учаснику групи ясніше усвідомлювати себе через порівняння з іншими, а також дозволяє надавати підтримку один одному, сприяє формуванню толерантного ставлення до інших, допомагає розширити часові перспективи.

Фото-терапія (наприклад, техніка «Сімейний альбом», «Світ дитинства», «Найкраще в житті» тощо) дає можливість усвідомити вплив минулого на все життя людини, дозволяє виявити роль певних подій або осіб, що були емоційно насиченими та значимими, або визначити переломні ситуації, що позначилися на всій біографії людини. Більшість людей похилого віку із задоволенням пригадує власне дитинство, хоча в багатьох воно було складним, батьків і родичів, роки молодості. В уявленні літньої людини поступово вишиковується ланцюжок відчуттів, кожне з яких в певній формі є відчуттям власної потрібності комусь, значимості, необхідності й корисності.

Д. Краусс, порівнюючи ізо- та фото-терапію, зазначає, що обидва типи використовують проєкції, символічні репрезентації внутрішньої реальності. Обидва дають людині можливість за допомогою зображень творити, переживати новий досвід, усвідомлювати себе.

Арт-терапія може проводитися в соціальних центрах, центрах психічного здоров'я чи стаціонарах денного перебування, інтернатах та інших соціальних установах.

Поведінкова терапія. Поведінкова терапія використовує принципи навчання для зміни поведінки. В її основі лежить психологічна модель соціального навчання. Г. Т. Уїлсон виділяє в зв'язку з цим такі положення:

1. Багато випадків патологічної поведінки (з точки зору поведінкової терапії) являють собою непатологічні «проблеми життя». До них відносяться насамперед тривожні реакції, сексуальні відхилення, розлади поведінки.

2. Патологічна поведінка є переважно набутою й підтримується тими ж способами, що й нормальна поведінка.

3. Поведінкова діагностика зосереджена переважно на детермінантах поведінки, ніж на аналізі минулого життя. Людину можна краще зрозуміти, описати й оцінити за тим, що вона робить у конкретній ситуації.

4. Терапія вимагає попереднього аналізу проблеми, виділення її окремих компонентів.

5. Стратегії терапії розробляються індивідуально до різних проблем різних індивідів.

6. Розуміння походження психологічної проблеми несуттєве для здійснення поведінкових змін; успіх у зміні поведінки не означає знання його етіології.

Поведінкова терапія заснована на науковому підході. Це означає, що вона відштовхується від чіткої концептуальної основи, яка може бути перевірена експериментально; терапія узгоджується зі змістом і методом експериментально-клінічної психології; використовувані технології можна описати з достатньою точністю для того, щоб виміряти їх об'єктивно або повторити; терапевтичні методи та концепції можна оцінити експериментально. Поведінкова терапія прагне, щоб зрештою пацієнт набув так званого «корективного досвіду навчання», який передбачає формування нових стратегій оволодіння й підвищення комунікативної компетентності, подолання дізадаптивних стереотипів і деструктивних емоційних конфліктів.

Групова форма поведінкової терапії найбільш ефективна для застосування в геріатричній практиці, вона об'єднала два підходи. Перший спрямовано на вивчення міжособистісних взаємодій, закономірностей соціальних процесів, особливостей формування й розвитку людських взаємин. Другий звернено до людської індивідуальності та спрямовано на зміни, що відбуваються з особистістю і призводять до її самоусвідомлення й розвитку. Е. Шейн і У. Бенніс відзначають, що цілі групової роботи зазвичай містять такі аспекти:

1. Розвиток самопізнання за рахунок зниження бар'єрів психологічного захисту й усунення нещирості на особистісному рівні.
2. Розуміння умов, що ускладнюють або полегшують функціонування групи.
3. Розуміння міжособистісних відносин у групі для більш ефективної взаємодії.
4. Оволодіння вміннями діагностики індивідуальних, групових і організаційних проблем, наприклад, вирішення конфліктних ситуацій в групі та зміцнення групової згуртованості.

Одну з важливих ролей у роботі групи відіграє зворотній зв'язок, тобто отримання інформації від оточуючих про те, як вони сприймають нашу поведінку. Це часто відкриває людині те, що вислизає від його свідомості, але очевидне для оточуючих. Зворотній зв'язок дозволяє учасникам групи коригувати неадекватний образ дій і виробляти більш оптимальну стратегію поведінки. Учасники групи отримують від ведучого необхідну психологічну інформацію й набувають такі навички успішного спілкування, як опис поведінки, комунікацію почуттів, активне слухання й конфронтацію.

Учасники набувають цінних комунікативних умінь, досвіду аналізу міжособистісних взаємин і групової динаміки. Вони починають краще усвідомлювати власні й чужі потреби, розширюють діапазон власних поведінкових можливостей, стають більш підготовленими до вирішення життєвих проблем, виробляють адекватну самооцінку й легше сприймають почуття інших. При роботі в груповій поведінковій терапії слід звернути увагу на наступні стадії розвитку групи: знайомство учасників групи один з одним і тренером; стадія агресії; стадія стійкої працездатності; стадія розпаду групи.

Метод оповідання історій все більше поширюється у психотерапії. Як зазначають Е. С. Калмикова та Е. Мергенталер, у процесі індивідуальної психотерапії відбувається осмислення й переробка особистої історії клієнта через діалог із психотерапевтом. У результаті у клієнта поступово виникає нове бачення цієї історії – причому не лише в інтелектуальному, а й у емоційному плані. Завдяки цьому і здійснюються зміни в психотерапії: клієнт стає більш цілісним, здатним позитивно сприймати власне життя й самого себе.

