

Департамент социальной защиты населения города Москвы
Государственное учреждение города Москвы
Институт переподготовки и повышения квалификации руководящих кадров
и специалистов системы социальной защиты населения города Москвы

Краснова О.В., Галасюк И.Н., Шинина Т.В.

Психология личности пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья

Москва – 2010

Краснова О.В., Галасюк И.Н., Шинина Т.В. Психология личности пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья: Учебное пособие для слушателей профессиональной переподготовки по специальности «Психологическая работа в учреждениях социальной сферы» / Под ред. О.В. Красновой. – М.: ДСЗН, 2010.

Рецензенты:

Марцинковская Т.Д., докт. психол.н., профессор

Шнейдер Л.Б., докт. психол.н., профессор

В учебном пособии рассматриваются основы психологических знаний о личности пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья. Раскрываются проблемы старости и положение пожилых людей и инвалидов разного возраста в обществе, анализируются основные направления социальной деятельности с этими категориями населения, приводится. Особое внимание уделяется социально-психологическим проблемам пожилых людей и детей-инвалидов.

В приложении предлагается практикум, предназначенный для углубления знаний в области психологии, теории и практики социально-психологической работы с указанными категориями лиц, правила корректного языка в общении с инвалидом.

Учебное пособие предназначено для слушателей профессиональной переподготовки по специальности «Психологическая работа в учреждениях социальной сферы», а также всех, кто интересуется проблемами инвалидов и лиц пожилого возраста.

© Краснова О.В., Галасюк И.Н., Шинина Т.В. 2010
© ИПК ДСЗН города Москвы, 2010

Оглавление

Введение

1. Предмет и задачи психологии

- 1.1. Место психологии в системе научного знания
- 1.2. Методы психологии
- 1.3. Практические приложения психологии в области социальной работы с пожилыми людьми и лицами с ограничениями здоровья

2. Социально-психологические проблемы детей с ограничениями здоровья

- 2.1. Социально-психологическая адаптация инвалидов
- 2.2. Социальная и личностная идентичность инвалидов
- 2.3. Особенности социализации инвалидов
- 2.4. Особенности общения с инвалидами
- 2.5. Психологическое консультирование детей с ограничениями здоровья и их родителей

3. Инновационные технологии социально-психологической работы с детьми с ограничениями здоровья

- 3.1. Методы и приемы реабилитации детей-инвалидов
- 3.2. Особенности социальной среды для детей-инвалидов
- 3.3. Эффективные технологии работы с родителями
- 3.4. Развитие личности ребенка с ограничениями здоровья, проживающего в стационарных условиях

4. Психологические процессы и изменения у пожилых людей и пожилых инвалидов

- 4.1. Геронтология как наука о старении
- 4.2. Современные представления о старении
- 4.3. Особенности психического развития у пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья

5. Социально-психологические проблемы пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья

- 5.1. Личность пожилого человека
- 5.2. Особенности социализации и социально-психологической адаптации в пожилом возрасте
- 5.3. Социальная и личностная идентичность в пожилом возрасте
- 5.4. Особенности социальной среды для инвалидов и пожилых людей
- 5.5. Особенности общения с пожилыми людьми и лицами с ограничениями здоровья

6. Социальная психология группы и коллектива

- 6.1. Проблема группы и коллектива в социальной психологии

6.2. Пожилой человек как член группы

7. Инновационные технологии социально-психологической работы с пожилыми людьми и пожилыми инвалидами

7.1. Формы социальной реабилитации пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья

7.2. Тренинговая работа с пожилыми людьми и лицами с ограничениями здоровья

Приложения

Практикум для работы с пожилыми людьми

Правила корректного языка в общении с инвалидом

Введение

Предлагаемое учебное пособие посвящено изучению психологии личности пожилых людей и инвалидов, или людей с ограничениями здоровья. В нем раскрываются проблемы старости и положение пожилых людей и инвалидов в обществе, анализируются основные направления социальной деятельности с этими категориями населения, особое внимание уделяется социально-психологическим проблемам инвалидов и пожилых людей.

Вторая половина XX в. характеризовалась непрерывным увеличением числа пожилых людей в России, где уже с 60-х годов население по международным стандартам стало считаться «старым». Россия – одна из евроазиатских стран с большой долей пожилого населения.

В обществе не сразу появилось осознание проблемы старения населения и ее последствий. К началу нового тысячелетия во многих странах произошли значительные изменения в социальной политике, которые наметились еще в 80-х годах прошлого века. Однако в России этот процесс совпал с резким изменением социальной, экономической и политической ситуации страны в начале 90-х гг. Именно в это время заговорили о конфликте поколений, что было вполне естественно, т.к. старые, социалистические ценности отменялись, появилась система социальной защиты населения (до этого социальное обеспечение ограничивалось только начислением пенсий по возрасту), ученые, долгое время игнорировавшие поздний период жизни человека, наконец обратили внимание на эту проблему. В эти годы обострились межпоколенные противоречия между ценностями старшего поколения, выросшего, получившего воспитание и социализировавшегося в стране социалистического порядка, и ценностями молодого поколения, формирующегося в условиях трансформации процессов прежней социальной структуры.

С конца XIX – начала XX вв. проблема позднего периода жизни, или старости, рассматривалась в России преимущественно специалистами в области медицины (гериатрами, гигиенистами, психиатрами и др.), которые, в силу специфики своей профессии, имели дело с больными, слабыми, немощными стариками, что оказало влияние на представления о старости как периоде инволюции. Именно это определяло методологию изучения поздней жизни и представления о пожилых людях в терминах дефицитарности, низкого социального статуса и проч.

В 60-х годах XX в. впервые внимание психологов привлекли особенности развития взрослых и пожилых – появляется теория геронтогенеза (*Б.Г. Ананьев; М.Д. Александрова*), в 90-е годы – теория жизненного пути (*К.А. Абульханова-Славская; Л.И. Анцыферова*), в начале XXI в. – разрабатывается концепция личности пожилого человека (*О.В. Краснова*). Другими словами, появляются первые научные представления о возможностях развития в поздний период жизни. Дальнейшие разработки в области исследования старости и старения, опубликованные за последние 10-15 лет, представлены в работах психологов *Е.Ю. Балашовой*,

Н.К. Корсаковой, О.Н. Молчановой, О.Б. Обуховой и др., в которых рассматриваются самые разные аспекты позднего возраста. Однако, несмотря на появление этих работ, на очевидность старения населения, до сих пор тема старости не привлекает общественного внимания, очевидно потому, что они не предлагают практических приложений.

В настоящее время в общем составе населения России пожилых людей, т.е. в возрасте 60 лет и старше, – 23,5%, что составляет 35 млн. человек. Доля людей пенсионного возраста с 2000 г. превысила долю детей в возрасте до 15 лет. Это говорит об особой остроте демографической и экономической ситуации страны. Для России характерен рост наиболее уязвимой категории – доли лиц в возрасте 80 лет и старше в популяции пожилого населения.

В 2001 г. соотношение пенсионеров и работающих составляло всего лишь 1:1,84. К 2015 г. на 1000 человек трудоспособного возраста будет приходиться 427 пенсионеров¹. Эти тенденции накладываются на достаточно «старую» возрастную структуру населения в трудоспособном возрасте: к 2015 г. около трети трудоспособного населения будут находиться в возрасте от 45 лет и старше. Показатели продолжительности жизни россиян находятся на очень низком уровне не только по сравнению с другими странами, но и по отношению к уже достигнутым в стране в 1960-х годах.

Экономические и социальные последствия демографического старения обсуждаются в научной литературе. При этом на первый план обычно выступают явные или предполагаемые негативные последствия и порождаемые ими проблемы (состояние здоровья, материальное положение, занятость, диспропорция мужского и женского населения, одиночество пожилых женщин, положение пожилых людей в обществе). Особую обеспокоенность вызывает увеличение экономической нагрузки на трудоспособное население из-за быстрого роста числа и доли пенсионеров.

Переход к рыночным отношениям 90-х гг. привел к резкой дифференциации доходов населения. Экономическая сегрегация сказалась на величине заработной платы и пенсии. В настоящее время размеры минимальной и максимальной пенсии различаются в три раза.

Для возрастной структуры населения страны характерен процесс феминизации: в составе старшего населения России преобладают женщины, живущие дольше, чем мужчины. В 1998 г. женщины составили 65,9 % всех людей в возрасте от 60 лет². Сохраняется проблема более низкой ожидаемой продолжительности жизни мужчин России, по сравнению с женщинами. На рубеже XIX-XX вв. разница в средней продолжительности жизни мужчин и женщин в стране составляла приблизительно два года (затем в течение длительного периода времени колебалась в пределах от двух до шести лет), в конце 60-х гг. различие составляло 8-9 лет, а к концу XX в. она достигла почти 14 лет, т.е. увеличилась в семь раз: у мужчин средняя продолжительность жизни 57,3 года, у женщин – 71,1 года.

¹ Социальное положение и уровень жизни населения России, 2002: статистический сборник / Госкомстат России. – М., 2002. С. 71, 175.

² Зравомыслова О., Качалова Ю. и др. Старшее поколение в современной России. Статистика, исследования, общественные организации. – М., 1999.

Согласно статистике, в среднем более 10 % жителей нашей планеты имеют врожденные или приобретенные ограничения жизнедеятельности, один из десяти человек страдает от физических, умственных или сенсорных дефектов и не менее 25 % всего населения страдают расстройствами здоровья. Примерно одна семья из четырех имеет в своем составе инвалидов³.

В России государственная политика в отношении инвалидов имеет многолетнюю историю. Вместе с тем, поворотным стал 1995 г., когда в России был принят Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». В Законе сформулирована принципиально новая цель государственной политики в отношении инвалидов, сформированы новое понятие инвалида: «Инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограниченной жизнедеятельности и вызывающие необходимость его социальной защиты».

Ограничение жизнедеятельности выражается в полной или частичной утрате лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Впервые целью государственной политики объявляется не помощь инвалиду, а *«обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ»*. Тем самым, новый Закон декларировал подход к инвалиду, сформулированный мировым сообществом. На практике государству, которое в течение нескольких десятков лет руководствовалось иными принципами в отношении инвалидов, чрезвычайно трудно перейти от объявления новой политической парадигмы политики к ее реализации, хотя, безусловно, новое законодательство стимулирует определенные изменения в этой политике.

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

- **по возрасту:** дети-инвалиды, инвалиды – взрослые;
- **по происхождению инвалидности:**
 - наследственно обусловленные формы;
 - формы, связанные с внутриутробным положением плода, повреждением плода во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка;
 - формы, приобретенные в процессе развития инвалида в результате заболеваний, травм, иных событий, повлекших за собой стойкое расстройство здоровья.
- **по общему состоянию** инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным и неподвижным группам;
- **по степени трудоспособности:** инвалиды трудоспособные и

³ Петросян В.А. Равные права, равные возможности для людей с ограничениями здоровья. – М., 2010. – 112 с.

нетрудоспособные, инвалиды 1 группы (нетрудоспособные), инвалиды 2 группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды 3 группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).

Следует подчеркнуть, что инвалидность – не свойство человека, а препятствия, которые возникают у него в обществе. На причины этих препятствий существуют различные точки зрения, из которых две наиболее распространены:

медицинская модель усматривает причины затруднений инвалидов в их уменьшенных возможностях. Согласно ей, инвалиды не могут делать что-то, что характерно для обычного человека, и поэтому вынуждены преодолевать трудности с интеграцией в обществе. Медицинская модель рассматривает инвалидность как свойство, присущее человеку в результате болезни, травмы или иного воздействия на состояние здоровья, которое требует медицинской помощи в виде непосредственного лечения у специалистов чтобы «исправить» проблему человека. Согласно этой модели, нужно помогать инвалидам, создавая для них особые учреждения, где они могли бы на доступном им уровне работать, общаться и получать разнообразные услуги. Таким образом, медицинская модель выступает за изоляцию инвалидов от остального общества, способствует дотационному подходу к экономике инвалидов.

Медицинская модель долгое время преобладала в воззрениях общества и государства, как в России, так и в других странах, поэтому инвалиды по большей части оказывались изолированными и дискриминированными.

Социальная модель предполагает, что трудности создаются обществом, не предусматривающим участия во всеобщей деятельности в том числе и людей с различными ограничениями.

Такая модель призывает к интеграции инвалидов в окружающее общество, приспособление условий жизни в обществе и для инвалидов в том числе. Это включает в себя создание так называемой *доступной среды* (пандусов и специальных подъемников для инвалидов с физическими ограничениями, для слепых дублирование визуальной и текстовой информации по Брайлю и дублирование звуковой информации для глухих на жестовом языке), а также поддержание мер, способствующих трудоустройству в обычные организации, обучение общества навыкам общения с инвалидами.

Социальная модель рассматривает инвалидность как социальную проблему, а не как свойство человека. Согласно социальной модели, инвалидность требует политического вмешательства, так как проблема возникает из-за неприспособленности окружающей среды, вызываемой отношением и другими свойствами социального окружения.

Социальная модель пользуется все большей популярностью в развитых странах, а также постепенно завоевывает позиции и в России.

Медицинская и социальная модели недостаточны для целостного понимания инвалидности, хотя обе они частично обоснованны. Инвалидность – это сложный феномен, который является проблемой как на уровне организма человека, так и на социальном уровне. Инвалидность

всегда представляет собой взаимодействие между свойствами человека и свойствами окружения, в котором этот человек проживает, но некоторые аспекты инвалидности являются полностью внутренними для человека, другие же, наоборот, только внешними. Другими словами, и медицинская и социальная концепции подходят для решения проблем, связанных с инвалидностью. Наилучшая модель инвалидности, таким образом, будет представлять собой синтез всего лучшего из медицинской и социальной моделей, не совершая присущих им ошибок в преуменьшении целостного, комплексного понятия инвалидности к тому либо иному аспекту. Такая более выгодная модель инвалидности может называться биопсихосоциальной моделью. МКФ основывается на такой модели, совмещающей медицинский и социальный аспекты.

Таким образом, в течение последних трех десятилетий лет в мире сложились устойчивые тенденции и механизмы формирования политики в отношении инвалидов, поддержки правительств различных стран в разработке подходов к решению проблем этой социальной группы и оказания помощи государственным и общественным институтам в определении и реализации политики, адресованной инвалидам. Однако психологические аспекты изучения данной проблематики остаются недостаточно изученными. С целью восполнить этот пробел подготовлено предлагаемое учебное пособие.

Первая глава посвящена рассмотрению психологии как научной дисциплины, особое внимание в ней отводится роли психологии при оказании социальной и психологической помощи инвалидам и пожилым людям.

Во второй главе раскрываются особенности социально-психологических проблем детей с ограничениями здоровья, в том числе их адаптации, идентичности, социализации, общения. Особое внимание отводится психологическому консультированию родителей детей-инвалидов.

Инновационные технологии социально-психологической работы с детьми, имеющими ограничения здоровья, рассматриваются в третьей главе.

Знания о характеристиках, закономерностях, движущих силах, механизмах, индивидуальных особенностях психического развития и психического старения необходимы для создания оптимальных условиях жизни людям разных возрастов, для оказания социально-психологической помощи инвалидам и пожилым людям. Возрастной период старения и старости рассматривается как особый этап жизни человека, который имеет свои задачи и ценности. При работе с данными категориями населения необходимо учитывать все происходящие изменения и преобразования, не только психических и психомоторных процессов, но также изменения в физической, познавательной, эмоционально-волевой, коммуникативной, социальной и других сфер личности. Этим вопросам посвящена четвертая глава книги.

В пятой главе раскрываются содержание понятия личности инвалидов и пожилых людей, особенности их социальной среды, социального окружения. Так как общение в период старения имеет определенную

специфику и опосредуется рядом факторов (прекращение профессиональной трудовой деятельности, появление инвалидности, изменения в привычных социальных связях, изменение круга общения, одиночество), появляются сложности в общении и установлении межличностных отношений. Это связано также с тем, что в этом периоде жизни на человека оказывают большое влияние стрессовые факторы: смерть близких, переживания утрат, множественные потери, обусловленные старшим возрастом и инвалидностью. Поэтому большое значение имеет социальная адаптация.

Немаловажную роль для специалистов, работающих с инвалидами и пожилыми людьми, играет профессиональное общение, благодаря которому они могут оказывать квалифицированную помощь. В этой же главе рассматриваются вопросы, связанные не только с основами психологии общения и профессионального взаимодействия с пожилыми людьми и инвалидами, но и особенностями общения этих категорий населения в социальной среде.

В шестой главе раскрываются проблемы включения пожилого человека в разного рода социальные группы. Анализ осуществляется с точки зрения включения пожилого человека в большие и малые социальные группы.

В заключительной, седьмой главе приводятся инновационные технологии социально-психологической работы с пожилыми людьми, в том числе имеющими ограничения здоровья.

В приложении представлен практикум, предназначенный для углубления знаний в области психологии, теории и практики социально-психологической работы с указанными категориями лиц. Он включает разнообразную информацию в форме наиболее дискуссионных вопросов и ответов на них, в том числе по проблемам оказания психологической и социальной помощи, в которой настоятельно нуждаются инвалиды и пожилые люди, а также их родственники и специалисты, работающие с этими категориями населения.

Наконец, еще в одном приложении представлена информация о правилах корректного языка в общении с инвалидом, которые должны использовать специалисты, работающие в социальной сфере и оказывающие помощь людям, находящимся в сложной жизненной ситуации.

При разработке данного учебного пособия были проанализированы отечественные учебники по психологии развития, социальной работе, а также использован опыт чтения курсов по «Психологии развития», «Психогеронтологии» и «Психологии социальной работы». Именно для слушателей профессиональной переподготовки, обучающихся по специальности «Психологическая работа в учреждениях социальной сферы» подготовлено данное учебное пособие.

В качестве самостоятельной работы предусмотрен ряд заданий и вопросов, следующих в конце каждой главы. Каждая глава сопровождается списком литературы, рекомендованной для углубленного изучения темы.

Авторы будут благодарны за все критические отзывы и пожелания.

§ 1. Предмет и задачи психологии

1.1. Место психологии в системе научного знания

Психология – это наука, изучающая законы психики, мотивацию поведения людей, их потребности, механизмы общения и т.д. Социальное поведение людей изучалось только на протяжении одного века – двадцатого. Другими словами, психологи находятся в самом начале пути, что не помешало уже обогатить науку важными сведениями об убеждениях и иллюзиях, о любви и ненависти, о конформизме и независимости.

В психологии можно найти ответы на вопросы о роли наследственности и среды в жизни человека; о том, как возникают социальные конфликты и что нужно сделать для того, чтобы их участники примирились. Можно найти объяснение большей части наших поступков, почему люди иногда помогают, а иногда причиняют друг другу вред.

Внимание специалистов в области психологии личности сосредоточено на внутреннем мире человека и на индивидуальных различиях. Например, их интересует, почему одни люди более агрессивны или авторитарны. Возрастных психологов волнует, прежде всего, что происходит с человеком на протяжении всей его жизни: от рождения до глубокой старости. В детской психологии в первую очередь интересны те механизмы и факторы, которые обеспечивают ребенку вхождение в мир взрослых.

Социальные психологи обращают внимание на то, что вообще свойственно всем людям, – как мы воспринимаем друг друга и влияем друг на друга. Они изучают механизмы, посредством которых социальные ситуации способны вызвать у большинства людей проявления доброты или жестокости, чувства симпатии или предрассудки.

В повседневной жизни любой человек, не знакомый с психологией как научной дисциплиной, использует те или иные психологические знания, опираясь на свой житейский опыт. Бывает, человек умело манипулирует другими, применяя те или иные «психологические игры» в общении, знания, почерпнутые из научно-популярной литературы или множества курсов, которые проводят «опытные» психологи. Возможно, не каждый отдает себе отчет в том, какими он пользуется средствами воздействия на других людей. Например, всю жизнь, изо дня в день, каждый из нас, желая понравиться окружающим, постоянно занимается саморекламой.

Хорошо отзываясь в обществе о своих близких и знакомых, мы также делаем им рекламу. В результате возникает сложная система социальных связей и отношений огромного количества людей друг с другом. Отдельные люди, общаясь, изображают себя в более выгодном свете, преувеличивают свои достоинства и возможности, стараются выделиться среди равных и одновременно стремятся соответствовать уровню тех, кого считают выше себя по положению в обществе.

Человеческое общение не так просто, как кажется. Каждый, пожалуй, не раз задавал себе вопросы: как научиться разбираться в людях, как другому понять тебя, как разрешить конфликт?...

Любая работа, связанная с общением, предъявляет высокие требования

к психологической подготовке людей. Общение, особенно деловое, требует определенных навыков и умений, которые, как правило, приобретаются человеком по крупицам из жизненного опыта. Однако известно множество примеров каждому из нас, что человек старится, но так и остается «неумелым» в общении.

Наше понимание самих себя помогает упорядочить свои мысли и действия. Самоуважение человека – это итоговое восприятие собственной значимости, которое влияет на оценку наших личностных качеств и способностей. От чего зависит восприятие человека самого себя? От множества разнообразных факторов, включая роли, которые он исполняет, сравнения себя с окружающими, восприятия того, как другие люди его оценивают, успехов и неудач.

Наше самопознание на удивление несовершенно. Зачастую человек сам не знает, почему он ведет себя так, а не иначе. Есть мощные источники влияния на нас. Они – не так очевидны, как реклама или самореклама. Например, у нас есть привычка использовать окружающих в качестве зеркала, с помощью которого мы воспринимаем самих себя. Судьба наших предков зависела от того, что думали о них другие. Защита со стороны групп, к которым они принадлежали, увеличивала их шансы на выживание. Если же группы давали им понять, что не одобряют их, у них хватало биологической мудрости для того, чтобы испытывать стыд и невысоко себя оценивать. Мы – их потомки и тоже обладаем потребностью принадлежать какой-либо группе.

Таким образом, наше поведение контролируют трудноуловимые, неявные процессы. Причем, они могут отличаться от того сознательного и явного объяснения, которое мы ему обычно даем. Все это – предмет изучения психологической науки.

Слово «**психология**» буквально означает «знание о душе» или «наука о душе». Первая часть слова (гр. *psyche* – «душа») указывает на особый мир явлений в сознании человека, непохожих на те явления, с которыми человек имеет дело в окружающем его мире, в науках о природе, и может их воспринимать невооруженным глазом. Вторая часть слова (*logos* – «понятие», «учение») указывает на то, что речь идет или о представлениях людей об этих явлениях, сложившихся в результате накопленного жизненного опыта, или об особой науке, которая возникла и существует с целью получения точных достоверных знаний об этих явлениях.

В наше время вместо понятия «душа» используется понятие «психика», хотя в языке до сих пор сохранилось много слов и выражений, производных от первоначального корня: одушевленный, бездушный, душевный и пр.

Понятие «психология» является многозначным, и широко употребляется в настоящее время как в науке, так и в практике, повседневной жизни. Одна из важнейших причин этого заключается в том, что имеется как *научная*, так и *практическая, житейская*, психология, каждая из которых могут определяться по-разному.

Есть предположение, что через несколько десятков лет любое данное в настоящее время определение психологии как науки может оказаться неадекватным, так как система психологических знаний постоянно

изменяется и развивается. Тем не менее, общим для любых систем современных психологических знаний является то, что все они так или иначе имеют дело с явлениями, которые называются психологическими; они пытаются найти с помощью этих явлений объяснение поведению человека.

Чтобы составить предварительное представление о том, что такое «психика», обращаются к понятию «психическое явление». Под *психическими явлениями* часто понимают факты внутреннего, субъективного опыта: это не только то, что человек видит, чувствует, мыслит, понимает, желает, но его *знание* о том, что он видит, чувствует и т.п. Иными словами, психические процессы не только происходят в человеке, но и непосредственно ему открываются.

Эта особенность субъективных явлений открываться сознанию человека привлекала внимание тех, кто задумывался над его психической жизнью. На некоторых ученых она произвела такое впечатление, что они связали с ней решение двух фундаментальных вопросов: о *предмете* и о *методе* психологии.

Психология, считали они, должна заниматься только тем, что переживается человеком и непосредственно открывается его сознанию, а единственный метод (т.е. способ) изучения этого явления – самонаблюдение. Однако этот вывод был в дальнейшем преодолен дальнейшим развитием психологии.

Дело в том, что существует целый ряд других форм *проявления психики* – формы поведения, неосознаваемые психические процессы, творения человеческих рук и разума, т.е. продукты духовной и материальной культуры. Во всех этих фактах, явлениях, продуктах психики проявляется, обнаруживается и поэтому через них может изучаться. Однако к этим выводам психология пришла не сразу, а в ходе острых дискуссий о ее предмете.

Научная психология располагает обширным, разнообразным, уникальным фактическим материалом, недоступным во всем своем объеме ни одному носителю житейской психологии. Материал этот накапливается и осмысливается, в том числе и в специальных отраслях психологической науки: возрастной психологии, педагогической психологии, психологии труда, социальной психологии, зоопсихологии и др.

Научные психологические знания в настоящее время применяются везде, где необходимо принимать в расчет и учитывать психологию людей и человеческие взаимоотношения. Давние и традиционные области использования психологических знаний – это образование, медицина, экономика, политика. Ими, однако, не исчерпывается интерес к психологическим знаниям, которые важны родителям для воспитания детей, учителям – для их обучения, руководителям различных организаций и учреждений для того, чтобы справляться с различными управленческими задачами. Психологические знания необходимы всем без исключения людям для лучшего понимания себя и окружающих, чтобы устанавливать с ними нормальные человеческие отношения. Относительно недавно психологические знания стали востребованы в *социальной сфере*.

Психологи работают с инвалидами и пожилыми людьми, а также со специалистами по социальной работе. Изучение познавательной, эмоциональной, волевой, коммуникативной сфер помогает им в диагностической, коррекционной и профилактической работе.

1.2. Методы психологии

Достижения любой науки в значительной степени определяются развитием ее методического аппарата, позволяющего добывать новые факты и на их основе строить научную картину мира. Поэтому вопрос о разработке методов психологии всегда находится в центре внимания исследователей.

Методы получения знаний в сферах *жизненной* и *научной* психологии разные. В *жизненной* психологии люди обычно ограничиваются наблюдениями и размышлениями. В научной психологии к этим методам добавляется *эксперимент*.

Суть экспериментального метода состоит в том, что исследователь не ждет стечения обстоятельств, в результате которого возникает интересующее его явление, а вызывает это явление сам. Затем он целенаправленно изменяет условия, чтобы выявить закономерности, которым данное явление подчиняется. С введением в психологию экспериментального метода (в конце XIX в. была открыта первая экспериментальная лаборатория), психология оформилась как самостоятельная наука.

Разработка конкретных методов психологии основывается на теоретических положениях и методологических принципах, ею выдвигаемых. Исследователь выбирает или конструирует тот метод, который отражает теорию, определяющую выбор объекта исследования и способы объяснения (интерпретации) полученных данных.

Обычно выделяют три уровня *методологического анализа*: общая методология, частная методология и конкретные методы, методики и процедуры в психологических исследованиях.

Методология – совокупность конкретных приемов исследования; иногда подразделяется на метод (стратегия исследования) и методику (способ фиксации эмпирических данных)

Общая методология – общий принцип познания, философский подход к анализу явлений действительности. Это система философских, логических, этических и др. знаний, которые имеют отношение к описанию и обоснованию методов *научного исследования*, применяемых в психологии, с точки зрения допустимости их использования и возможности получения точных, достоверных знаний об изучаемых психических явлениях.

Второй уровень – *частная методология* – обеспечивает конкретную реализацию общепсихологических принципов применительно к объектам психологических исследований. Частная методология дает указания относительно способов разработки психологических теорий, помогает выделить структуру и основные линии взаимосвязей в изучаемом объекте. Третий уровень – *совокупность методов и методик* – непосредственно связан с практикой исследования.

Разные уровни методологии тесно переплетаются, взаимосвязаны

между собой. Поэтому все конкретные технические приемы, методики и процедуры, хоть и имеют относительную самостоятельность, но всегда зависят от теоретических позиций исследователей и той научной школы, в рамках которой они были созданы.

Необходимо уточнить, что понимается под выражением «*научное исследование*» в современном науковедении. *Г.М. Андреева* выделяет следующие черты научного исследования:

1) оно имеет дело с конкретными объектами, иными словами, с обозримым объемом эмпирических данных, которые можно собрать средствами, имеющимися в распоряжении науки;

2) в нем дифференцированно решаются (выделение фактов, разработка методов измерения), логические (выделение одних положений из других, установление связи между ними) и теоретические (поиск причин, выявление принципов, формулирование гипотез или законов) познавательные задачи;

3) для него характерно четкое разграничение между установленными фактами и гипотетическими предположениями, поскольку отработаны процедуры проверки гипотез;

4) его цель – не только объяснение фактов и процессов, но и предсказание их.

Если кратко суммировать эти отличительные черты, их можно вести к трем: получение тщательно собранных данных, объединение их в принципы, использование этих принципов в предсказаниях.

Методы психологии могут быть классифицированы по различным основаниям. Часто выделяют два больших блока методов: *метод сбора информации* (наблюдение, изучение документов, беседа, опрос, эксперимент) и *методы ее обработки* (приемы теоретической и логической обработки данных, использование методов математической статистики).

Методы *наблюдения* основаны на непосредственном восприятии и оценке самих психических явлений. Например, если психолога-исследователя интересуют эмоциональные переживания человека, то он судит, наблюдая за жестами, мимикой и пантомимикой этого человека. Методы *опроса* базируются на использовании ответов людей для выводов об их психических, психологических и личностных особенностях, т.е. такие выводы делаются на основе того, что они сами о себе говорят. Эти методы имеют несколько вариантов: устный опрос, письменный опрос, свободный опрос, стандартизированный опрос, интервью, анкетирование и пр.

Тесты – это разновидность методов, отличающихся особой тщательностью разработки и оценки психических явлений. С помощью тестов можно достаточно точно их описывать и количественно оценивать. Тесты составляют основную группу современных методов изучения психологических явлений.

Методы обработки информации к собственно психологическим методам не относятся – это большая группа общенаучных приемов, подготавливающих первичную информацию к содержательному анализу.

Методы исследования в любой науке характеризуются функциональностью, т.е. они специально рассчитаны на решение той или

иной задачи. А это значит, что применение конкретных методов в психологических исследованиях определяется целями этого исследования и особенностями изучаемого объекта. Очень важным является и вопрос о том, кем применяются методы психологии.

Метод поперечных срезов – экспериментальный метод, в котором возрастные различия измеряются с помощью исследования различных возрастных групп в один период, т. е. сравниваются различные возрастные группы по заданной переменной. Обычно используется в психологии развития и в других направлениях психологии, в которых выборка составляется из участников различного возраста и от разных групп. Достоинством является возможность за короткий промежуток времени охватить большие возрастные периоды. Недостаток метода – смешение различий, обусловленных возрастом и разным опытом жизни. Противоположен лонгитюдному методу.

Лонгитюд/лонгитюдное исследование – экспериментальный метод, в котором одни и те же участники (респонденты) исследуются на разных стадиях своего возраста. Метод обычно применяют в исследованиях психологии развития. В психологии старения известны лонгитюды, которые длились 48 и больше лет. Лонгитюдное исследование более точно, чем метод поперечных срезов, определяет перспективу психического развития, а также генетические связи между его фазами. К достоинствам возможность проследить одну и ту же группу индивидов на разных стадиях их развития. К недостаткам – трудоемкость; длительность; селективное истощение (уменьшение) выборки; потеря репрезентативности; влияние исторических событий, трудность их отслеживания; обследуемые индивиды в течение жизни подвергаются влиянию изменений культуры, которые опосредованно отражаются на психической деятельности и др.

Вопрос о возможности применения психологических методов в работе социального педагога, воспитателя или социального работника является весьма серьезным и нередко дискуссионным. Эти методы нацелены на изучение личности, коллектива, сложных личностных и межличностных образований, которые нелегко выявить и однозначно объяснить. Например, в социальной сфере, где оказывается помощь в решении самых разных вопросов, связанных с жизнью людей, людей, находящихся в сложной жизненной ситуации. Поэтому требуется точно определить, кому может быть передан инструмент психологических исследований. В любом случае это должен быть человек, обладающий психологическими знаниями, а также тактом, особой чувствительностью к соблюдению этических норм.