Наратив – розповідь суб'єкта (у письмовій або усній формі) про найважливіші події із власного життя на певному відрізку часу, які відтворюють світосприймання та ставлення людини до дійсності. Мета наративу – суб'єктивація світу: осмислення й перероблення особистої історії. Він виконує комунікативну, діагностичну й корекційну функції та спрямований на усвідомлення впливу минулого на все життя

людини, нове бачення власної історії як в інтелектуальному, так і в емоційному плані. Оповідання в формі наративу може стати особливо багатим джерелом знання про життєві сенси людини похилого віку. За концепцією Л. Полані, будь-яка розповідь унікальна тому, що її автор в процесі оповіді неминуче презентує певний погляд на світ, пропонуючи слухачеві приймати та поділяти його.

Засновник наративної психотерапії М. Уайт стверджував, що досягти терапевтичного ефекту клієнт може, побудувавши нові наративи, які перетечуть у більш вільне від інтроектів майбутнє. Наративна терапія визнається оптимальною для людей похилого віку, оскільки дозволяє працювати зі спогадами. Основним лейтмотивом тут виступає уявлення, що реконструйовувати світ і своє життя ніколи не пізно. Тільки тут клієнт володіє привілейованою авторською позицією щодо пріоритетів власного життя. Життєва історія (наратив) завжди непостійна й незавершена, а тому дозволяє творити життєву перспективу навіть на схилі літ.

До інтерпретації текстів (наративів) сформувалося два підходи: структуралістський і постструктуралістський. Перший передбачає погляд на особисту історію як на послідовну й завершену із наявною системою подій, що логічно чи хронологічно впорядковані, з оцінкою найбільш значимих подій та афективного ставлення до них оповідача. У такому випадку наратив висвітлює загальну життєву концепцію оповідача, а тому може виступати лише методом збору біографічної інформації. Для переосмислення пройденого життєвого шляху й досягнення психотерапевтичної функції в каузометрії (біографічний метод, призначений для дослідження суб'єктивної картини життєвого шляху і психологічного часу особистості) актуалізується другий – постструктуралістський підхід, що розглядає свідомість як розімкнену, хаотичну суміш бажань, прагнень, яка ніколи не є завершеною, ригідною й завжди залежна від контексту (культури, суспільства або діалогічної взаємодії). З метою психокорекції життєвої перспективи людей похилого віку в межах каузометрії проводяться психопрофілактичні бесіди для визначення й вербалізації мети життєвої перспективи. Осмислення ціннісної сфери людиною на певному етапі особистісного розвитку й пошук сенсів у майбутньому, кристалізує бажання продовжувати повноцінне життя. Якщо людина налаштовує себе на довге продуктивне життя, інволюційні процеси сприймаються більш гармонійно.

У рамках концепції Н. В. Чепелевої розроблені основні принципи побудови наративного тренінгу. Акцент у його організації ставиться на підвищення ступеня саморозкриття, само розуміння й самоприйняття

особистості. На наративному тренінгу головна роль відводиться похилій людині. Зовні це непомітна, але значна мислиннева робота, де відбувається перегляд власних можливостей і нового статусу. Стрижнем цієї роботи є формування ставлення до старіння і власного досвіду, який неможливо виправити, однак можна враховувати його, робити плани на майбутнє. З цією метою використовують наратив як засіб саморозвитку особистості, де здобувається такий досвід, що раніше не сприймався літніми людьми. Основу психотерапевтичного впливу М. Ф. Шахматов вбачає в тому, щоб спонукати людину думати більше, засвоїти більше понять і уявлень.

За допомогою наративу відбувається переосмислення минулого, виникає рефлексія, складається узагальнене ставлення до життя, розширюється цілісно-смисловий простір особистості, будується єдина життєва лінія та виявляються протиріччя між нею і життєвими обставинами, виникає спрямованість на цілі, пов'язані з недалеким майбутнім. Побудова нового образу життя потребує від людини значних сил, адаптивних можливостей, інтелектуальних зусиль, мотивації досягнень, пошуку нових смислових цінностей.

К. Фопель запропонував використовувати методику «Книга життя» для людей похилого віку, і це надає можливість визначити найбільш значимі для особистості події, які вплинули та життя, підвести стару людину до сприйняття й усвідомлення цих моментів з іншої точки зору, наче збоку, окреслити її майбутнє. Робота над «книгою власного життя» дає людині можливість згадати взаємини з батьками; товаришами по навчанню, колегами по роботі; народження та дорослішання дітей; зроблені за все життя справи. Об'єктивну реальність людина відображає суб'єктивно, відповідно до власних моделей мислення та свідомості; сприймає епізоди життя через призму власної особистості, по-своєму їх інтерпретує, розставляє акценти згідно зі своїм світовідчуттям, почуттями, життєвою ситуацією.

Використання наративних психотехнологій зазвичай викликає труднощі, оскільки українські літні люди мають скептичне ставлення до психотерапії, бо внаслідок сильного впливу радянських стереотипів не мають потреби й навичок саморефлексії.

Трудотерапія – активний метод відновлення й компенсації порушених функцій за допомогою різної роботи, спрямованої на створення корисного продукту. Трудові рухи й операції стимулюють фізіологічні процеси, викликають гармонійну роботу основних систем пацієнта, мобілізують його волю, дисциплінують, покращують концентрацію уваги, підвищують настрій, звільняють від думок про

хворобу, стимулюють психічну активність, спрямовуючи її в русло предметної, осмисленої, результативної діяльності, що дає задоволення.

У реабілітаційній роботі з людьми похилого використовується кілька варіантів трудотерапії, які розрізняються за основними завданнями, засобами й методами здійснення.

Загальнозміцнювальна (тонізувальна) є засобом підвищення загального життєвого тону літньої людини, що створює психологічні передумови для реадаптації.