1.3. Практические приложения психологии в области социальной работы с пожилыми людьми и лицами с ограничениями здоровья

Современная психология как наука о внутреннем мире человек исследует все его стороны. *Практика* любого специалиста, а тем более имеющего отношение к проблемам инвалидов и пожилых людей, начинается с *теории*. На практике применяется то, что открыто при помощи ее

фундаментальных исследований. Результаты научных исследований включаются в развитие самых разных областей общественной жизни. Другими словами, психология – это не только теоретическая дисциплина, изучающая человека, но и система прикладного знания, позволяющая психологу-практику, и специалисту смежных областей (педагогу, врачу, социальному работнику и т.п.) совершенствовать свою работу с людьми. Специальные учреждения осуществляют прикладные исследования, имеющие свои специфические особенности. Особая сфера приложения науки получила название «**социально-психологического вмешательства**».

Вмешательство – общий термин в социальной работе, обозначающий планируемое действие, предпринимаемое или предлагаемое психологом или социальным работником вместе с клиентом, либо от его имени. Вмешательство направлено на отдельного человека, супругов, семью или более широкую группу людей. Термин вошел в употребление в 1970-е годы, заменив термин «лечение», который отражал медицинскую модель подхода в социальной работе.

Многие социально-психологические проблемы до сих пор не решены, спорны, дискуссионны. Они еще не получили своего решения, но практические запросы требуют достаточно быстрых мер.

Все области практических приложений психологических знаний представляют собой области социальной жизни, где основные социально-психологические феномены – **общение и совместная деятельность**.

Как правило, направления прикладных исследований и практической социальной психологии сосредоточены на управлении и развитии организаций, массовой коммуникации и рекламе, школе и семье, праве и политике. Относительно недавно к этим областям добавилась сфера *социальной работы с инвалидами и пожилыми людьми*. Многие подходы к социальной работе опираются на те или иные социально-психологические воззрения.

Область практических приложений социальной психологии в данной сфере связана с усилиями смежных дисциплин, прежде всего социальной работы, права, геронтологии, медицины, социальной педагогики и др.

Для практики социальной работы особенно важное значение имеет направление **психодиагностики** – отрасли психологического знания, связанной с постановкой психологического диагноза. Современная психодиагностика все шире используется в таких областях социальной практики, как расстановка кадров, профотбор и профориентация, прогнозирование социального поведения, психотерапевтическая помощь и др.

Особое значение психодиагностика имеет в работе психолога, непосредственно занимающегося проблемами инвалидов и пожилых людей. Вопросы, которые составляют предмет психодиагностики в этом случае, имеют отношение к методам и конкретным методикам психодиагностики черт личности, межличностных отношений, способностей, мотивов, сознания и самосознания, познавательной, эмоционально-волевой и личностной сфер инвалида и пожилого человека. **Психодиагностика** – это наука и практика

постановки психологического диагноза.

Большой блок проблем относится к **условиям социального обеспечения** инвалидов и пожилых людей. Здесь особо значимыми выступают вопросы организации *высокого качества жизни* людей, которые, в силу потери здоровья, начинают испытывать зависимость от других: государства, *формальных* и *неформальных помощников* или участников ухода.

Помощник – человек, который ухаживает за кем-либо: инвалидом, пожилым человеком или ребенком. Чаще всего помощником называют, во-первых, родственника инвалида или пожилого человека, который несет первичную ответственность за его состояние и уход (неформальный или семейный помощник) и, во-вторых, социального работника, как профессионального помощника (формальный помощник). Относительно недавно появилось разделение на *первичного* и *вторичного* помощников. К первым относится член семьи пожилого человека, постоянно ухаживающий за ним, а ко вторым все остальные, которые оказывают помощь, но не регулярно: другие члены семьи, социальные работники, соседи, друзья, представители общественных и волонтерских организаций и т.д.

Неформальный участник ухода – член семьи или из числа друзей, соседей, волонтеров, оказывающий помощь в уходе за зависимым человеком на безвозмездной основе. Термин используется для отличия от *формального участника ухода*.

Формальный участник ухода – индивид, оказывающий помощь зависимому человеку в рамках своих обязанностей по оплачиваемой работе.

Категория *качества жизни* появилась в рамках социологии в 1970-е годы в зарубежных странах. Она выражает степень развития у людей материальных и культурных потребностей (качество питания, качество и современность одежды, качество здравоохранения и образования, экологии, комфорта жилища и пр.) и удовлетворения ими.

Когда говорят о качестве жизни инвалидов и пожилых людей, имеют в виду специфику условий и форм любой жизнедеятельности применительно к этим социальным группам. В социально-психологическом смысле это оценка воздействия различных параметров на состояние инвалида или пожилого человека. Схематично оценку качества жизни представляют как состоящую из объективных условий (общее здоровье, функциональный статус, социально-экономический статус) и субъективных условий (степень удовлетворенности жизнью и самоуважение).

К составляющим элементам относятся: индивидуальные характеристики пожилых людей и инвалидов; факторы физического окружения; факторы социального окружения; социо-экономические факторы; факторы личностной автономии; удовлетворенностью жизнью; факторы личности. Для этих элементов существуют определенные стандарты, по которым рассчитывается качество жизни.

Не менее важным является **качество ухода в стационарах** – разного рода домах-интернатах – это качество жизни пожилых людей и инвалидов, живущих в различных недомашних условиях. В центре внимания

исследований качества жизни – представления и опыт людей – резидентов стационаров как клиентов системы социального обслуживания и здравоохранения.

Важнейшим практическим направлением является **проведение** социальным работником и психологом **анализа и оценки** жизненной ситуации клиента – инвалида или пожилого человека, нуждающегося в помощи.

Они также дают рекомендации и принимают решения, которые имеют непосредственное отношение к жизни инвалидов и пожилых людей. Однако заключение, которое делают специалисты на основе данных оценки, не может быть сделано без специальных знаний и теории.

Оценка как тестирование, исследование, изучение и т. п. инвалидов и пожилых людей бывает многих видов:

- диагностическая,
- описательная,
- интеллектуального функционирования,
- памяти и обучения,
- скорости,
- языка,
- функционального выполнения,
- нейропсихологическая,
- когнитивного (познавательного) функционирования,
- умственного состояния и благополучия,
- поведения и ухода за собой,
- потребностей и т. д.

Этот ряд отражает целый спектр характеристик индивида и его взаимодействия с социальным и физическим окружением. Как видно из этого, далеко не полного, списка, многие виды оценки относятся непосредственно к компетенции психологов, психиатров или врачей. Большинство из них фокусируются на специфической области, но не дают всеобщую картину состояния и положения инвалида или пожилого человека. Вид оценки, который требуется проводить специалистам по социальной работе, часто называется **оценкой нуждаемости**.

Оценка нуждаемости пожилых людей и инвалидов – это экспертное обследование состояния, положения, степени инвалидности, потребностей клиентов, т.е. обследование, включающее много разных аспектов.

Оценка нуждаемости инвалидов и пожилых людей является основанием практики социальной работы, социального и медицинского обслуживания. Такая оценка основана на дифференцированном подходе к каждому клиенту.

Менеджмент ухода как процесс включает оценку, план, осуществление и мониторинг специально приспособленного обслуживания к индивидуальным потребностям пожилого человека. Важность оценки заключается в том, что это первая ключевая стадия в процессе, который ведет к вмешательству с целью улучшения ситуации инвалида или пожилого человека или его функционирования.

Особенности психологической работы, внедрение ее в систему социальной работы с инвалидами и пожилыми людьми ставят перед специалистами задачу комплексного подхода к выявлению проблем клиентов.

Наряду с решением такого рода задач, сюда относятся вопросы *социального и физического окружения* инвалидов и пожилых людей.

В современной психологии обозначилось самостоятельное направление, которое получило наименование *психология среды*, или *экологическая психология*. Эта область исследований изучает психологические аспекты взаимоотношения человека с окружающей средой. Одно из направлений изучения личности пожилого человека или инвалида связано с тем, как он взаимодействует с окружающей средой, в том числе как он выбирает для себя то окружение, которое отвечает его ресурсам и потребностям. Процесс старения и проявления инвалидности связаны со снижением определенных функциональных способностей, но это не обязательно ведет к зависимости, если физическая и социальная окружающая среда согласованы со способностями и потребностями индивидов. Даже если окружающая среда не соответствует потребностям пожилых людей и инвалидов, большинство из них приспосабливаются к ней. Ученые пытаются понять адаптивный процесс, благодаря которому личность и ее окружение взаимодействуют друг с другом и достигают баланса. При таком динамическом подходе человеческое бытие рассматривается не только как подвергающееся влиянию окружающей среды, но также как создающее новое социальное окружение и изменяющее его физические и социальные характеристики.

В этой связи особый интерес представляют работы, посвященные изучению роли *общения социальных работников с инвалидами и пожилыми людьми*, их негативных *стереотипов и представлений*, мешающих выполнению профессиональных обязанностей. Развитие коммуникативных умений и эффективного управления контактами и общением с инвалидами и пожилыми людьми важно для практики при вмешательстве, проведении оценки нуждаемости, консультировании.

Одним из важных направлений практической работы психолога в социальной сфере является *консультирование*. Психологическое консультирование – форма оказания психологической помощи, все шире практикуемая в нашей стране. Этот тип деятельности получает все более и более широкое распространение. Так, за последние годы в России развернуто несколько параллельных психологических консультативных служб с местом базирования от детских садов до центров службы занятости и от детских поликлиник до пенитенциарных учреждений. Однако именно область социальной помощи инвалидам и пожилым людям еще относительно слабо освоена психологами-консультантами.

В консультировании устанавливается взаимодействие между консультантом и клиентом, при этом качество консультирования зависит от качества таких взаимодействий. Умения консультирования важны, но основополагающим является взаимодействие как средство для работы.

Три главных аспекта консультирования включают: взаимодействие, умение и процесс личностного развития.

Были разработаны различные модели консультирования, например, подход, «центрированный на клиенте» (*К. Роджерс*), подход, центрированный на задаче, подход «разрешения проблем».

Большинство подходов к консультированию основаны на принципах, определяющих цель, метод и, в частности, социальные установки:

- непредвзятое отношение и отсутствие предубеждений;
- безусловное позитивное отношение;
- эмпатическое понимание;
- доверие и искренность;
- правдивость;
- конфиденциальность.

Однако применение некоторых из этих принципов может иметь трудности в практике с инвалидами и пожилыми людьми. Например, как эмпатически понимать пожилого человека специалисту, который значительно его моложе, т. е. не имеет опыта позднего возраста? Нормы консультативной практики могут быть нарушены с помощью *сверх-защиты* (постановка задач от имени клиента, за него; сверх-контроль процесса) или *нечувствительности* (интерпретации поведения клиента в результате недостатка знаний о пожилом возрасте, инвалидах, пожилых людях).

Психологическая помощь оказывается в ситуации не только существующего объективно, но и субъективно переживаемого неблагополучия (*А.А. Бодаев*). Это переживание может быть острым и выражаться в глубоком недовольстве собой, окружающими, жизнью в целом, а иногда и в страдании. В таких случаях требуется не консультативная, но и **психотерапевтическая** помощь. Если страдания человека складываются в клиническую картину заболевания, и человек обращается к врачу, то психотерапевтическая помощь носит медицинский характер и оказывается врачом-психотерапевтом. Во многих случаях, однако, требуется психотерапевтическая помощь несколько иного характера. По своей форме и цели это психотерапевтическое вмешательство совпадает с тем, которое используется при лечении больных. Оно совершается в форме беседы, дискуссии, игры (т.е. в форме общения) и направлено на избавление человека от страданий и ликвидацию причин, вызвавших эти страдания. Это вмешательство отличается от медицинского в двух существенных аспектах: 1) природа неблагополучия кроется не в болезненных процессах, происходящих в организме человека, а в особенностях его личности, специфике жизненной ситуации и характере взаимоотношений с окружающими; 2) обращающийся за помощью человек объективно не является и не считает себя больным.

В какой бы форме не осуществлялась психологическая помощь: в форме психологического консультирования или в форме немедицинской психотерапии, она обладает общей характеристикой — индивидуализированностью своей направленности. Это основывается на глубоком проникновении в личность обратившегося за помощью человека, в

его чувства, картину мира, структуру взаимоотношения с окружающими.

Таким образом, область практических приложений теории и науки в социальной сфере достаточно широкая.

Есть еще один важный вопрос, который должен быть обсужден, он касается науки в целом. Любая профессия, связанная с общением и взаимоотношениями с другими людьми, имеет риск *манипуляции* человеческой личностью, что противоречит идеям гуманизма, свободы личности. Психология не может и не должна претендовать на манипулирование каждой отдельной человеческой личностью. Она способствует оптимизации отношений между людьми, направляет свои рекомендации не в сторону предписаний *что* и *как* делать каждому человеку, но в сторону такого развития отношений между людьми, при котором каждый сможет свободно осуществить свой выбор. Этот выбор должен быть оптимальным с точки зрения как потребностей общества, так и с точки зрения отдельной личности.

Вопросы и задания для самопроверки:

1. В чем заключается феноменология психологии?
2. Охарактеризуйте житейскую и научную психологию. Приведите примеры.
3. Что является предметом психологии?
4. Кто может быть психологом? Чем занимается психолог?
5. Какими методами владеет психология?
6. Добавьте другие области практических приложений психологии в социальной сфере, не рассмотренные в данной главе.
7. Составьте список вопросов, которые призван решать психолог, работающий в социальной сфере.
8. Составьте список вопросов, которые призван решать социальный работник, работающий с инвалидами и пожилыми людьми.
9. Сравните оба списка и выделите те проблемы, которые могут быть решены только совместными усилиями психолога и социального работника. Обоснуйте свой ответ.

Литература для углубленного изучения темы

1. *Андреева Г.М.* Социальная психология.. – М.: Аспект Пресс, 2003.
2. *Краснова О.В.* Руководство по оказанию социально-психологической помощи старым людям. – М.: МПГУ, Обнинск: «Принтер», 2002.
3. *Немов Р.С.* Психологический словарь. – М.: ВЛАДОС, 2007.
4. Справочное пособие по социальной работе / Л.С. Алексеева, П.В. Бобков, Г.Ю. Бурлака и др.: Под ред. А.М. Панова, Е.И. Холостовой. – М.: Юристъ, 1997.
5. *Холостова Е.И.* Социальная работа с пожилыми людьми. – М.: «Дашков и К°», 2007.

2. Социально-психологические проблемы детей с ограничениями здоровья

2.1. Социально-психологическая адаптация инвалидов

Для понимания адаптации важен анализ адаптационного процесса с точки зрения его возможных результатов. При этом в качестве основного результата адаптации выделяют формирование таких характеристик инвалида, которые обеспечивают его нормативное функционирование.

Впервые принцип подобного подхода к личности был заложен на рубеже веков социологом *Ф. Гиддингом* (1855-1931). В своем анализе социальной успешности человека *Ф. Гиддингс* исходит из наличия/отсутствия у него определенных личностных черт: так, с его точки зрения, вне зависимости от других факторов более «социально желательными» являются люди внимательные, ответственные, независимые в мыслях и стремящиеся принести пользу обществу. Напротив же, безответственные, равнодушные, эгоистичные индивиды обречены на плохую приспособленность к социальной среде и неуспех. Ведущая задача – такое приспособление человека к обществу, которое обеспечивает ему успешное функционирование. Процесс достижения известного соответствия человека требованиям социальной среды определяется как процесс *социальной адаптации*, а нарушение его – как *дезадаптация*.

Эта проблема по-разному предстает в различных теоретических ориентациях.

С точки зрения *бихевиоризма*, социально-психологическая адаптация понимается как процесс, посредством которого достигается состояние социального равновесия между индивидом и группой, как отсутствие конфликтных отношений человека с ближайшим социальным окружением.

Основное внимание *психоаналитических* концепций при анализе адаптации направлено на формирование и развитие защитных механизмов личности, причем сам процесс адаптации выступает как многоуровневый, а психологические защиты могут играть для личности как стабилизирующую, так и дестабилизирующую роль. В силу того что проблема психологической защиты содержит в себе центральное противоречие между стремлением человека сохранить психическое равновесие и теми потерями, к которым ведет избыточное вторжение защит, выделяют и патологические защиты как неадекватную форму адаптации. В современном психоанализе выделяются две разновидности адаптивных реакций личности: аллопластическая адаптация, осуществляющаяся за счет изменений во внешнем мире, совершая которые человек приводит внешний мир в соответствие со своими потребностями, и аутопластическая адаптация – приспособительные изменения внутри самой личности.

Предложена еще одна разновидность социальной адаптации: поиск человеком такой социальной среды, которая является наиболее благоприятной для его жизнедеятельности.