Побутова реабілітація (навчання самообслуговування). Цей вид трудової терапії доцільно починати якомога раніше, оскільки її мета – усунення безпорадності старої людини. Вона проводиться з пацієнтами, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, ускладнене парезами різного ступеня тяжкості, і з пацієнтами, що страждають на старече недоумство.

Відновлювальна (функціональна). Мета – вплив на пошкоджену частину тіла, орган або систему для відновлення порушеної патологічним процесом функції через відповідно дібрані види трудової діяльності.

Розважальна (терапія зайнятостю). Її мета – зменшення вираженості обтяжливих факторів, обумовлених вимушеним тривалим перебуванням в обмеженому просторі. Може мати як розважальний, так і пізнавальний характер; будується з урахуванням індивідуальних інтересів і схильностей пацієнтів.

Професійна. Спрямована на відновлення виробничих навичок або підготовку (навчання) до опанування нової професії. Заняття з формування навичок роботи на комп'ютері, тренінги різних психологічних навичок – усе це відображається в середовищі людей, які вже вийшли на пенсію, але ще зберегли фізичні й емоційні сили, створюючи середовище спілкування однолітків, сприяючи підтримці активності, а часто – і розвитку раніше нерозкритих талантів і здібностей.

Ігрова терапія – це комплекс реабілітаційних ігрових методик. Нерідко вона розглядається як засіб розкріпачення патологічних психічних станів людини. Будучи унікальним засобом комплексної реабілітації, ця технологія може виконувати функції соціалізації, розвитку, виховання, адаптації, релаксації, рекреації тощо. При цьому травмуючі життєві обставини переживаються в умовних, ослаблених формах. Ігротерапія допомагає випробувати певні типи поведінки, виділивши найбільш доцільні для конкретної особистості в певній життєвій ситуації. Саме рольова поведінка відображає психологічний стан і функціональні тенденції людини.

До видів спрямованої ігротерапії належать:

- пізнавальні та розвивальні ігри;
- настільні та комп'ютерні ігри;
- конкурси;
- турніри, змагання;
- рухливі ігри.

Будь-яка гра може бути адаптована до можливостей осіб похилого шляхом коригування відповідного ігрового елемента (полегшення умов гри, скорочення числа учасників, часу проведення тощо). Участь людини у грі формує й закріплює стійку установку на раціональне змістовне цілеспрямоване використання вільного часу. Доцільність використання гри в роботі з людьми похилого обумовлена тим, що цей вид діяльності і спілкування є найбільш прийнятним для будь-якого віку, де людина може вільно виражати себе, звільнитися від напруги й розчарування повсякденним життям, випробувати себе в конкретній соціальній ролі, встановити спілкування, оволодіти соціальними навичками тощо.

Дозвілля розглядається як один з важливих засобів реалізації можливостей людини, як самоцінна суспільна сфера, спрямована на відновлення й розвиток фізичних, психоемоційних, інтелектуальних сил людини, самореалізацію її потенціалу, задоволення різноманітних потреб. Першим, хто визначив компенсаційну функцію дозвілля й дозвіллевої діяльності, функцію суб'єктивної свободи проти вторгнення соціального оточення, був Д. Рісмен. На його думку, вільний час надає зовнішньо детермінованому типу можливість повернутися до самого себе, стає джерелом його індивідуалізації й автономізації. Багато західних дослідників розглядає вільний час як засіб компенсації дійсності. До них належать французькі теоретики сюрреалізму (Ж. Батай, Р. Кейса), неофрейдисти (В. Райх, Е. Фромм, Г. Маркузе), американські соціологи (Е. Мейо, М. Мід, М. Ловенштейн), сучасні французькі соціологи (Ж. Дюмазедьє, А. Турен, А. Моль, А. Лефевр).

З виходом на пенсію різко знижується рівень доходів, зменшуються фізичні та духовні сили, а вільного часу стає більше (близько 8 годин на день). Утім, несприятливі умови і низька якість життя в сукупності з низькими доходами змушують пенсіонерів турбуватися насамперед про задоволення повсякденних потреб, а духовні й культурні відсуваються на другий план. Усе це значною мірою обумовлює незадоволення життям. Проте накопичений досвід, професійна майстерність посилюють усвідомлення власної суспільної значимості, потребу визнання, високого статусу, поваги з боку оточуючих, допомагає за

певних умов зберегти віру у власні сили, наповнюють життя змістом і сенсом. Дослідження показують, що потреби «молодих пенсіонерів» мало чим відрізняються від потреб працюючого населення. Дозвілліві потреби тісно переплітаються з основними групами інших потреб, як-от: фізичними, соціальними й інтелектуальними. Ступінь активності може залежати від близькості об'єктів культури та спілкування.

Проблема дозвілля в багатьох літніх людей виникає, коли рівень мінімального матеріального стану є вже досягнутим. Хоча опитування показали, що, наприклад, 95% французьких пенсіонерів вважає, що вміють розпорядитись вільним часом всупереч браку матеріальних коштів.