Несколько иная формула используется *Э. Эриксоном*: противоречие – тревога – защитные реакции человека и среды – гармоничное равновесие или

конфликт. То есть в том случае, если защитные реакции человека или уступки среды действенны, результатом адаптации может быть гармония и сотрудничество человека и общества, в противном случае – их взаимодействие разворачивается как конфликт.

Важный вклад в проблему понятия психической адаптации вообще и социальной адаптации в частности был внесен *Ж. Пиаже*. Адаптация рассматривается им как единство двух противоположно направленных процессов – ассимиляции и аккомодации. Ассимиляция – приспособление за счет изменений среды, аккомодация – за счет изменений самой личности. Полноценная адаптация обеспечивается в случае равновесия между процессами ассимиляции и аккомодации на социальном и личностном уровне. Преобладание на уровне социальной адаптации процессов аккомодации приводит к появлению конформности, зависимости, преобладание процессов ассимиляции – к агрессивным проявлениям, негативизму. На личностном уровне доминирование аккомодации провоцирует низкую самооценку, тревожность, неприятие себя; доминирование ассимиляционных процессов проявляется в завышенной самооценке, не критичности.

Для *интеракционистского* подхода к анализу социально-психологической адаптации характерно ее рассмотрение как успешного выполнения личностью нормативного ролевого репертуара и умения разрешать возникающие ролевые конфликты. Выделяют два вида адаптивного поведения личности и две важнейшие сферы проявления адаптивности–неадаптивности. Первый тип адаптивного поведения – конформное принятие норм и ценностей общества. Другой тип адаптивного поведения – успешное использование человеком сложившихся условий для осуществления своих целей, ценностей и стремлений. Адаптивное поведение в данном случае характеризуется принятием эффективных решений, проявлением инициативы и ясным определением собственного будущего. Адаптивность человека может проявляться в двух основных сферах: социально–экономической активности (человек добивается компетентности и мастерства) и личных отношений (установление эмоционально–насыщенных социальных связей).

Взгляд *гуманистических* психологов на эту проблему резко противостоит представлениям об адаптации как гомеостатическом процессе. Адаптация рассматривается как сложный динамический процесс взаимодействия личности и среды, приводящий к оптимальному соотношению ценностей личности и среды. Критерием адаптированности личности для *А. Маслоу* является степень интеграции личности и среды, а возникновение дезадаптации связывается с фрустрацией базовых, прежде всего высших потребностей.

Что же касается психической напряженности, то она, по мнению *В. Франкла*, есть необходимое и естественное условие развития личности, если степень напряжения адекватна силе воздействия, а состояние сознательно контролируется человеком.

В работах отечественных авторов прослеживается взгляд на

социальную адаптацию личности, созвучный идеям интеракционизма и гуманистической психологии. Еще в учении о психических уровнях, разработанном *А.Ф. Лазурским*, отмечалось, что если низший психический уровень дает по преимуществу индивидов, недостаточно приспособленных, средний – приспособившихся, то представителей высшего уровня можно назвать – приспособляющимися.

Как считают ученые, процесс социально-психологической адаптации не может быть отделен от развития личности, ее становления. Напротив, он тесным образом связан с гармоническим развитием индивидуальности. Социальная адаптация человека предусматривает активную личную позицию, способность взаимодействовать с окружающим миром в конкретных условиях существования, сохраняя себя как личность.

При анализе эмпирических исследований процесса социально-психологической адаптации выделяют три ряда факторов, определяющих успешность социально-психологической адаптации к социальным изменениям: 1) способность человека к изменению своих ценностных ориентаций и Я-концепции; 2) умение находить определенный «баланс» между своими ценностными ориентациями и социальной ролью; 3) ориентация не на конкретные социальные требования, а на принятие универсальной системы ценностей.

Изучение психологических особенностей, обеспечивающих адаптацию и принятие себя человеку с ограниченными возможностями, является частью научного направления. Оно исследует способность человека сохранять относительное психологическое, психическое благополучие вопреки психотравмирующим жизненным ситуациям.

Феномен, который отражает свойство психики человека сохранять целостность вопреки травмирующей ситуации, может обозначаться по-разному, среди наиболее часто встречающихся названий – *сопротивляемость, устойчивость, жизнестойкость, выносливость*. Но независимо от избранного исследователем понятия, фактически каждый раз решаются вопросы:

Что именно делает человека устойчивым или уязвимым к тому или иному негативному воздействию со стороны общества?

Каковы критерии, позволяющие охарактеризовать личность как обладающую высоким уровнем сопротивляемости или же отнести ее к группе риска?

Переживание личностью своей защищенности в ситуации интеграции в общество является критерием, позволяющим определить уровень устойчивости или же, напротив, уязвимость к психотравмирующему воздействию.

В современных исследованиях **защищенность** рассматривается в связи с проблемой безопасности личности и общества. **Безопасность** (биологическая, экологическая, правовая, политическая, социальная, в чрезвычайных ситуациях) раскрывается через защищенность субъекта от каких-либо негативных воздействий окружающей среды. Высокий уровень защищенности личности от пренебрежения со стороны социума

рассматривается как один из показателей психологической безопасности среды, среди которых выделяется удовлетворенность субъектов основными характеристиками взаимодействия и позитивное отношение к ней. Структура защищенности от пренебрежения соответствует формам проявления психологического насилия в межличностном взаимодействии и представляет собой защищенность от публичного унижения, оскорбления, высмеивания, угроз, обидного обзывания, принуждения, от игнорирования, неуважительного и недоброжелательного отношения.

В поисках психологических ресурсов, обеспечивающих защищенность, а, следовательно, и сопротивляемость личности, требуется рассмотреть существующие теоретические подходы и эмпирические исследования, которые объясняют механизмы формирования социальной и личностной идентичности.

2.2. Социальная и личностная идентичность инвалидов

Область исследования идентичности возникала в русле общепсихологических и социально-психологических исследований личности. Родоначальником считают *У. Джемса* с его концепцией осмысления личностью своей самотождественности, своих границ и места в мире. *У. Джемс* показал, что человек думает о себе в двух плоскостях, откуда и два аспекта идентичности: в личностном аспекте, что и создает личностную самотождественность, и в социальном аспекте, где формируется многообразие социальных Я индивида.

К идее о двух аспектах осмысления личностью своих границ в мире обращались *Ч. Кули* (теория зеркального Я), *Г. Мид* (становление личности во взаимодействии с другими), *Э. Эриксон*.

Теоретическая и эмпирическая разработка проблемы идентичности началась сравнительно недавно, в 60-е гг. XX в., хотя само понятие идентичности имеет довольно длительную историю. Близким по смыслу к нему было понятие «базовая личность» введенное *А. Кардинером* и определяемое культурантропологическими теориями как манера вести себя, вступать во взаимодействие с другими людьми. Понятие идентичности широко использовали различные ролевые теории личности, в рамках которых она понималась как структурная совокупность различных ролей, интериоризуемых в процессе социального обучения.

Однако помимо собственно психологической истории своего становления понятие идентичности оказалось стержневым для ряда социально-философских концепций, например в работах *Э. Фромма* (1900-1980), имевших в качестве своего предмета анализ современных особенностей взаимоотношений человека и общества, благодаря чему данное понятие используется гораздо шире чисто психологического контекста.

Э. Фромм обращается к проблеме идентичности, анализируя диалектическую взаимосвязь индивидуального и всеобщего в человеческой природе в книге «Бегство от свободы» (1941). Он определяет персональную идентичность как результат индивидуализации человека. По мнению *Э. Фромма*, последняя есть следствие обособления его сил природы и от

других людей, что впервые становится возможным лишь на определенном этапе человеческой истории, а именно в Новое время.

Но, как отмечает Э. Фромм, одновременно одной из ведущих человеческих потребностей, составляющую самую сущность человеческого бытия, является потребность в связи с окружающим миром, потребность избежать одиночества, что достигается путем самоотождествления с каким-либо идеями, ценностями, социальными стандартами, т.е. путем формирования социальной идентичности.

Впервые детально понятие идентичности было представлено в известной работе Э. Эриксона «Детство и общество» (1950). Э. Эриксон понимал идентичность в целом как процесс организации жизненного опыта в индивидуальное «Я», что предполагает его динамику на протяжении всей жизни человека. Он определяет идентичность как сложное личностное образование, имеющее многоуровневую структуру. Это связано с тремя основными уровнями анализа человеческой природы

Структура идентичности:

Индивидуальный уровень анализа – идентичность определяется как результат осознания человеком собственной временной протяженности. Представление о себе как некоторой относительно неизменной данности того или иного физического облика, темперамента, задатков, имеющего принадлежащее ему прошлое и устремленного в будущее.

Личностная точка зрения – идентичность определяется как ощущение человеком собственной неповторимости, уникальности своего жизненного опыта.

Социальный уровень анализа – групповые стандарты, которые помогают процессу Я-категоризации: это те характеристики человека, благодаря которым он делит мир на похожих и непохожих на него. Последней структуре Э. Эриксон дал название социальной идентичности.

Таким образом, по Э. Эриксону персональная и социальная идентичность выступают как некоторое единство, как две неразрывные грани одного процесса – процесса психосоциального развития ребенка.

Теоретическое осмысление дано в трудах А. Тэшфела, который разработал теорию социальной идентичности (*Social Identity Theory – SIT*), и Дж. Тернера, предложившего теорию самокатегоризации (*Self-Categorization Theory – SCT*).

Социально-экономические изменения, произошедшие в нашей стране за последние годы, отразились на развитии процесса личностного роста, становлении индивидуального стиля социализации. Это повлекло за собой и изменение содержания личностной и социальной идентичности, что побуждает каждого человека пересмотреть отношение к себе, своему окружению, искать свою социальную группу, которая помогла бы восстановить внутреннюю целостность «Образ-Я».

Нахождение своей социальной группы ребенком-инвалидом необходимо для успешной социализации, где значимым является взаимное принятие ребенка и группы: при этом не только ребенок считает себя членом этой группы, но и группа положительно относится к нему, рассматривая его

как своего представителя.

Это приводит к необходимости обратить внимание и на особенности индивидуального стиля общения, используемого ребенком-инвалидом, так как непродуктивный стиль общения может привести к конфликтам. Стиль предполагает компенсацию слабых сторон психики конкретного ребенка-инвалида за счет развития его сильных качеств. Нахождение индивидуально стиля общения ребенка со взрослыми и сверстниками, а также преодоление тех затруднений, которые возникают у него при соблюдении определенных правил поведения, общения, даст возможность ребенку-инвалиду раскрыть свои потенциальные способности и таким образом стимулирует его личностный рост, повышая уверенность в собственных силах и положительное отношение к окружающему миру в целом и успешной социализации.

2.3. Особенности социализации инвалидов

Проблема социализации инвалидов является одной из наиболее актуальных в настоящее время, что связано с несколькими причинами. В условиях глобализации происходит расширение пространства межличностных контактов, взаимодействия между людьми разных культур, разных социальных и этнических групп, но ограниченные возможности граждан могут отяготить процесс коммуникаций.

Умение выстраивать отношения с окружающими в новой (меняющейся) реальности, находить продуктивные способы самореализации в различных ситуациях является одним из основных параметров *личностной зрелости*. Особенно для людей с ограниченными возможностями.

Значимой причиной повышения интереса к проблеме социализации является увеличение неопределенности, которая связана с происходящими трансформациями ценностей, норм, эталонов в современном изменяющемся мире. В обществе постоянно меняются «правила игры» даже в относительно стабильных социальных группах. Исходя из этого, можно констатировать, что процесс социализации как таковой происходит не только в детстве, но на протяжении всего жизненного пути.

Не менее важным фактом является то, что успешная самореализация любого человека требует социального принятия окружающими результатов творческой активности инвалида. Современная социальная ситуация диктует необходимость становления активной и гибкой жизненной позиции, стимулирующей людей к использованию всех имеющихся у них потенциальных способностей для самореализации и личностного роста в рамках тех социальных условий и той культуры, в которой они растут и развиваются.

В любой науке существует ряд понятий, которые имеют достаточно широкое общепринятое значение. Зачастую они используются по самым разным содержательным поводам и, возможно, именно в силу этой востребованности постоянно критикуются за многозначность и расплывчатость. К таким понятиям явно можно отнести термин *социализация*. С одной стороны, вопрос о процессе вхождения человека в

социум, об организации, формировании его отношений с окружающей социальной средой всегда стоит в центре внимания почти всех гуманитарных дисциплин. С другой стороны, сам процесс так сложен, что по-разному может трактоваться не только в разных науках, но и в рамках одной науки – психологии.

Американский социолог *Н. Смелзер* определяет социализацию как процесс формирования умений и социальных установок индивидов, соответствующих их социальным ролям. Польский социолог *Я. Щепанский* понимает под социализацией влияние среды в целом, которые приобщают индивида к участию в общественной жизни, учат его пониманию культуры, поведению в коллективах, утверждению себя и выполнению различных социальных ролей.

В различных словарях социализация определяется как:

процесс усвоения индивидом на протяжении его жизни социальных норм и культурных ценностей того общества, к которому он принадлежит;

процесс усвоения и дальнейшего развития индивидом социально-культурного опыта;

процесс становления личности, обучения и усвоения индивидом ценностей, норм, установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной общности, группе;

сложный, многогранный процесс включения человека в социальную практику, приобретения им социальных качеств, усвоения общественного опыта и реализации собственной сущности посредством выполнения определенной роли в практической деятельности.

Термин социализация, несмотря на его широкую распространенность, не имеет однозначного толкования среди различных представителей психологической науки. В системе отечественной психологии употребляется еще два термина, которые порой предлагают рассматривать как синонимы слова «социализация»: *развитие личности* и *воспитание*.

Иногда к понятию социализации вообще высказывается довольно критическое отношение. В содержание этого понятия некоторые авторы включают процесс «вхождения индивида в социальную среду», «усвоения им социальных влияний», «приобщения его к системе социальных связей» и т.д. Процесс социализации представляет собой совокупность всех социальных процессов, благодаря которым индивид усваивает определенную систему норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве члена общества.

Г.М. Андреева (2001) определяет **социализацию** как двусторонний процесс, включающий в себя, с одной стороны, усвоение индивидом социального опыта путем вхождения в социальную среду, систему социальных связей; с другой стороны, процесс активного воспроизводства индивидом системы социальных связей за счет его активной деятельности, активного включения в социальную среду. Человек не просто усваивает социальный опыт, но и преобразовывает его в собственные ценности, установки, ориентации. Этот момент преобразования социального опыта фиксирует не просто пассивное его принятие, но предполагает активность

индивида в применении такого преобразованного опыта, т.е. в известной отдаче, когда результатом ее является не просто прибавка к уже существующему социальному опыту, но его воспроизводство, т.е. продвижение его на новую ступень. Понимание взаимодействия человека с обществом при этом включает в себя понимание в качестве субъекта развития не только человека, но и общества, объясняют существующую преемственность в таком развитии. При такой интерпретации понятия социализации достигается понимание человека одновременно как объекта, так и субъекта общественных отношений.

Первая сторона процесса социализации – усвоение социального опыта – это характеристика того, как среда воздействует на человека; вторая его сторона характеризует момент воздействия человека на среду с помощью деятельности. Активность позиции личности предполагается здесь потому, что всякое воздействие на систему социальных связей и отношений требует принятия определенного решения и, следовательно, включает в себя процессы преобразования, мобилизации субъекта, построения определенной стратегии деятельности.

Таким образом, процесс социализации в этом его понимании ни в коей мере не противостоит процессу развития личности, но просто позволяет обозначить различные точки зрения на проблему.

В самом общем плане все подходы к процессу социализации можно разделить на две различные парадигмы: созревание и индивидуальный путь развития.

С одной стороны, большинство теорий социализации исходят из идеи существования некоторого идеального, нормативного процесса, с которым и сопоставляется течение социализации конкретного ребенка, группы детей и т.д. Условно это направление может быть названо *парадигма созревания*. Согласно этому направлению, существует четкая последовательность этапов, смена которых более или менее жестко связана с определенными возрастными границами, а последовательность определяется некоторой внутренней логикой, присущей этому процессу. Классическим примером такой концепции является периодизация *З. Фрейда*. Для *Э. Эриксона* развитие личности в обществе задается психоаналитическими закономерностями, во многом «разбавленными» некоторыми социальными факторами. Другая влиятельная современная система взглядов на социализацию принадлежит ученику *Ж. Пиаже* *Л. Колбергу*, который отождествляет этот процесс с моральным развитием личности.