Такі функції культурно-дозвіллевої діяльності як розвивальна, інформаційно-просвітницька, комунікативна, культурно-творча, рекреаційно-оздоровлювальна зберігають свою актуальність в змісті культурно-дозвіллевих програм для людей похилого віку. Однак дослідники фіксують той факт, що культурно-дозвіллевий потенціал пенсіонерів перевищує їх дозвіллеву кваліфікацію. Вибір видів активності неоднаковий і визначається соціальною належністю, рівнем культури, зручністю розташування закладів культури та багатьма іншими факторами. У процесі дозвіллевого залучення людей похилого віку до духовних цінностей відбувається цілеспрямований розвиток основних особистісних потенціалів: пізнавального, ціннісно-орієнтаційного, творчого, комунікативного. Особливе місце в дозвіллевих уподобаннях людей «третього віку» посідає телебачення. Найбільший інтерес у них викликають художні фільми. Телебачення відкриває доступ не тільки до видовищних видів мистецтва, а й до різноманітних джерел інформації та знань. А широке використання в діяльності засобів масової комунікації «зворотнього зв'язку» (наявності великої кількості «контактних телефонів», що працюють у прямому ефірі тощо) роблять людину активним учасником поточних подій, залучають її до обговорення певних проблем, створюють атмосферу довіри і «включеності». Хоча, певною мірою, це є тривалим спілкуванням із штучним середовищем. Проте тривалість перегляду телепередач серед пенсіонерів становить 21 год. на тиждень. Але домашня матеріальна база не вичерпується лише технічними засобами масової інформації. Вдома є всі можливості проводити вільний час за рахунок занять хоббі, художньою і прикладною творчістю, сумісних сімейних ігор, свят, соціально значущого спілкування. Сьогодні є можливість для комплектування особистих бібліотек і фонотек, домашніх кінотеатрів, придбання спортивного інвентарю та іншого дозвіллевого «обладнання». У цілому специфіка домашньої

матеріальної бази дозвілля обумовлюється наступними факторами: по-перше, рівнем матеріальної забезпеченості, яка вимірюється величиною прибутку, що припадає на одного члена сім'ї, величиною прибутку, який визначається в бюджеті сім'ї на культурні потреби, життєвим і майновим станом; по-друге, суб'єктивними особливостями сім'ї: її складом, віком, станом здоров'я, освітньо-кваліфікаційним рівнем, інтересами, ціннісними орієнтаціями й дозвілєвими перевагами кожного члена родини, сімейними традиціями, характером міжособистісних взаємин тощо. Відмінності у практичній дозвілєвій діяльності виявляються за ознакою статі. Так, наприклад, майстрування, будівничі роботи, садівництво практикуються переважно чоловіками; а шиття, плетіння, гаптування, кулінарія, як правило, – сфера жіночого дозвілля. Учені підраховували: людина на дозвіллі може обрати собі предметну діяльність із 600 видів, типів і форм.

Спеціалісти галузі «терапія рекреацією» визнають, зокрема, що одним із засобів терапії може стати перебування в колі найбільш пам'ятних предметів (речей), реліквій. Особливі речі та майно з їх символічним значенням та асоціаціями можуть допомогти старим людям пристосуватись до нового оточуючого середовища, полегшити адаптацію, забезпечити комфортність перебування, почуття належності й цілісність інтегрованої особистості. Виділяють загальні та особистісно-характерні категорії значень, які мають відношення до особливого майна. Часто літні люди ідентифікують себе з дорогими для них речами та майном (фотографіями, виробами релігійного характеру, коштовностями, меблями, зразками візуального мистецтва тощо). Досвід вивчення проблем старих людей, які проживають в будинках-інтернатах, свідчить про більш високе задоволення життям у тих, хто зберігає деякі предмети і речі. Так, у центрах опіки США вже стало традицією створювати спеціальні виставкові вітрини в кімнатах активного відпочинку, де особливі речі є доступними для огляду і в той же час надійно захищені. Вони використовуються під час спільної діяльності людей похилого віку, їх активного відпочинку, а також для оцінки цього досвіду.

Гарденотерапія – особливий напрямок психосоціальної, професійної реабілітації за допомогою залучення до роботи з рослинами. Практика показує, що літні люди із задоволенням вирощують рослини й доглядають за ними. Особливий емоційний настрій, пов'язаний із виконанням необхідної роботи, психічно заспокоює. Цей вид діяльності має яскраво виражену психотерапевтичну спрямованість, що дозволяє використовувати його при корекції поведінкових і емоційних розладів у відновлювальному

періоді після перенесених захворювань для покращення психоемоційного стану людей з патологією певних органів і систем. Гарденотерапію можна застосовувати спільно з елементами інших технологій: музико-, ізо-, бібліо-, фото-, дизайн-терапії, орігамі.

Релаксація – стан неспанння, що характеризується зниженням психофізіологічної активності, яке відчувається чи в усьому організмі, чи в будь-якій його системі. Клінічне застосування релаксаційних методик виявляється досить корисним при лікуванні надмірного стресу і його клінічних проявів. Оволодіння пацієнтом загальними навичками має терапевтичне значення. Практика релаксації може викликати на певний час, «трофотропний стан», що характеризується загальним зниженням психофізіологічної активності – гіпометаболічним станом неспанння. Цей стан загальної релаксації опосередковано парасимпатичною нервовою системою. Така глибока релаксація має терапевтичний ефект. Із фізіологічної точки зору вона є повною протилежністю симпатичній стресовій реакції та сприяє відновленню психофізіологічного функціонування організму. Постійне практичне застосування релаксаційних методик може сприяти зменшенню загальної тривожності. На клінічному рівні це означає зниження схильності відчувати надмірне психологічне й фізіологічне збудження у стресових ситуаціях. Можливі зрушення в структурі особистості пацієнта спрямовані в бік позитивного психологічного здоров'я. Найпомітнішими з цих змін є зміщення в напрямі до внутрішнього локусу контролю поведінки, розвиток більш адекватної самооцінки. Програма реабілітації за допомогою релаксаційних методик включає дихальні вправи, техніки візуалізації, релаксаційний сон.

Ароматерапія - застосування натуральних ефірних олій з лікувальною та профілактичною метою. Ефірні олії – запашні легколетючі речовини, які добувають із коріння, листя, фруктів, квітів. Проникаючи до клітин організму, ефірні масла змушують її «згадати», як вона функціонувала, будучи здоровою, у результаті чого клітина самовідновлюється. Вибір масла обумовлений спектром його дії. При використанні суміші обираються олії з односпрямованою дією, що потенціюють одна одну.

Лікувальна фізкультура посідає центральне місце в фізичній реабілітації літніх людей як найбільш біологічно обґрунтований метод лікування. *Лікувальна фізична культура (ЛФК)* – один із найважливіших елементів сучасного комплексного лікування, під яким розуміють індивідуально дібраний комплекс методів і засобів для лікування захворювань і ушкоджень, попередження їх загострень і ускладнень, відновлення здоров'я та працездатності. ЛФК розширює зв'язок людини

з навколишнім природним середовищем, сприяє підвищенню захисних сил організму, відновленню його функцій, покращенню психічного стану людини. ЛФК зменшує негативний вплив вимушеного спокою, підвищує тонус і активізує діяльність організму, мобілізує його захисні й компенсаторні реакції, попереджує ускладнення, відновлює й розширює функціональні можливості організму, наближає функціональне одужання, скорочує терміни лікування.

Основним засобом ЛФК є *фізичні вправи* – стимулятор життєвих функцій всього організму, тому її можна назвати методом патогенетичної терапії, активної функціональної терапії та методом підтримувальної терапії. Систематичне використання спеціально підібраних дозованих фізичних навантажень стимулює, тренує, підвищує функціональні можливості як окремих систем, так і всього організму, сприяє удосконаленню їх морфологічних структур, є високоефективним засобом попередження рецидивів різних захворювань. Використання ЛФК вимагає активної участі людини в процесі лікування.

Старіння запобігти не можна, однак уповільнити темпи його проявів, зробити життя людини похилого віку активним можливо. Доведено, що недостатність м'язової діяльності (гіподинамія) форсує інволюційні зміни в організмі та в комплексі з іншими факторами призводить до передчасного патологічного старіння. Тому фізичні вправи, загартовування, раціональний режим харчування, діяльності й відпочинку підтримують оптимальний рівень функціонування основних систем організму, є ефективним засобом попередження передчасної старості та продовження трудової активності людини. Використання дозованого фізичного навантаження в людей середнього та похилого віку є ефективним засобом активного довголіття.

Заняття фізичними вправами з людьми похилого віку сприяють:

- загальному оздоровленню та зміцненню організму людини;
- підвищенню емоційного стану та загального тонусу, стимуляції компенсаторно-адаптаційних реакцій;
- покращенню діяльності серцево-судинної та дихальної систем, шлунково-кишкового тракту, стимуляції обмінних процесів;
- зменшенню атрофії м'язів, проявів процесів старіння в суглобах і хребті, збільшенню в них рухливості та амплітуди рухів; підтримці рухових якостей, навичок і умінь;
- стимулюванню потенційних можливостей людини в боротьбі з захворюваннями;
- подоланню негативного впливу факторів навколишнього середовища;

- формуванню впевненості в необхідності систематичних занять фізичними вправами, практичних навичок з основ самостійного їх застосування та самоконтролю.

Фізичні вправи мають такі *функції*: *тонізуювальну*, яка полягає у стимуляції інтенсивності біологічних процесів у організмі; *трофічну* як постійне збереження динамічної єдності біологічних, фізико-хімічних, пластичних і енергетичних процесів; *компенсаторну* – тимчасову чи постійну заміну порушених чи втрачених під впливом захворювання функцій; *нормалізуювальну*, яка сприяє нормалізації патологічно змінених функцій.

Дозовані фізичні тренування сприяють нормалізації функціонального стану нервової системи, позитивно впливають на емоційний стан людини похилого віку.

Головною особливістю, яка виокремлює ЛФК з усіх інших методів лікування, є свідома й активна участь хворого у процесі лікування фізичними вправами.

Форми лікувальної фізичної культури: ранкова гігієнічна, психогігієнічна, лікувальна гімнастики, фізкультурні паузи й фізкультхвилинки під час роботи, лікувальне ходіння, теренкур (дозована ходьба за спеціальними маршрутами), туристичні походи, спортивні вправи та ігри, гідрокінезитерапія (лікування рухами у воді) тощо. Найбільш розповсюдженою формою занять фізкультурою для осіб середнього й похилого віку є група здоров'я, яка створюється у колективах, спортивних організаціях, на стадіонах або це самостійні заняття оздоровчим бігом, ходінням, загартовування, пішохідні прогулянки, ведення здорового способу життя.

У роботі з людьми похилого віку необхідно створити умови, які б допомогли їм у пошуках оптимальних життєвих позицій, відкрили перспективи, підвищили активність особистості щодо визначення життєвих цілей, сповнили буття сенсом, щоб літня людина відчувала себе корисною та щасливою, бачила власне майбутнє.

Таким чином, своєчасно проведена соціально-психологічна допомога людям похилого віку сприяє емоційному реагуванню щодо проблем, активному пошуку нових форм взаємодії зі світом, підтверджує індивідуальність і значимість людини, підвищує її самооцінку й адаптивність у мінливому світі. «Реабілітація» старості, подолання колишньої недооцінки життя в похилому віці, застарілих стереотипів сприйняття старих людей є сьогодні важливим завданням для суспільства.

**Практичне заняття з теми
«Соціально-психологічна робота
з особами похилого та старечого віку»**

Мета: розглянути соціально-психологічні проблеми осіб похилого віку; визначити завдання й форми соціально-психологічної роботи з літніми людьми; охарактеризувати специфіку діагностико-консультативної практики з особами похилого віку; визначити види реабілітації та напрями психотерапії в роботі з літніми людьми.

План заняття

I. Теоретична частина

1. Проблеми осіб похилого віку, специфіка спілкування та взаємодії з ними.
2. Завдання й форми соціально-психологічної роботи з літніми людьми.
3. Специфіка діагностичної оцінки психічного розвитку, особистості й поведінки осіб похилого віку.
4. Консультаційна практика з особами похилого віку.
4. Особливості реабілітації та психотерапії в роботі з літніми людьми.