При всей непохожести этих концепций их объединяет представление о том, что существует некий правильный, идеальный процесс социализации, к которому следует стремиться, по которому нужно оценивать конкретную ситуацию развития. Однако обе эти теории нарушают жесткость представлений парадигмы созревания. *Э. Эриксон* частично, а *Л. Колберг* полностью отказываются от жесткой связи этапов и возраста; для каждого из них процесс социализации растянут на всю жизнь человека и т.д. Можно сказать, что современная ситуация в психологии характеризуется переходом к новой идеологии, суть которой сводится к тому, что жизненный путь

каждой личности уникален и неповторим. В каждый отдельный момент перед человеком предстает бесконечность вариантов его развития, и выбор направления движения связан с огромным числом возможностей и имеет вероятностную детерминацию.

Новая система взглядов на процесс социализации, условно называемая *парадигмой индивидуального пути развития*, в основных принципах принимается подавляющим большинством психологов. Наиболее полно эти принципы были сформулированы американскими психологами Л.Р. Шерродом и О.Г. Бримом – младшим:

1) развитие является принципиально плюралистическим как в процессе, так и в результате; ни процесс, ни конечный результат не могут считаться односторонними и ведущими к определенному конечному состоянию;

2) развитие имеет место от зачатия до смерти; пластичность сохраняется на все жизненный путь; разные процессы развития могут начинаться, продолжаться и заканчиваться в различные периоды жизни;

3) индивидуальные различия в развитии бесконечны; вариативность индивидуального развития может отражать изменчивость процесса развития в целом;

4) множественность детерминации развития; в разных областях различные факторы влияют на развитие;

5) человек – не только продукт, но и субъект своего развития.

Анализ процесса социализации в эпоху кардинальных социальных изменений еще раз подтверждает ограниченность и неадекватность попыток построения модели процесса идеальной социализации, а новая теоретическая парадигма оказывается значительно более подходящей, поскольку вхождение в изменчивый и непостоянный социальный мир, несомненно, имеет свои специфические особенности.

Таким образом, вопрос социализации, критериев и механизмов успешной социализации инвалидов является очень значимым и с теоретической, и с практической точек зрения. При этом конечной целью изучения факторов, влияющих на становление индивидуального стиля жизни, является анализ условий, способствующих интернализации, то есть присвоению социальных норм и ценностей. Это связано с выработкой нового отношения, переживания новых знаний как своих, что достигается развитием мотивации, лежащей в основе нового поведения. С этой точки зрения, одним из важнейших становится вопрос о механизмах интроекции внешних норм, ценностей и эталонов.

Социализация инвалидов рассматривается как процесс присвоения норм, ценностей и эталонов и формирования положительного отношения к ним. Критерием успешной социализации (социализированности) может быть социальная и профессиональная успешность – как карьерный рост, так и принятие группой, высокий социометрический статус в ней. Критерием успешной социализации, не фрустрирующей личностный рост человека, могут быть и дифференцированные представления человека о себе.

Расширение круга общения, появление новых норм и обязанностей

приводит к уменьшению числа инвалидов, отрицательно или амбивалентно относящихся к себе. Например, ребенку-инвалиду могут помочь найти ту группу, которая их положительно оценит и примет, новый статус школьника, общение со сверстниками и учителями детей. Относительная школьная успешность повышает и степень социализированности детей, а положительные переживания, связанные с возможностью соответствовать нормам, приводят к принятию и себя, и этих норм.

Анализ когнитивного и интенционального (эмоционально-ценностного) компонентов переживания в подростковом возрасте показал приоритетное значение именно когнитивного компонента, отражающего стремление подростков к осознанию своих собственных качеств и дифференциации оценок окружающих. Развитие социальных переживаний связано с социализацией и процессом интериоризации мнений и установок окружающих и самокатегоризацией, при этом подростки скорее принимают мнения и ценности близких взрослых и сверстников, но не стремятся к поиску других групп, более близких по ценностным ориентациям и стремлениям.

Процесс социализации и формирования социальной идентичности для всех подростков существенно облегчается в том случае, когда эталонами являются не обобщенные социальные нормы, но культурные ценности, заданные в виде конкретных персонажей (художественных, исторических) и опосредованные эстетическими переживаниями. Анализ переживаний, прежде всего социальных переживаний, связанных с отношением к ценностям и нормам, дает возможность выстроить более адекватные для принятия и интериоризации подростками способы усвоения моральных норм и эталонов поведения.

Через развитие эмоциональной сферы можно «заложить» знания так, чтобы сочетать индивидуальность, личностный рост и социализированность детей и подростков с ограниченными возможностями. Наиболее важным аспектом в процессе социализации являются социальные переживания, в той или иной степени связанные с эстетическими эталонами, так как культура, эмоционально воспринимаемая как единое целое, дает укорененность и устойчивость, необходимые для успешной социализации людям с ограниченными возможностями здоровья.

2.4. Особенности общения с инвалидами

Клиентами психологов, педагогов, воспитателей, работающих в социальной сфере, довольно часто являются инвалиды, люди с ограниченными возможностями здоровья самого разного возраста – дети, взрослые и пожилые. Безусловно, специалисты должны иметь знания в области возрастной психологии, иметь представления о специфике того или иного заболевания, ограничивающего жизнедеятельность человека. Вместе с тем, не менее важным является *компетентность* в области психологии общения, или **коммуникативная компетентность**, которая рассматривается как система внутренних ресурсов, необходимых для

построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций личностного взаимодействия.

Определяя группу инвалидности, специалисты проводят анализ способности человека к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности, ориентации во времени и пространстве. При этом, уделяется особое внимание способности к общению, которая включает:

- способность к восприятию другого человека (способность отразить его эмоциональные, личностные, интеллектуальные особенности);
- способность к пониманию другого человека (способность постичь смысл и значение его поступков, действий, намерений и мотивов);
- способность к обмену информацией (восприятию, переработке, хранению, воспроизведению и передаче информации);
- способность к выработке совместной стратегии взаимодействия, включающей разработку, проведение и контроль за выполнением планируемого, с возможной при необходимости корректировкой⁴.

Коррекционная работа строится с опорой на диагностику клиента по данным критериям. Она направлена на адаптацию и социализацию инвалидов. Однако часто и сами специалисты социальной сферы недостаточно компетентны в области налаживания плодотворного, безконфликтного общения, а порой испытывают значительные трудности в работе с инвалидами, ощущая тяжесть и собственную беспомощность во взаимодействии с такими клиентами.

Таким образом, в работе специалиста социальной сферы профессионально важными навыками являются:

- владение приемами эффективной коммуникации,
- умение построить беседу, учитывая индивидуальные особенности клиента, имеющего физические ограничения,
- умение обучить продуктивному взаимодействию своих клиентов.

Основные теоретические аспекты общения с людьми с ограничениями здоровья

В социальной психологии принято выделять три основные стороны общения (Андреева Г.М., 1996):

- взаимное восприятие и понимание людьми друг друга (перцептивный аспект общения);
- обмен информацией (коммуникативный аспект);
- осуществление совместной деятельности (интерактивный аспект).

Перцептивный аспект общения. Речь человека тесно связана с невербальной коммуникацией, которая ее поддерживает, сопровождает и подчеркивает. Независимо от продолжительности общения партнеры по общению получают информацию о друг о друге по их внешнему облику. При этом взгляд, мимика, движения, жесты и проч. позволяют понять

⁴ *Холостова Е.И.* Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2007. – С.78.

эмоциональное состояние партнера гораздо глубже, чем сказанные слова. К примеру, на обычный вопрос: «Как дела?», воспитанный человек, не претендуя на время собеседника, как правило ответит: «Окей!». Но глаза могут «сказать» гораздо больше слов.

Невербальное общение включает: телодвижения, позы; движения рук, жесты; движения и выражения лица; прикосновения; движения, выражения и контакт глаз; передвижения в пространстве.

Согласно данным современных исследований, передача информации происходит за счет вербальных средств (только слов) на 7 %, звуковых средств (включая тон голоса, интонации звука) – на 38 %, а за счет невербальных средств – на 55-65%.

Невербальное поведение человека неразрывно связано с его психическими состояниями и служит средством их выражения. В процессе общения невербальное поведение выступает объектом истолкования не само по себе, а как показатель скрытых для непосредственного наблюдения индивидуально-психологических и социально-психологических характеристик личности. На основе невербального поведения раскрывается внутренний мир личности, осуществляется формирование психического содержания общения и совместной деятельности.

Большинство людей в процессе общения чаще всего концентрируют свое внимание на лицах партнеров и больше всего на глазах, которые оказываются видимым центром человека для воспринимающего субъекта. **Взгляд** – важный элемент в установлении отношений и формировании эмоциональной вовлеченности собеседника. То, как долго и насколько часто смотрят на человека другие, влияет на его эмоциональную и поведенческую реакции.

Исследования **мимики** были сконцентрированы на изучении того, как она связана с процессами внешнего проявления внутренних переживаний человека. Результаты многих исследований доказывают, что невербальные сигналы сообщают об эмоциях более убедительно. Посредством мимики человек неосознанно демонстрирует то, что он переживает, делая это явным для других. При этом точность и тонкость дифференцирования выражений лиц и соответствующих им состояний у разных людей неодинаковы.

Изучению особенностей восприятия человеком лиц других людей и дифференциации их выражений посвящено много исследований. Авторы этих работ стремятся проследить, как развивается способность распознавать эмоциональные состояния по выражению лица по мере формирования личности воспринимающего, выявить характерные особенности распознавания у людей, страдающих расстройством психического здоровья, установить основания, которыми руководствуются люди, определяя выражения лиц, соответствующие разным эмоциональным состояниям.

Характер распознавания человеком эмоциональных состояний может иметь диагностическое значение. *А.А. Бодалев* приводит в качестве примера исследование *С. Ванденберга* и *М. Маттиссона*, в котором авторы изучали насколько точно определяют выражения лиц, соответствующие различным эмоциональным состояниям, шизофреники и другие душевнобольные по

сравнению со здоровыми людьми. Испытуемым предлагались наборы фотографий мужских и женских лиц, выражающих состояние радости, печали, беспокойства, страха, гнева, смущения, презрения, удивления и подозрения. Исследователи установили, что нарушение внутриличностных связей и потеря социальных коммуникаций, характерные для больных шизофренией, а также для страдающих некоторыми другими видами душевных расстройств, в каждом случае определенным образом снижают способность правильно определять выражения лиц⁵.

Проявление эмоций с помощью невербальной коммуникации может противоречить или заменять то, что выражается с помощью языка. При таких обстоятельствах невербальная коммуникация более убедительна. Психолог, педагог, социальный работник в работе с клиентом обязательно должен «увидеть» это несоответствие и понять, что стоит за таким невербальным поведением человека. К примеру, человек старается говорить бодро, даже улыбается, но взгляд выдает тоску и печаль. Если оставить это без внимания, можно потерять действительный смысл того, что тревожит клиента.

На восприятие и понимание человека с ограниченными возможностями здоровья влияют следующие факторы:

- наличие заранее заданных установок, оценок, убеждений по отношению к инвалидам задолго до того, как реально начался процесс восприятия и общения;

- наличие уже сформированных стереотипов по отношению к инвалидам;

- стремление сделать преждевременные заключения о личности до того, как о нем получена исчерпывающая и достоверная информация.

Коммуникативный и интерактивный аспекты общения инвалидов

Научная и житейская психология с давних пор пытаются объяснить поведение человека, научить взаимопониманию и взаимодействию, помочь создать такие отношения, которые способствуют личностному росту человека.

Особенности общения и его влияние на психическое здоровье не были в центре внимания работ основоположников психотерапии. Однако в процессе лечения пациентов, страдающих психическими заболеваниями, ученые-практики стремились помочь им осознать скрытые причины заболевания. Спрятанные глубоко в подсознании тревога и напряженность, чувство вины или неспособность разрешить конфликт так или иначе связаны с общением человека с конкретными людьми. Изучение истории жизни пациентов, начиная с его раннего детства, свидетельствует о том, что общение со значимыми людьми оказывает влияние на развитие и психику не только ребенка, но и взрослого человека.

Отечественные психологи *А.Н.Леонтьев, Б.Г.Ананьев, М.М.Бахтин, В.Н.Мясищев* и др. в своих трудах рассматривали общение как важное

⁵ Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982 – 200с.

условие психического развития человека, его социализации и индивидуализации, формирования личности.

Коммуниктивный и интерактивный аспекты общения в зависимости от вида нарушения жизнедеятельности человека и от времени возникновения нарушения той или иной функции имеют свои особенности.

При выраженных нарушениях слуха страдает именно основное средство коммуникации – речь, ее восприятие. Огромное значение играет возраст, в котором человек теряет слух: есть ли зачатки речи, или ребенок не слышал никогда речь взрослого и звуки окружающего его мира. Нарушение слуха сказывается на нормальном формировании словесного мышления, что, в свою очередь, ведет к нарушению восприятия, познания, развития личности. Из-за речевых нарушений задерживается общение, обеспечивающее совместную со взрослыми деятельность с предметами. Происходит отставание формирования перцептивных обобщений, предметных представлений. В связи с отсутствием воздействия речи взрослого, ее эмоционального тона, формы эмоционального общения недоразвиваются уже с самых ранних этапов жизни. Это подтверждает положение *Л.С. Выготского* о механизмах влияния первичного дефекта на возникновение сложного иерархического ряда вторичных нарушений, определяющих развитие ребенка в целом.

Частота нарушений слуха по мере старения возрастает лавинообразно. Если среди лиц в возрасте 40-50 лет плохослышащих всего 6%, то среди лиц в возрасте 50-60 лет их уже 25%, в возрасте 60-70 лет – около 40%, а среди лиц старше 70 лет плохослышащих уже свыше половины. Многие пожилые люди не слышат тихие голоса, высокочастотные звуки, такие, как пение птиц или звонок телефона. Они испытывают трудности при общении с большой группой людей или в сложной акустической среде (поликлиника, вокзал, сберкасса). Потеря слуха перекрывает каналы, по которым к пожилому человеку поступает информация. Это не редко ведет к ухудшению коммуникации и снижению социальной активности.

При частичной или полной утрате зрения человек испытывает большие трудности не только в самообслуживании, передвижении, ориентации, обучении, трудовой деятельности, но и в общении. В связи с дефицитом зрения окружающая среда воспринимается ими с помощью других анализаторов. Преобладающей становится информация акустическая, тактильная, кинестетическая, цветоцветовая.

Приобретает значение форма и фактура предметов и материального мира в целом. Особую роль в жизнедеятельности слепых играет слух. Компенсаторная приспособляемость организма наделяет слепого фоточувствительностью кода, дающей возможность различать не только контуры, но и цвета крупных объектов.

Ограничение способности к общению – наиболее частое ограничение жизнедеятельности *психически больных*. Степень выраженности его может быть различной: либо сужение круга лиц, входящих в сферу общения, сокращение объема информации, либо полная утрата способности общения.

Немаловажным является знание специалистами специфических

особенностей того или иного заболевания, препятствующих налаживанию взаимоотношений с окружающими. Как пишет *К. Хорни* в своей книге «Невроз и личностный рост», самым фундаментальным отличием людей такого склада является вечное сомнение в реальности своего бытия. Чувство тревоги, которое всегда сопутствует нечеткости восприятия, стимулирует воображение и порождает тягостные предчувствия, заставляющие человека в той или иной мере дистанцироваться от общества.

Люди с неясным переживанием материальной ситуации склонны к тревожной мнительности. Их не оставляет ощущение, что мимо внимания прошло что-то важное, в окружающем мире действуют непонятные (а значит недружественные) силы, где-то таится угроза, но не обнаруживает себя явно. Люди, нечетко воспринимающие социальную реальность, испытывают тягостное предчувствие, что могут попасть в неловкое положение. Им кажется, что они не замечают в отношениях окружающих чего-то важного, стараются уловить скрытый смысл происходящего, во всем видят намеки на обстоятельства, понятные другим, но незамеченные самим. Такая впечатлительность тягостна для человека и вынуждает его строить многочисленные и многообразные психологические барьеры, что не может не отразиться на продуктивном общении.

Безусловно, есть ряд психических заболеваний, при которых взаимодействие и взаимопонимание затруднено из-за тяжелых поражений головного мозга. Однако несомненно и то, что психолого-педагогическая работа с психически больными людьми способствует организации посильного для человека общения с окружающими, результатом чего часто является улучшение общего состояния больного. Важное место в программе социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами занимает обучение семьи отношению к больному и созданию благоприятной микросреды, поддержанию контактов с социальными службами.

Особую группу среди инвалидов с психическими расстройствами составляют люди с *умственными нарушениями*.

Наличие умеренной и тяжелой умственной отсталости ведет к проблеме отсутствия навыков межличностного общения в среде здоровых людей, несформированности потребности в таком общении, неадекватной самооценке, негативному восприятию других людей, гипертрофированному эгоцентризму, склонности к социальному изживенчеству. Жизнедеятельность ребенка с умеренной и тяжелой умственной отсталостью не предусматривает широкого контакта со сверстниками. Если молодой человек содержится в психоневрологическом интернате, то его окружают люди со схожими социально-психологическими и коммуникативными проблемами; если он содержится дома, то с ним рядом находятся только родные и близкие.

Особенности психики и недоразвитие высших психических процессов и свойств личности умственно отсталого сужают круг его отношений и связей, сфера и масштаб их действия более ограничены, более элементарны и просты, менее интимны и разнообразны, отличаются прямым, непосредственным характером. Образующиеся внутриколлективные

отношения и связи носят индивидуальный характер, часто они находятся на уровне переживаний. Эти отношения менее гибки, менее устойчивы, носят чисто ситуационный характер.

Отношение к людям с ограничениями здоровья в последнее время меняется: теперь их воспринимают не как пациентов, нуждающихся в уходе, которые не вносят своего вклада в общественное развитие, а как людей, которые нуждаются в том, чтобы были устранены барьеры, препятствующие занятию ими достойного места в обществе. Эти препятствия не только социального, юридического характера, но также и существующие еще в общественном сознании рудименты отношения к инвалидам только как к жертвам биологической и социальной ущербности⁶. К таким препятствиям относятся эмоциональный и коммуникативный барьеры, возникающий при взаимодействии инвалида с окружающими.

Эмоциональный барьер является двусторонним, т.е. он может складываться из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида – любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и фрустрирующих эмоций инвалида: жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т.д. Подобный комплекс затрудняет социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды. Сам инвалид и его ближайшее окружение остро нуждаются в том, чтобы эмоциональный фон их взаимоотношений был нормализован.

Коммуникативный барьер. Расстройство общения, одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов, является следствием и физических ограничений и эмоциональной защитной самоизоляции, и выпадения из трудового коллектива, и дефицита информации. Поэтому закономерно, что восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций является одной из наиболее значимых целей социальной реабилитации инвалида⁷.

В этой связи, безусловно необходимо проводить работу по гармонизации этих взаимоотношений. Она должна быть в первую очередь направлена на преодоление негативных стереотипов как на макроуровне – уровне массового сознания, так и на микроуровнях – в органах социальной защиты и здравоохранения, коллективе, где учится или трудится инвалид, семье, школе. Помимо создания общего положительного фона в отношении инвалидов, содержанием такой работы должно стать просвещение.

2.5. Психологическое консультирование детей с ограничениями здоровья и их родителей

⁶ Петросян В.А. Равные права, равные возможности для людей с ограничениями здоровья. – М., 2010. – С. 48.

⁷ Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. – М.: издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2007. – С.34.

Проблемы семей, воспитывающих детей с инвалидностью, разнообразны и многоплановы. К ним относятся как сложности, непосредственно связанные со специфическими особенностями той или иной инвалидности, так и различные внешние факторы, оказывающие негативное воздействие на родителей таких детей.

Зачастую психологическая помощь родителям детей с инвалидностью оказывается несвоевременно и не соответствует стоящим перед ними проблемам. Вследствие этого у родителей может формироваться неадекватное, а зачастую и негативное отношение к своему ребенку. Это обстоятельство может иметь серьезные последствия отрицательного характера, для формирования *личности* ребенка с инвалидностью.

Помимо необходимости проведения психокоррекционной работы в области межличностных отношений родителей и ребенка-инвалида, как правило встает вопрос необходимости психологической коррекции отношений между матерью и отцом ребенка с инвалидностью, матерью и родственниками отца ребенка с инвалидностью, матерью ребенка с инвалидностью и ее родственниками, ребенком с инвалидностью и его здоровыми братьями и сестрами.

Анализ взаимоотношений в таких семьях позволяет выделить следующие типичные характеристики:

- чрезмерная гиперпротекция,
- потворствование одним потребностям ребенка и игнорирование других его потребностей,
- минимизации обязанностей и запретов для него,
- неустойчивость типа воспитания,
- наличие воспитательной неуверенности,
- фобии потери ребенка и проекция на ребенка собственных нежелательных качеств.

При изучении подростков-инвалидов специалисты пришли к выводу о ведущей роли психического и личностного здоровья в инвалидизации человека.

Психологическими параметрами психического и личностного здоровья подростка-инвалида выступают:

отношение к себе, Я-концепция как система представлений о самом себе, на основе которой он строит свое взаимодействие с другими людьми и относится к себе. В Я-концепцию входит несколько компонентов:

- когнитивный (образ своих способностей, внешности, социальной значимости);

- эмоциональный (самоуважение, самолюбие и т.д.);

- оценочно-волевой (стремление повысить самооценку, завоевать уважение и т.д.);

отношение к другим: этот параметр касается характера взаимодействия в микросоциальных отношениях, к кругу значимых других;

отношение к болезни как комплекс переживаний и ощущений больного, интеллектуальных и эмоциональных реакций на болезнь, лечение и взаимодействие с окружающими. Квалификация отношения к болезни

является основой коррекции неадекватных позиций и выбора адаптивных стратегий поведения;

специфика развития эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер: важно увидеть, что наиболее подвержено дефекту, что сохранно. Для задач психологического консультирования наиболее значима оценка уровня зрелости психических функций, наличие или отсутствие элементов психического инфантилизма, выделение благоприятных прогностических факторов как предпосылок успешной социальной адаптации клиента;

тип и уровень адаптации как характеристика процесса приспособления к условиям и требованиям социальной среды;

уровень регуляции поведения и деятельности как единство энергетических, динамических и содержательно-смысловых аспектов включает в себя: способность к целеполаганию, планированию жизненных целей; степень произвольности, осознанности, опосредованности речью психической деятельности; степень рефлексии; энергетический фон.

Специалисты особо отмечают качественное своеобразие развития человека, имеющего дефект. Качественное своеобразие подростка-инвалида задается законом о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в стремление к компенсации и сверхкомпенсации.

При рассмотрении процесса компенсации в психологическом консультировании важно ориентироваться на ряд положений, раскрывающих ее сущность и механизмы:

1. Дефект является препятствием, которое актуализирует внутренние силы к выздоровлению и социальной полноценности.

2. Любая помощь человеку с дефектом должна опираться на компенсаторные возможности – именно они выступают на первый план в развитии как его движущие силы.

3. Компенсация имеет целенаправленный характер. Ее цели зависят от внутренних стремлений человека к целостности, а с другой стороны, от социальных требований и ожиданий и направлены на достижение определенного социального типа. Социальная полноценность есть конечная цель, так как все процессы сверхкомпенсации направлены на достижение определенного социального типа, то есть устранение социальных последствий, связанных с дефектом.

4. Успешность компенсации имеет двойную обусловленность факторами внешнего (социального) и внутреннего (психологического) характера.

5. Компенсация – это результат целенаправленных действий. Компенсаторные силы создают возможность преодоления. Сверхкомпенсация есть крайняя точка одного из двух возможных исходов. Другой полюс – неудача компенсации, бегство в болезнь, полная асоциальность психологической позиции.

6. Путь к полной компенсации сложен и тяжел. Ценность для человека имеет не сам дефект и связанные с ним страдания, а их преодоление. Идея испытания есть средство для пробуждения сопротивления и развития ранее

не задействованных сил и резервов.

Оказывая психолого-педагогическую поддержку ребенку-инвалиду необходимо учитывать следующие параметры его коммуникативно-поведенческой, эмоционально-волевой и личностной сфер:

- стремление ребенка к контакту со взрослыми членами семьи (родителями, прародителями, опекунами);

- стремление ребенка к контакту с братьями и сестрами;

- стремление ребенка к контакту со сверстниками;

- стремление ребенка к контакту с чужими лицами (учителем, воспитателем и др.); характер взаимодействия (доброжелательность, негативизм, инициативность в осуществлении контакта);

- преимущественная форма контакта (вербальная, тактильная, зрительная, опосредствованная);

- ситуации, вызывающие коммуникативные трудности у ребенка;

- наличие паралингвистических средств общения: жестов, мимики, поз и др.;

- особенности и характер поведенческих проявлений (оптимизма, тревожности, застенчивости, агрессивности, истеричности, отгороженности и замкнутости);

- особенности выражения глаз и лица (тревожность, страх, радость, агрессия, отстраненность);

- особенности преобладающего эмоционального фона (оптимистический, нейтрально-деловой, тревожный, депрессивный, неуверенный, мрачный и др.);

- характер и содержание высказываний (оптимистичные, неуверенные, агрессивные и мрачные);

- наличие переживания дефекта и формы его проявления (депрессия, тревожность, агрессия и др.).

Наблюдение за родителями и опекунами детей-инвалидов осуществляется по нескольким параметрам. Учитываются следующие факторы:

- стремление (отсутствие стремления) к установлению адекватных контактов с ребенком;

- стремление (отсутствие стремления) к установлению адекватных контактов с другими лицами, членами семьи;

- форма и характер взаимодействия с ребенком;

- форма и характер взаимодействия с другими лицами;

- особенности коммуникативного поведения во взаимодействии с ребенком и другими лицами (доброжелательность, ласковость, жесткость, грубость, безразличие и др.);

- особенности применения паралингвистических средств общения с ребенком (мимики, жестов, поз);

- особенности использования разнообразных форм досуга (игр, экскурсий, прогулок, вечеров чтения и др.) для общения с ребенком;

- выбор преимущественной формы контакта с ребенком (вербальный, тактильный, зрительный, опосредствованный контакт, т.е. через кого-то).

На основании полученной информации и наблюдаемых личностных реакций, невербального поведения: тональности разговора, вибрации (дрожания) голоса, поведенческих реакций детей и родителей выявленных в процессе беседы строится план коррекционной работы, который безусловно, в дальнейшем изменяется и дополняется.

Коррекция эмоционально-волевых, коммуникативно-поведенческих и личностных проблем у детей-инвалидов осуществляется с учетом уровня их интеллектуальных возможностей и выраженности нарушений в психической сфере. Основными целями психокоррекционной работы с детьми, имеющими инвалидность, в рамках психологической помощи семьям являются: формирование эмоционально-теплых отношений детей к их родителям и другим близким лицам, развитие у детей адекватной установки на доброжелательное восприятие окружающего социального мира, формирование нравственных установок и адекватных поведенческих навыков.

В рамках формирования адекватных способов взаимодействия родителей с детьми психолог осуществляет:

- коррекцию неконструктивных форм поведения матери (агрессия, необъективная оценка собственного поведения и поведения ребенка, примитивизация поведения и др.);

- формирование продуктивных форм контакта в социуме (с ребенком, членами семьи, родственниками, специалистами коррекционного учреждения, другими лицами);

- обучение умению любить ребенка, умению сдерживать гнев, раздражение, возникающие в ответ на неумелость или психофизическую недостаточность ребенка;

- коррекцию понимания матерью проблем ее ребенка, а именно: постепенную нейтрализацию отрицания наличия проблем, когда мать ребенка из позиции защиты и позиции противопоставления себя социуму («Он у меня такой, как и все») переходит в позицию взаимодействия («А как его научить? Я не умею»);

- постепенное исключение гиперболизации проблем ребенка, бесперспективности его развития («Из него никогда ничего не получится»);

- постепенное исключение ожидания чуда, которое внезапно сделало бы ребенка совершенно здоровым, переориентировку матери с позиции бездействия на позицию деятельности с ребенком;

- коррекцию взаимоотношений с ребенком (из взаимоотношений, характеризуемых как гиперопека, к оптимальным взаимоотношениям, проявляющимся в уважении личности ребенка и предоставляющим ребенку достаточную его возможностям самостоятельность);

- расширение сферы творческого взаимодействия с ребенком.

В рамках реструктурирования иерархии жизненных ценностей родителей ребенка с инвалидностью, психолог:

- осуществляет коррекцию внутреннего психологического состояния родителей (состояние неуспеха, связанное с недостаточностью ребенка, должно постепенно перейти в понимание возможностей ребенка, в радость

от «маленьких успехов» ребенка);

формирует у родителей установку на ценность существования ребенка независимо от его психофизических ограничений и ценность духовного общения с ним (ценно то, что он любит родителей, а родители любят его);

содействует трансформации установки родителей из позиции переживания за своего ребенка по поводу его недуга в позицию творческого поиска реализации возможностей ребенка;

способствует повышению личностной самооценки родителей на основе результатов их титанического труда, наблюдаемых в успехах ребенка;

В работе психолога с родителями выделяются четыре этапа:

1. привлечение родителей к коррекционно-образовательному процессу, в который вовлечен ребенок;

2. психолог убеждает родителей ребенка в том, что именно в них нуждается ребенок, что именно они могут оказать ему самую необходимую помощь;

3. формирование у родителей интереса к процессу развития ребенка, демонстрация им возможностей существования «маленьких», но очень важных для ребенка достижений, родители обучаются отрабатывать дома с ребенком те задания, которые дает психолог;

4. развитие у родителей чувства успешности и психолого-педагогической компетентности в работе с ребенком.

Роль психолога в данной работе с родителями в сравнении со значением деятельности других специалистов является первостепенной. Привлекая родителей к работе с ребенком, психолог дает им возможность испытать радость успеха, закрепить стенические эмоциональные реакции. Это позволяет рассматривать образовательный процесс как психокоррекционный. Главная задача специалиста – это продемонстрировать родителям возможность поиска и обретения выхода из создавшейся ситуации путем реализации их собственной деятельности.

Только деятельность и творческий процесс, направленный на созидание (развитие ребенка), могут вывести родителей из состояния тревоги, отчаяния и позволят им обрести новые жизненные ориентиры. В итоге воспитательная и обучающая деятельность родителей содействует перестройке их личностей на принятие ребенка-инвалида, на объективную оценку его достоинств и недостатков.

Психолог не только обучает родителей определенному минимуму педагогических знаний, но и внушает им уверенность в успехе их деятельности, помогает осознать потребность в этой деятельности.

В процессе проведения коррекционных занятий самосознание родителей детей-инвалидов оптимизируется. Этот процесс направлен не столько на раскрытие внутреннего психологического конфликта (недуг ребенка с выраженными нарушениями развития может быть неизлечим), сколько на переориентировку родителей с общепризнанных моделей ценностей (ребенок не может быть неполноценным, он должен родиться здоровым, интеллектуально и физически сохранным), которые были у них сформированы в виде родительских репродуктивных установок до рождения

ребенка с инвалидностью, на общечеловеческие ценности.

Происходит формирование новых жизненных ориентиров у родителей относительно ребенка-инвалида. Кредо матери в результате проведенных занятий трансформируется в формулу: «Я счастлива от того, что у меня есть ребенок, я люблю его, а он любит меня». Те же процессы происходят и в сознании отца ребенка: «Я люблю этого ребенка. Он слаб. Он нуждается в моей силе и помощи. Он принес мне счастье».

Психокоррекционный процесс в работе с семьей, в которой воспитывается ребенок-инвалид, направлен на изменения в трех плоскостях измерений: когнитивной (познавательной), эмоциональной и поведенческой.

На сегодняшний день хорошо зарекомендовали себя психологические занятия – *тренинги* для родителей детей-инвалидов. Задача психолога, организующего такие занятия заключается в том, чтобы помочь участнику группы расширить существующий в его сознании собственный образ «Я» путем интеграции полученной информации (специально спроектированных типичных ситуаций, в которых приходится бывать участнику группы, а также личностно-философских установок, полученных частично от психолога, частично от других лиц, путем анализа примеров из жизни реальных или литературных героев и т.д.).

Вопросы и задания для самопроверки:

1. Какова структура идентичности?
2. В чем причина возникновения коммуникативных барьеров?
3. В чем отличие социализации от адаптации?
4. В чем особенности социализации инвалида?
5. Каковы возможности интеграции инвалида в обществе?
6. Опишите индивидуальные особенности инвалидов и их влияние на восприятие и понимание людьми друг друга.
7. Назовите основные тенденции коммуникативных проблем межгруппового общения инвалидов.
8. Что такое конформизм, его достоинства и недостатки?
9. Опишите технологии психосоциальной работы с детьми-инвалидами.