II. Практичні завдання

- Охарактеризувати проблеми оцінки психічного стану осіб похилого віку.
- Визначити форми й методи роботи з людиною, яка має психологічну проблему, пов'язану з виходом на пенсію.
- Визначити сутність поняття «егоїстична стагнація».
- Описати мотиваційні дефекти в похилому віці: абулію, послаблення бажань, зниження рівня домагань, загострення мотиву влади, страх невдачі.

III. Самостійна робота

Тема. Патологія та психопатологія людей похилого віку

Форма звітності: тези

1. Проаналізувати матеріали наступних книг та визначити види психічних порушень у людей похилого віку: Левенець І. В. Судова психіатрія / І. В. Левенець. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – С. 115–118; Комер Р. Патопсихологія поведінки. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. – М., 2005. – С. 577–582; Сандберг Н. Клінічна психологія. Теорія, практика, дослідження. – 5-е міжнародне

видання / Н. Сандберг, А. Уайнбергер, Д. Таллін. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК. – 2007. – 600 с. – (Розділ 10).

2. Розкрити фактори, які впливають на розвиток психічних хвороб у людей похилого віку.

3. Визначити особливості роботи з людьми похилого віку із психосоматичними розладами (див. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика / И. Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо. – 2010. – 1024 с.)

Література

1. Бочелюк В. Й. Геронтопсихологія : навч. посіб. / В. Й. Бочелюк, О. А. Черепехіна. – К., КНТ, 2014. – 436 с.

2. Васьківська С. В. Основи психологічного консультування: навч. посібник / С. В. Васьківська. – Київ : Четверта хвиля, 2004. – 256 с.

3. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потер / А. В. Гнездилов. – СПб. : Речь, 2002. – 162 с.

4. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013. – 264 с.

5. Долинська Л. В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.

6. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.

7. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Питер, 2001. – 992 с.

8. Краснова О. В. Социальная психология старости: учеб. пособ. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2002. – 288 с.

9. Краснова О. В. Теоретические вопросы подготовки людей к выходу на пенсию / О. В. Краснова // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 4. – С. 12–18.

10. Кочюнас Р. Психологическое консультирование и групповая психотерапия. – 5-е изд. / Р. Кочюнас. – Москва: Академический Проект: Гаудеамус, 2005. – 464 с.

11. Левенець І. В. Судова психіатрія / І. В. Левенець. – Тернопіль: Економічна думка, 2005. – 382 с.

12. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии / С. Г. Максимова. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 223 с.

13. Мартинюк І. А. Психологічна допомога людям похилого віку, або практикум з геронтопсихології / І. А. Мартинюк // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 1. – С. 32–38. – № 2. – С. 15–17.

14. Осадько О. Технології психологічного консультування / О. Осадько. – Київ : Ред. Загальнопедагогічних газет, 2005. – 128 с.
15. Основи психологічного консультування / Г. О. Хомич, Р. М. Ткач. – Київ : МАУП, 2004. – 152 с.
16. Психология старости и старения : Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2003. – С. 3–64.
17. Психология старости: Хрестоматия / Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.
18. Руководство по геронтологии / [под ред. В.Н. Шабалина]. – Москва: Цитадель – Трейд, 2005. – 800 с.
19. Сандберг Н. Клінічна психологія. Теорія, практика, дослідження. – 5-е міжнародне видання / Н. Сандберг, А. Уайнбергер, Д. Таллін. – СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК. – 2007. – 600 с.
20. Сапогова Е. Е. Консультативная психология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. Е. Сапогова. – Москва : Академия, 2008. – 352 с.
21. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
22. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. – Москва : Академия, 2001. – 208 с.
23. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

Тестовий контроль з теми

1. Визначте правильний варіант відповіді, де перераховані тільки психологічні проблеми людей похилого віку:

- а) зміна соціального статусу, перебудова самоставлення, синдром «спустошення гнізда», високий рівень суб'єктивного інтересу до політики держави і низька оцінка можливості впливати на неї;
- б) звуження сфери спілкування, втрата сенсу життя, відчуття незатребуваності, власної непотрібності, самотність, перебудова міжособистісних та сімейних відносин, страх смерті;
- в) втрата сенсу життя, відчуття непотрібності, самотність, перебудова міжособистісних та сімейних відносин, хвороби;
- г) втрати, захворювання, відсутність житла, криза пізнього віку, закінчення трудової діяльності, незадоволеність життям.

2. Назвіть стаціонарний заклад, у якому проживають особи літнього віку з вираженими віковими порушеннями психіки, підтверд-

женими висновком лікувально-консультативної комісії органів охорони здоров'я:

- а) психоневрологічні інтернати;
- б) спеціальні будинки-інтернати;
- в) хоспіси;
- г) геріатричні пансіонати.

3. Визначте форму надання психологічної допомоги, яка передбачає організацію індивідуальних зустрічей спеціаліста та клієнта з різних питань:

- а) просвітництво;
- б) психокорекція;
- в) консультування;
- г) психотерапія.

4. Назвіть ім'я вченого, який розробив методику диференціальної діагностики депресивних станів:

- а) Д. Рассел;
- б) В. Зунг;
- в) Г. Айзенк;
- г) Ч.Д. Спілбергер.

5. Визначте варіант відповіді, де у правильній послідовності перераховані етапи консультативної бесіди з людьми похилого віку:

- а) підвищення настрою та самооцінки, формування позитивного образу старості, пригадування й обговорення всього хорошого, що є в актуальній життєвій ситуації людини похилого віку;
- б) підвищення настрою, встановлення зворотнього зв'язку, пригадування й обговорення всього хорошого, що є в актуальній життєвій ситуації людини похилого віку, формування позитивного образу старості;
- в) встановлення консультативного зв'язку, підвищення настрою, пригадування й обговорення всього хорошого, що є в актуальній життєвій ситуації людини похилого віку, формування позитивного образу старості;
- г) підвищення самооцінки, встановлення зворотнього зв'язку, формування позитивного образу старості, пригадування й обговорення всього хорошого, що є в актуальній життєвій ситуації людини похилого віку.