Литература для углубленного изучения темы

1. Алмазов Б.Н. Социальное отчуждение (Психолого-педагогический аспект) – М.: Дата Сквер, 2010.
2. Андреева Г.М. Социальная психология. – М.: Аспект-Пресс, 2002.
3. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. Ростов н/Д: Феникс, 1999.
4. Психология развития: Учебник для студ. высш. психол. и пед. учеб. заведений / Т.М. Марютина, Т.Г. Стефаненко, К.Н. Поливанова и др; Под

ред. Т.Д.Марцинковской. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 352 с.

5. *Социальная психология: Хрестоматия: Учеб. пособие для студентов вузов / Сост. Е.П. Белинская, О.А. Тихомандрицкая.* – М.: Аспект-Пресс, 2000. – 475 с.

6. *Столяренко Л.Д.* Психология делового общения и управления. Ростов н/Д: Феникс, 2005.

7. *Холостова Е.И.* Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2007.

8. *Шипицына Л.М.* Обучение общению умственно отсталого ребенка. Учебное пособие. – СПб.: ВЛАДОС Северо-Запад, 2010.

3. Инновационные технологии социально-психологической работы с детьми с ограничениями здоровья

3.1. Методы и приемы реабилитации детей-инвалидов

Реализация принципов в планировании и содержании коррекционно-развивающего обучения и воспитания обеспечивается комплексом общих и специальных методов.

Диагностические методы

Метод обобщения независимых характеристик (консилиум) заключается в обработке информации поступившей на ребенка из разных источников: от родителей, врачей, социальных работников, психологов, и педагогов-дефектологов, логопедов. Результатом деятельности команды специалистов, использующей данный метод, является разработка основных направлений индивидуального маршрута развития ребенка.

Метод изучения анамнестических данных включает анализ медицинских карт, то есть истории болезни ребенка и беседы с родителями с целью определения причин нарушения, течения заболевания, особенностей раннего развития, получения сведений о наличии ранней коррекционной работы, если таковая проводилась до поступления ребенка в учреждение.

Метод изучения документации психолого-педагогической и медицинской служб учреждений: планы работы всего учреждения, записи врача невропатолога/психоневролога, врача ЛФК в истории болезни, заполняемые каждые три месяца; планы работы учителей-дефектологов, логопедов, психолога и воспитателей (перспективные и ежедневные), дневники наблюдений за детьми, групповые журналы.

Таким образом, проводится комплексный анализ образовательной среды конкретного учреждения. Результаты анализа могут служить формированию адекватного представления о качественном составе контингента учреждения и уровне коррекционно-развивающей и воспитательной работы, быть источником постановки научной проблемы.

Коррекционно-развивающие методы. Организация коррекционно-развивающей работы осуществляется с использованием общедидактических наглядных и практических методов, включением методического арсенала реабилитационных и психотерапевтических технологий.

Наглядные методы. Наглядность является важным составляющим элементом специально организованных занятий и предметно развивающей среды, формируемой в доме-интернате. С помощью наглядных средств становится возможным создание четких и конкретных образов изучаемых предметов/объектов, ориентирование детей-инвалидов в окружающем пространстве, облегчается усвоение предлагаемого материала, активизируется деятельность детей.

Технология пиктограмм

Пиктограммы используются в качестве вспомогательного средства для

формирования адекватных и дифференцированных представлений об окружающем мире и компенсации нарушенной коммуникативной функции. Накопление и использование ребенком системы графических знаков позволяет активизировать процессы общения и обучения, расширять импрессивный и экспрессивный (невербальный) словарь, создавая, таким образом, базу для формирования вербальной речи.

«Коммуникационные доски»

В названии технологии отражена цель ее использования: формирование и реализация коммуникативных потребностей ребенка. Доска представляет собой наборное полотно с комплектом фотографии или реалистично выполненных иллюстраций (картинок) по темам, определяемым специалистами для каждого ребенка. Разработка содержания и оформления коммуникационных досок осуществляется с учетом интеллектуальных, зрительных, двигательных и речевых возможностей детей. Содержание доски меняется по мере его усвоения ребенком. Определенным этапом в работе с доской является включение карточек со словами, соответствующими изображению. Вводятся элементы обучения глобальному чтению.

Использование различных форм альтернативной (невербальной) коммуникации позволяет активизировать деятельность ребенка с выраженной интеллектуальной недостаточностью, развивать его когнитивные возможности, создавать ощущение психологической комфортности и безопасности включение описанных технологий в работу специалистов, работающих с «безречевыми» детьми, расширит и обогатит их методический арсенал.

Практические методы

В процессе их применения основным источником знаний становится деятельность детей. Выполняя практические задания с предметами/объектами (наблюдения, постановка опытов, программированные работы и др.), дошкольники приобретают чувственный опыт, необходимый для формирования устойчивых образов восприятия. Активное использование практических методов придает обучению деятельностный характер, что позволяет оптимизировать процессы развития и коррекции личности ребенка-инвалида.

В настоящее время накоплен опыт использования реабилитационных и психотерапевтических технологий в качестве методов, оптимизирующих пути и способы развития и коррекции несформированных/нарушенных функций у детей-инвалидов. Таковыми являются иппотерапия, песочная терапия; игровая терапия (ролевые и социально-ориентирующие игры) и т.п. Каждый из этих методов имеет свои правила организации, определенный арсенал приемов, направленных на:

- формирование Я-концепции;

- развитие эмоционально-волевой сферы, исполняющей роль регулятора поведения ребенка на основе отражения значимости различных ситуаций для

его жизнедеятельности;

обогащение сенсорно-перцептивной деятельности;

установление конструктивных межличностных отношений.

Коррекционная направленность этих методов реализуется в мероприятиях, основной целью которых является снижение эмоциональной и сенсорной депривации ребенка, устранение искаженного формирования Я- концепции, трудностей установления и поддержания различных форм общения.

Одним из методов коррекции личностного развития детей с ДЦП является лечебная верховая езда (ЛВЕ) – **иппотерапия** – лечебная верховая езда, что включает комплекс мероприятий, направленных на коррекцию опорно-двигательного аппарата, нарушений вертикализации, тренировку вестибулярного аппарата, развитие эмоционально-волевой сферы. Психологическими показаниями проведения занятий по иппотерапии является наличие стойких эмоциональных нарушений, стереоагнозии, нарушения координации движений, нарушения произвольного внимания, нарушения ориентировки в пространстве, раннего детского аутизма, двигательной расторможенности. Занятия иппотерапией оказывают гармонизирующее воздействие на эмоциональное и физическое состояние ребенка-инвалида. У него возникает побудительный мотив, направленный на преодоление своего недуга, стимулирующий самостоятельные активные действия. Расширяются его контакты с внешним миром, обогащается коммуникативная сфера. Ребенок, сидя верхом, вынужден постоянно общаться с инструктором, выполнять его задания, тем самым, обеспечивая себе безопасное положение и выход из затруднительных ситуаций, следовательно, обучаясь самоконтролю. ЛВЕ обеспечивает формирование правильного восприятия схемы тела и образа тела. Тем самым уменьшается разрыв между идеальным образом тела и реальным, что приводит к снижению возможности возникновения невротических состояний. ЛВЕ открывает новые возможности в логопедической работе: иппотерапия помогает не только закрепить полученные ранее на логопедических занятиях навыки правильного речевого дыхания, но и способствует увеличению объема дыхания, нормализации его ритма. Логопедическая работа в рамках ЛВЕ состоит из дыхательной гимнастики, удлиняющей выдох и активизирующей внутренние межреберные мышцы и подвижность диафрагмы, постановки сбалансированного резонанса, расширения диапазона голоса, увеличения его силы.

К инновационным технологиям психотерапевтической работы с детьми можно отнести песочную терапию, которая находит все более широкое признание у практиков.

Песочная терапия (sandplay, валёшегару) – один из психотерапевтических развивающих методов, направленных на разрешение личностных проблем через творчество и игру. Специалисты рассматривают песочную терапию в качестве эффективного метода помощи ребенку в адаптации к любым серьезным изменениям в жизни.

Метод построен на сочетании невербальной (процесс построения композиции) и вербальной (рассказ о готовой композиции, сочинение

истории или сказки, раскрывающей смысл композиции) экспрессии детей. Как самостоятельное направление, с хорошо разработанной теоретической базой и богатым эмпирическим материалом, песочная терапия чаще всего применяется в контексте арт-терапевтического и игротерапевтического подходов. Традиционно песочная терапия используется в психологической работе с детьми, начиная с трех лет.

Единственным противопоказанием использования песочной терапии является аллергия на песок.

В качестве основных материалов используется песок, вода, формочки, совочки, сито и маленькие игрушки. В подносе с влажным или сухим песком ребенок располагает миниатюрные объекты и создает образы. Используя осязание, обоняние и зрение, он воплощает в физическую форму свои самые потаенные созидательные и бессознательные мысли и чувства. Песочная терапия с помощью активного воображения и творческой символической игры является практическим, основанным на опыте методом, который может создать мостик от бессознательного состояния до сознательного, от умственного и духовного к физическому и от невербального к вербальному. Композиция, построенная ребенком, используется психологом для исследования его актуальных эмоциональных состояний и чувств. Использование песочной терапии в работе психолога позволяет снять у детей чувство тревоги и неуверенности, повысить самооценку, вернуть доверие к людям. С помощью этого метода психолог добивается, чтобы дети ощущали себя в эмоциональной безопасности, приобретали адекватные способы адаптации в окружающем мире, учились лучше понимать себя и других.

Арт-терапия. Особое место в работе с детьми, находящимися в условиях стационара, отводит **арт-терапевтическим методам**, основанным на использовании различных изобразительных средств. Процесс изобразительного творчества является источником активного коррекционно-развивающего воздействия на формирование личности ребенка-инвалида. Изобразительная деятельность включает в себя два компонента: восприятие искусства и исполнительство. Казалось бы, у детей с интеллектуальной недостаточностью на первый план выступают трудности овладения изобразительной техникой, т.е. исполнительства. Однако этот факт не мешает специалистам успешно разрабатывать и внедрять в практику работы инновационные технологии, направленные на развитие интеллектуальной и речевой деятельности, моторной функции рук детей средствами изобразительной деятельности и конструирования. Организация совместной со взрослым творческой деятельности (рисования) обеспечивает развитие коммуникаций ребенка с окружающим миром, создание мотивационной основы деятельности, обогащение его чувственного опыта, формирование представлений об окружающем и их отражение в движении, рисунке и речи. Реализация этих задач осуществляется через комплекс упражнений с пальчиковыми красками, разработанных для детей (с двух с половиной лет) с ДЦП. Выделяются этапы работы: вводный, основной и этап включения. На вводном этапе:

активизируется сенсорная сфера малыша (ощущения разной

модальности, все виды восприятия, способы сенсорного обследования);

устанавливаются первичные коммуникации в процессе совместной со взрослым деятельности (эмоциональные, ситуативные, предметные);

организуются различные способы коммуникации (от сопряженных, сопряжено-отраженных действий для детей с низким уровнем двигательной активности до действий по показу для детей с более высоким уровнем двигательной активности);

стимулируются различные способы эмоционального реагирования на ситуацию взаимодействия.

Воспитатель знакомит детей с материалами и инструментами (пальчиковыми красками, тычком и трафаретами, изготовленными их хозяйственных поролоновых губок). Привлекает внимание детей к плоскостному изображению реальных предметов: с помощью дидактических игровых приемов развивает у детей функцию соотнесения объемного и плоскостного изображения, формирует константность восприятия.

Основной этап работы заключается в ознакомлении ребенка с различными способами получения плоскостного изображения (пальцем, кулаком, ладошкой), развитии на этой основе зрительно-моторной координации; формировании качественной характеристики движений по таким параметрам, как произвольность, точность, направленность.

На этапе включения, когда рисование пальчиковыми красками в качестве специального приема используется специалистами в различных видах деятельности, формируются воображение и способы сотрудничества детей, совершенствуются основные технические приемы рисования, т.е. исполнительства.

Игровой терапией называют метод лечения или коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, в основу которого положен свойственный ребенку способ взаимодействия с окружающим миром – игра. Основная цель игровой терапии в том, чтобы помочь ребенку выразить свои переживания наиболее приемлемым для него образом – через игру, а также проявить творческую активность в разрешении сложных жизненных ситуаций, «отыгрываемых, или моделируемых в игровом процессе.

В основе игротехники, направленной игротерапии лежат методические приемы и игры со структурированным игровым материалом и сюжетом. Это педагогически организованные ролевые игры, в которых дети берут на себя разнообразные социальные и сказочные роли и в специальной, создаваемой самими детьми игровой ситуации, воссоздают деятельность и отношения взрослых и детей разного возраста. Согласно игровым ролям, они проявляют те качества, которыми в реальности обладают в малой мере: общительность, уверенность в себе, настойчивость, смелость и т.д., тем самым, стимулируя и укрепляя многие сущностные черты своего характера. Именно в роли скрыты коррекционные механизмы воздействия игры на познавательную и эмоционально-волевою сферу личности ребенка.

В качестве структурированного психотерапевтического средства с внутренним сюжетом успешно используются игры-драматизации, суть

которых в разыгрываемым детьми ролей по какому-то известному сюжету или по его поводу при обязательном, свободе в выборе средств и поворотов сюжетов. Корректирующие возможности игры заключены в педагогически контролируемой игровой ситуации, в которой дети общаются согласно ролям, но живущим в игровом поле сюжетной импровизации. В процессе игрового перевоплощения и общения корректируются подавляемые негативные эмоции, страх, неуверенность в себе, расширяются возможности детей в познавательной деятельности, способности к коммуникации. В условиях стационара наиболее эффективны игры с сюжетом на бытовую тему: «Кукла заболела», «День рождения» и т.д.

Психотерапевтическую направленность носят и строительные игры, в процессе которых в индивидуальной и совместно-групповой деятельности дети также выражают свои конструктивные или деструктивные намерения.

Особое место среди методов игротерапии занимают приемы телесно-ориентированной психотехники, органично сочетающие «подвижные» игры и упражнения и три эмоциональных компонента: музыку, слово взрослого и импровизацию самих детей. Через познание образа своего тела создается специфическая, эмоционально-положительная среда, способствующая укреплению тормозных реакций, координации движений, развитию равновесия, тренировке вестибулярного аппарата общей психофизической коррекции детей.

Использование вышеизложенных методов и приемов в практической работе специалистов варьируется в различных сочетаниях, и обеспечивает, таким образом, эффективное усвоение детьми программного материала.

Категории социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями классифицируют по четырем отличительным группам.

I группа – категории объекта, в которую включаются категории этимологического описания, статической характеристики объекта, динамической характеристики объекта;

II группа – категории деятельности, включающие в себя характеристики деятельности педагога-реабилитатора, способности к педагогической деятельности, совершенство педагога как личности, его личное обаяние, а также специфичность социально-педагогической работы;

III группа – категории отношений: личностные и общественные;

IV группа – категории процесса, подразумевающие отношение к дефекту, положение в семье, уровень развития навыков самообслуживания, двигательной, познавательной, социальной активности.

Под объектом описания подразумевается ребенок с ограниченными возможностями в динамике процесса реабилитации. Посредством категорий деятельности описывается функциональная сторона социально-педагогической реабилитации ребенка-инвалида. Категории отношений отражают широкий диапазон взаимодействий педагога с ребенком, семьей, специалистами. Категории процесса включают в себя выражение процессов объективации реабилитации в реальных делах, действиях, поведении и поступках, характеризующих изменения, происходящие в ребенке. Процесс

социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями по своему содержанию призван помочь достижению оптимального физического, психического, интеллектуального и социального уровня деятельности. Причем не просто достигнуть, но и поддерживать их системой четко продуманных реабилитационных мер.

Педагогический смысл реабилитации – создание среды (условий) для восстановления потенциала естественного развития сил ребенка: познавательных, физических, эмоциональных, когнитивных, и главное – духовно-нравственных, его гармоничности и целостности.

В отличие от коррекционного реабилитационный подход опирается на внутренний восстановительный потенциал человека. *Педагогическая реабилитация* есть процесс и результат восстановления максимально доступной ребенку с его «особенностями» целостности, гармоничности бытия и взаимодействия с окружающим миром, активной способности к самоосуществлению. Тем самым создаются условия для дальнейшего нормального, т.е. максимально возможного при соответствующих условиях, функционирования и развития человека.

Таким образом, *реабилитационная педагогика* определяется как направление в педагогической науке, изучающее теорию и практику педагогической реабилитации, т.е. процесс и результат восстановления максимально доступной «особенным» детям целостности, гармонии бытия, взаимодействия с образовательной средой и окружающим миром, способности к самоосуществлению.