6. Визначте сутність психологічної складової реабілітації:

- а) комплекс лікувальних заходів, спрямованих на відновлення в пацієнта фізіологічних функцій і виявлення резервних можливостей його організму для подальшого забезпечення активності самостійного життя;
- б) стабілізація і покращення способу життя літньої людини;

в) дослідження інтелектуально-мнестичних, особистісних особливостей і системи відносин людини похилого віку з метою їх відновлення, підтримки й корекції;

г) відновлення порушених у результаті пошкодження чи захворювання виробничих навичок при втраті стійкої або часткової працездатності.

7. Назвіть ім'я вченого, який запропонував термін «терапія мистецтвом»:

- а) А. Хілл;
- б) К. Роджерс;
- в) А. Шейн;
- г) Е. Мергенталер.

8. Визначте вид захворювання, не характерний для похилого й старечого віку:

- а) хвороба Альцгеймера;
- б) хвороба Піка;
- в) сенільні психози;
- г) хвороба Дауна.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ ТА САМОПЕРЕВІРКИ

1. Геронтологія та геронтопсихологія як науки про старість.
2. Предмет і завдання геронтопсихології.
3. Напрями й методи досліджень у геронтопсихології.
4. Історія становлення й розвитку геронтології та геронтопсихології.
5. Закономірності психічного розвитку людини, проблема періодизації, критерії визначення вікових періодів.
6. Поняття «старість» і «старіння».
7. Різноманіття підходів до розуміння й вивчення старості. Теорії старіння.
8. Види старіння.
9. Проблема довготривалості життя, фактори підвищення тривалості життя людини.
10. Психофізіологічні зміни, пов'язані з нормальним старінням.
11. Особливості пізнавальної сфери людини похилого віку.
12. Особливості та своєрідність інтелекту похилих людей. Критерії інтелекту в старечому віці.
13. Специфіка емоційно-вольової сфери людей похилого віку.
14. Особливості особистості старої людини.
15. Характеристика самосвідомості старої людини.
16. Механізми особистісного захисту людини похилого віку.
17. Психічні захворювання похилого віку.
18. Ставлення до смерті у старечому віці.
19. Соціально-психологічні проблеми людей похилого віку.
20. Поняття адаптації. Види та стратегії адаптації до старіння.
21. Соціально-психологічна підготовка людини до виходу на пенсію.
22. Особливості міжособистісних стосунків у похилому віці.
23. Специфіка міжособистісних взаємин у сім'ї залежно від статі та віку.
24. Характеристика кризи похилого віку.
25. Проблема самотності старих людей.
26. Міжособистісна дезадаптація в похилому віці. «Стареча злочинність».
27. Особливості міжособистісних стосунків старих людей у будинках-інтернатах.
28. Мета й завдання соціально-психологічної роботи з особами літнього віку.
29. Форми надання соціально-психологічної допомоги людям похилого віку.

30. Експертна оцінка психічного розвитку особи похилого віку.
31. Специфіка консультативної роботи з особами похилого та старечого віку.
32. Види психотерапії в роботі з людьми похилого віку
33. Методи психологічної реабілітації людей передпенсійного й пенсійного віку.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Базова

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология: Учебник для студентов вузов / Г. С. Абрамова. – Изд. 2-е., исп. и доп. – М. : Академический проект, 2001. – 704 с.
2. Альперович В. Д. Проблемы старения: демография, психология, социология / В. Д. Альперович. – М. : ООО «Издательство Астель», 2004. – 352 с.
3. Бочелюк В. Й. Геронтопсихологія : навч. посіб. / В. Й. Бочелюк, О. А. Черепехіна. – К. : КНТ, 2014. – 436 с.
4. Вікова та педагогічна психологія: Навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук та ін. – 3-тє вид. – К. : Каравела, 2012. – 344 с.
5. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. – К. : Видавничий дім «Слово», 2013. – 264 с.
6. Долинська Л. В. Геронтопсихологія. Практикум. Хрестоматія : навч. посібник / Л. В. Долинська; Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. – 2-ге вид., випр. та доп. – К. : Каравела, 2014. – 244 с.
7. Елютина М. Э. Социальная геронтология: Учеб. пособ. / М. Э. Елютина. – М. : ИНФРА-М, 2004. – 157 с.
8. Ермолаева М. Практическая психология старости / М. Ермолаева. – М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 320 с.
9. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб. : Питер, 2001. – 992 с.
10. Краснова О. В. Социальная психология старости: Учеб. пособ. / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2002. – 288 с.
11. Кулагина И. Ю. Возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека: Учеб. пособ. / И. Ю. Кулагина, В. Н. Кулюцкий. – М. : ТЦ «Сфера», 2001. – 464 с.
12. Кутішенко В. П. Психологія розвитку та вікова психологія: Практикум: Навч. посіб. / В. П. Кутішенко, С. О. Ставицька. – К. : Каравела, 2009. – 448 с.
13. Лазарева Л. П. Геронтология : Курс лекций / Л. П. Лазарева. – Хабаровск : ДВГУПС, 2002. – 167 с.
14. Максимова С. Г. Социально-психологические проблемы в геронтологии / С. Г. Максимова. – Барнаул : Изд-во Алт. ун-та, 2001. – 223 с.

15. Медведева Г. П. Введение в социальную геронтологию / Г. П. Медведева. – М. : НПО МОДЕК, 2000. – 96 с.
16. Психология старости и старения : Хрестоматия / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. – М. : Академия, 2003. – С. 3–64.
17. Психология старости: Хрестоматия /Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.
18. Психология человека от рождения до смерти. Полный курс психологии развития / Под ред. А.А. Реана. – СПб. : «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2005. – 416 с.
19. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения / Я. Стюарт-Гамильтон. – СПб. : Питер, 2010. – 320 с.
20. Холостова Е. И. Социальная геронтология / Е. И. Холостова, В. В. Егоров, А. В. Рубцов. – М. : Изд. Дом Дашков и К., 2004. – 295 с.
21. Хухлаева О. В. Психология развития: молодость, зрелость, старость : Учеб. пособ. / О. В. Хухлаева. – М. : Академия, 2006. – 208 с.
22. Яцемирская Р. С. Социальная геронтология : Учеб. пособ. / Р. С. Яцемирская, И. Г. Беленькая. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

Допоміжна

1. Александрова М. Д. Особенности субъективности человека на поздних этапах онтогенеза / М. Д. Александрова // Развитие личности. – 2002. – № 3–4. – С. 101–125.
2. Анциферова Л. И. Психология старости: особенности развития личности в период поздней взрослости / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. – 2001. – №3. – Т. 22. – С. 86–99.
3. Анциферова Л. И. Мудрость и её появления в разных периодах жизни человека / Л. И. Анциферова // Психологический журнал. – 2004. – № 3. – С. 17–24.
4. Билоусов С. А. Духовная зрелость и отношение к смерти / С. А. Билоусов // Психология старости. – Самара, 2004. – С. 695–718.
5. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потер / А. В. Гнездилов. – СПб. : Речь, 2002. – 162 с.
6. Давыдовский И. В. Старость и эволюция организмов / И. В. Давыдовский // Психология старости: хрестоматия /Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Изд. Дом БАХРАХ-М, 2004. – С.179–200.
7. Кордунова Н. О. Геронтопсихологія: матеріали для проведення психодіагностичного дослідження з людьми похилого віку. Методичні рекомендації до практичних та лабораторних занять / Н. О. Кордунова. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2013. – 140 с.

8. Кордунова Н. О. Геронтопсихологія : методичні рекомендації до практичних занять / Н. О. Кордунова. – Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2015. – 59 с.
9. Краснова О. В. Виды и методы исследований в психологии старения / О. В. Краснова // Психология зрелости и старения. – 1999. – № 1. – С. 5–21.
10. Краснова О. В. Теоретические вопросы подготовки людей к выходу на пенсию / О. В. Краснова // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 4. – С. 12–18.
11. Кэрол У. Пэрриш-Харра. Смерть и умирание: новый взгляд на проблему / Пэрриш-Харра У. Кэрол. – М. : Институт Общегуманитарных исследований, 2003. – 224 с.
12. Мартинюк І. А. Психологічна допомога людям похилого віку, або практикум з геронтопсихології / І. А. Мартинюк // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – № 1. – С. 32–38. – № 2. – С. 15–17.
13. Молчанова О. Н. Психологический витаукт как механизм стабилизации Я-концепции в позднем возрасте / О. Н. Молчанова // Психология старости и старения: Хрестоматия / Сост. О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – М. : Академия, 2003. – С. 162–163.
14. Погребенский А. П. Смысл жизни и отношение к смерти / А. П. Погребенский // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д. А. Леонтьева, В. Г. Щур. – М. : Смысл, 1997. – С. 177–200.
15. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи – Л. М. Вольнова. – К., 2012. – 275 с.
16. Психология зрелости: Хрестоматия / Сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 2003. – 768 с.
17. Психологія життєвої кризи/ Під ред. Т. М. Титаренко. – К., 1998. – 254 с.
18. Шай К. Уорнер. Интеллектуальное развитие взрослых / К. Уорнер Шай // Психология старости. – Самара : БАХРАХ-М, 2004. – С. 372–388.
19. Фролькис В. В. Старение и увеличение продолжительности жизни / В. В. Фролькис. – Л. : Наука, 1988. – 239 с.
20. Хухлаева О. В. Основы психологического консультирования и психологической коррекции: учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. – Москва: Академия, 2001. – 208 с.
21. Эриксон Э. Восемь возрастов человека / Э. Эриксон // Детство и общество. – 2-е изд. / Пер. А. А. Алексеева. – СПб. : Речь, 2002. – С. 235–259.

Інформаційні ресурси

1. <http://edu.bdpu.org>
2. <http://www.psychology.ru/Library>
3. <http://www.psycheya.ru>
4. <http://www.psychology.ru>
5. <http://www.gersociety.ru/information/uspexi/>
6. <http://geront.kiev.ua/>
7. <http://vocabulary.ru/dictionary/892/word/gerontopsihologija>
8. <http://www.medline.ru/public/art/tom3/geront/pt0-vved.phtml>
9. http://tvoypsiholog.ru/publ/gerontopsikhologija/istorija_razvitija_gerontologii_kak_nauki/23-1-0-373

Наукове видання

Горецька Олена Віталіївна

ГЕРОНТОПСИХОЛОГІЯ

*Навчальний посібник
для студентів спеціальності
053 Психологія*

Коректор З.І. Вовчок

*Комп'ютерна верстка й дизайн обкладинки М.С. Богдан
Надруковано з оригінал-макету, наданого автором*

Формат 60x84 1/16. Папір офсет. Друк цифровий
Ум.друк. арк. 12,21. Тираж 100 прим. Зам. **06-06**

Видавництво та друк

ФОП Іванченко І.С.

пр. Тракторобудівників, 89-а/62, м. Харків, 61135

тел.: +38 (050/093) 40-243-50.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного
реєстру видавців, виготівників та розповсюджувачів видавничої
продукції ДК № 4388 від 15.08.2012 р.

www.monograf.com.ua