Профориентационная работа

Занятия в мастерских являются важным средством нравственного воспитания детей. Работа в столярной, швейной и других мастерских детских домов, уход за растениями, животными дают возможность детям реализовать свои способности, увидеть конкретные плоды своего труда. Правильно организованный труд утверждает детскую потребность быть нужным людям. Эта потребность возникает с самого раннего возраста, но нередко угасает, оставаясь неостребованной взрослыми. Общественно значимый труд помогает ребенку–инвалиду поверить в себя, обрести и укрепить чувство собственного достоинства, повысить самооценку и самоуважение, требовательность к себе.

Умственная отсталость и ограниченные адаптивные способности являются хроническими состояниями, которые накладывают ограничения на многие важные области развития. Следовательно, требуется создавать программы, отвечающие уровню образования и развития каждого конкретного ребенка. Необходимо направлять развитие ребенка, его способностей достигать реальных, практических целей. Воспитание у детей с умственной отсталостью заинтересованного отношения к труду, формирование умений работать в коллективе рождает у них чувства самостоятельности, самоутверждения, ответственности.

Среди людей с тяжелыми и множественными нарушениями развития есть немало тех, которые могли бы и хотели бы заниматься разнообразной творческой работой. В связи с этим необходимо расширять диапазон

предлагаемых работ, создать условия для их выполнения лицами с ограниченными возможностями здоровья. Выявление склонностей детей к творческой деятельности происходит как раз в мастерских детских домов-интернатов (ДДИ), где в зависимости от психофизического развития, готовности ребенка к взаимодействию определяются методы работы с ребенком.

С четвертого года обучения занятия по освоению трудовых операций необходимо проводить в учебно-производственных мастерских, так как трудовое обучение в специально созданных условиях способствует формированию производственных отношений, воспитывает трудовую дисциплину, заставляет заботиться о подготовке и уборке рабочего места. Самостоятельным направлением в данной работе является лечебно-трудовая терапия в условиях лечебно-трудовых мастерских. Детей обучают малоквалифицированным видам труда. Это одна из форм социальной реабилитации. Воспитанники трудовых и старших групп владеют элементарными навыками санитарки-уборщицы, мойщицы посуды, подсобных рабочих, получают навыки определенных профессий (столяра, швеи). После перевода в психоневрологические интернаты многие из них работают, с учетом заключения бюро медико-социальной экспертизы, на штатных должностях, выполняя функции младшего медицинского персонала, рабочих (грузчика, дворника и пр.).

Вместе с тем среди людей с тяжелыми и множественными нарушениями развития есть немало тех, которые могли бы и хотели заниматься разнообразной творческой работой. В связи с этим необходимо расширять диапазон предлагаемых работ, создать условия для их выполнения.

Важным моментом в социально-трудовой реабилитации является организация совместного труда с педагогами, воспитателями. Это не только дает возможность получать ребенку знания и навыки, но и формирует его социальный опыт. Особенно важно это для детей, воспитывающихся в интернатах. В отличие от семейного воспитания, отношения между сотрудниками и воспитанниками по сути формализованы. В совместной трудовой деятельности, особенно в творческой атмосфере такие отношения становятся естественными, более теплыми. Подготовка к труду, к самореализации человека в трудовой деятельности в современных условиях становится центральной в контексте интеграции детей с отклонениями в развитии в общество.

Однако наличие отклонений в развитии безусловно ограничивает для ребенка выбор профессии, суживается круг числа доступных ему специальностей. В этой связи главным направлением профориентационной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, является воспитание у них интересов и склонностей к рекомендуемым видам труда при учете их потенциальных возможностей, реализация которых обеспечивается коррекционным характером обучения. Ребенок должен не только ориентироваться в мире профессий, но и иметь правильное представление о себе, о своих интересах и возможностях, сильных и слабых сторонах, о

ценностях и притязаниях.

3.2. Особенности социальной среды для детей-инвалидов

Реальная действительность, в условиях которой происходит развитие человека, называется *средой*. На формирование личности влияют разнообразные внешние условия, в том числе географические, социальные, школьные, семейные. По интенсивности контактов выделяют ближнюю (домашнюю) и дальнюю (социальную) среду. В понятие *социальная среда* входят такие общие характеристики, как общественный строй, система производственных отношений, материальные условия жизни, характер протекания производственных и социальных процессов и некоторые другие. *Ближняя среда* – это семья, родственники, друзья.

Организация особой реабилитационно-развивающей среды тесно взаимосвязана с условиями жизнедеятельности детей-инвалидов, от чего зависят особенности социально-психологической и социально-педагогической работы. Понятие *реабилитационно-развивающей среды* является частным по отношению к понятию среды социальной, под которой понимается взаимодействие всех социальных компонентов, окружающих человека. Реабилитационно-развивающая среда понятие более узкое по отношению к учебно-воспитательной среде образовательного учреждения. Системообразующим компонентом реабилитационно-развивающей среды является создание атмосферы поддержки, сотрудничества, реализации интересов и компенсаторных возможностей детей-инвалидов.

Усвоение ребенком принятых в обществе социальных норм и правил происходит через социализацию как спонтанно, в условиях стихийного влияния различных обстоятельств жизни в обществе, так и целенаправленно, в условиях педагогического воздействия. В ходе социализации происходит формирование таких индивидуальных образований, как *личность* и *самосознание*. В рамках социализации происходит усвоение социальных норм, ценностей, умений, стереотипов, установок, принятых в обществе форм поведения и общения, вариантов жизненного стиля.

Относительно недавно в практике работы с детьми, проживающими в стационарных условиях (как правило, в условиях детских домов-интернатов, ДДИ) появилось понятие *социально-средовая ориентация детей с ограниченными возможностями*, под которым понимается процесс, направленный на усвоение и воспроизводство умений и навыков ознакомления и изучения объектов и явлений окружающей действительности, на выработку линии поведения для активного взаимодействия с окружающим миром.

Коррекционно-развивающее сопровождение ребенка-инвалида реализуется в его индивидуальном маршруте (планировании и проведении коррекционно-развивающих мероприятий). Планирование и выполнение этой работы осуществляется по определенному алгоритму, позволяющему структурировать и эффективно организовывать обучение и воспитание детей-инвалидов.

В первую очередь объединяются профессиональные умения в

определении формата реализации индивидуальной программы развития (ИПР) детей-инвалидов. Сложная структура дефекта, многообразие клинических проявлений, индивидуальный характер дефицитарного развития ребенка-инвалида требуют многоступенчатого дифференциального обследования.

Диагностика ребенка-инвалида в стационарном учреждении проводится постоянно и носит динамический характер, в ходе которого выделяются приоритетные направления обследования, определяется мера активного участия в нем каждого специалиста. Методы и приемы обследования соответствуют специализации и разграничению функций специалистов.

Невропатолог. Врач ЛФК определяют двигательный статус ребенка в соответствие с ведущим неврологическим синдромом: состояние моторной функции рук, наличие лизэмбриогенетических стигм (малых аномалий развития) и пр. Дефектолог и психолог учитывают эти данные при анализе состояния ведущей деятельности, манипулятивных и предметно-практических действий. Логопед использует данные о наличии стигм, изменении мышечного тонуса органов дыхания, голосообразования и артикуляции для анализа их функций.

Логопед выявляет уровень сформированности довербальных функций (чувственной основы речи), уровень речевого развития, степень сформированности функций речи (регулятивной, контролирующей, планирующей, коммуникативной). Логопедическое обследование включает анализ состояния дыхательной и голосовой функций, органов артикуляции, лексико-грамматических средств, предпосылок развития связной речи и фонематического восприятия. Логопед фиксирует наличие/отсутствие невербальных, альтернативных средств коммуникации (зрительных, жестовых, паралингвистических, эмоциональных и др.). Эти данные учитываются другими специалистами при организации общения с ребенком, выборе средств организации деятельности ребенка в ходе обследования (невербальных в виде жестов, совмещенных действий, вербальных в виде инструкций и просьб).

Дефектолог определяет уровень сформированности сенсорной сферы, когнитивных функций, состояние ведущей деятельности и соответствие уровня ее развития физиологическому возрасту и возможностям ребенка с выраженной степенью интеллектуальной недостаточности. Состояние ведущей деятельности оценивается по ряду параметров: состоянию мотивационно-побудительной сферы, операционально-технического и реализующего звеньев. Эти данные позволяют определить оптимальный уровень требований специалистов к организации деятельности ребенка в ситуации обследования.

Психолог выявляет сильные стороны познавательного и эмоционального потенциала личности ребенка путем исследования когнитивных функций и опосредованного анализа эмоционально-волевой сферы и поведения. Выявленные продуктивные качества личности ребенка учитываются дефектологом и логопедом при выборе диагностических

методик. Для всех специалистов эти данные позволяют сформулировать психологические установки на взаимодействие с ребенком в ситуации обследования, занятия, свободного общения.

На первой ступени индивидуальной диагностики организуется совместное обследование ребенка специалистами педагогической и медицинской служб, основными задачами которого являются:

- качественный анализ физического развития ребенка, выявление нарушений деятельности в соответствии с состоянием моторных функций;

- установление взаимосвязи между нарушениями сенсорной сферы и состоянием гностико-практических функций (всеми видами гнозиса, зрительно-моторной координации и др.);

- анализ состояния органов артикуляции, дыхания и голосообразования в соответствии с данными неврологического обследования (нарушением мышечного тонуса, иннервации черепно-мозговых нервов и др.);

- постановка речевого диагноза (анартрия, дизартрия с указанием формы).

В процессе работы с документацией организуется сбор и анализ анамнестических данных для получения:

- общей картины этиопатогенеза при выраженной степени интеллектуальной недостаточности (тяжелой умственной отсталости): сведения о протекании беременности, родов, особенностях послеродового периода и др.;

- объективных данных об индивидуальных особенностях ребенка (сведения о раннем психомоторном развитии, наличии сенсорных расстройств – нарушений слуха и зрения и др.).

Заполняются протоколы обследования каждым специалистом. Проводится анкетирование родителей.

На второй ступени:

- организуется комплексное обследование или консилиум, целью которых является составление целостного представления о структуре дефекта, личностных особенностях, составляется целостное представление об актуальном состоянии ребенка;

- определяются способы реализации индивидуальной программы развития.

Комплексное диагностическое обследование с участием основных специалистов (психолога, логопеда, дефектолога, врача психиатра, невропатолога, ортопеда/врача ЛФК) проводится в трех случаях:

- при поступлении ребенка в учреждение,

- при отсутствии единой точки зрения или индивидуальном запросе специалистов работающих с ребенком,

- запросе родителей или лиц их заменяющих.

Обсуждению подлежат не первичные анамнестические данные, а материал, полученный каждым специалистом в ходе индивидуального обследования.

Задачи комплексной диагностики:

- установление уровня развития ребенка (его эмоционально-волевой,

когнитивной сферы, речи, двигательного статуса);

выделение нарушенных звеньев развития (установление взаимозависимости между проявлениями нарушений).

Итогом является составление психолого-педагогической характеристики на ребенка и определение основных направлений его индивидуального маршрута, технологий реабилитации.

Консилиум в форме круглого стола проводится тем же составом специалистов (без участия ребенка) с периодичностью, определяемой потребностями и возможностями учреждения. В начале и конце учебного года специалисты выносят на консилиум результаты динамической диагностики и медико-психолого-педагогической деятельности с детьми-инвалидами, находящимися в стационарном учреждении. В докладе каждого специалиста, по возможности, указываются причины выявленных у ребенка проблем, выделяются уровень сформированности и особенности формируемых функций, в свободной форме дается описание поведения, самочувствия, характеристика выраженных индивидуальных особенностей. В задачу консилиума также входит определение возможных проблем усвоения ИПР и способов их преодоления; разработка предложений возможных путей сопровождения ребенка.

Для осуществления работы разновозрастных групп социально-средовой ориентации для детей с ограниченными возможностями необходима реализация *организационно-педагогических условий*. В числе основных из них выделяются.

1) Наличие программы развития навыков социально-средовой ориентации детей с ограниченными возможностями;

2) Организация коррекционно-развивающей учебно-воспитательной среды для успешной абилитации и социальной адаптации детей данной категории;

3) Обеспечение медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей-инвалидов;

4) Организационно-методическая помощь родителям, воспитывающих детей с ограниченными возможностями.

Практически у всех детей, поступающих в детские дома-интернаты, плохое здоровье, не выработаны навыки самообслуживания, отчетливо проявляются признаки социальной дезадаптации.

Социальная дезадаптация детей имеет комплексный характер, выражается в нарушении физического и психического здоровья ребенка. Соответственно и социальная реабилитация – это комплекс медико-психологических, психолого-педагогических, социально-правовых мер, направленное на восстановление социально-психологического и физического здоровья ребенка-инвалида. С помощью данной работы решаются задачи социальной реабилитации дезадаптированных детей.

Главная цель: восстановление психического здоровья ребенка, содействие развитию его индивидуальности и познавательных интересов, а также, коррекция разного рода отклонений в его развитии.

Успех достигается за счет того, что устанавливаются определенные

связи между деятельностью специалистов разного профиля, ориентированной на одного и того же ребенка. Форма работы – это взаимная информация о состоянии здоровья ребенка, его поведении, общения с взрослыми и детьми, совместная деятельность, согласие методов влияния, организация деятельности, в которую включается ребенок, взаимопомощь, запрос одного специалиста к другому.

Как известно, в специальное коррекционное учреждение VIII вида дети направляются психолого-медико-педагогической комиссией (ПМПК). На ПМПК устанавливается медицинский диагноз, а также определяется образовательный маршрут и место дальнейшего обучения обследуемого ребенка.

Однако данных ПМПК не всегда бывает достаточно для определения приоритетных направлений коррекционно-развивающей работы. Специалисту нужны конкретные рекомендации, позволяющие реализовать учебно-воспитательную программу. Именно поэтому необходимо проведение целенаправленного изучения детей на начальном этапе пребывания их в образовательном учреждении.

Результаты психолого-педагогического изучения двух детей (на примере ДДИ № 8 г. Москвы).

1. *Саша*, 6 лет 11 месяцев.

Мальчик поступил в дом-интернат из полной семьи с медицинским диагнозом: умеренная умственная отсталость. Синдром Дауна.

При первом знакомстве шел на эмоциональный контакт со взрослым. Интересовался предлагаемыми игрушками, пытался с ними осуществлять действия, но они были нецеленаправленными и носили неустойчивый характер. Совместные действия со взрослым были более продолжительными и успешными. Мог осуществить несложные задания по подражанию. Действия по образцу были недоступны. При возникающих трудностях радовался предлагаемой помощи взрослого, но не всегда умел ею воспользоваться. Результат достигался только при совместных со взрослым действиях. Был чувствителен к оценке своей работы, расстраивался при неодобрении.

У Саши отмечались трудности общей координации движений. Они характеризовались замедленностью, а также слабостью статических и локомоторных функций. Особенно страдала мелкая моторика.

Наблюдения за ребенком и специальное психолого-педагогическое обследование выявило элементарную осведомленность Саши о себе, своей семье, месте проживания, бытовых предметах. Понимание речи ограничивалось ближайшим окружением. Собственная речь на уровне простой, аграмматичной фразы. Наибольшую сложность представляло привнесение нового в уже усвоенные приемы и способы работы, что не позволяло самостоятельно устанавливать причинно-следственные зависимости. В ходе занятий выявлена способность соотносить предметы, одинаковые по форме, величине, цвету. Название основных цветов не всегда называл правильно. При определении левой и правой стороны допускал ошибки. Установлено преобладание зрительного типа запоминания и возможность использования при воспроизведении в качестве помощи наглядность. В процессе наблюдения за Сашей в ходе уроков в первые две недели, а также при выполнении отдельных диагностических заданий отмечалась выраженная слабость волевых усилий в ситуациях, которые для него являлись незначимыми. При этом отмечалась завышенная самооценка. Общение со сверстниками было избирательным. Требовал повышенного внимания к себе как со стороны других детей, так и со стороны специалистов. Обидчив и злопамятен. Нарушений поведения не отмечалось.

Анализ полученных данных выявил преимущественную недостаточность волевых компонентов произвольной деятельности ребенка, а также незрелость личностной сферы ребенка, что стало основанием при выработке индивидуальной программы коррекционной работы с мальчиком по следующим основным направлениям:

- коррекция двигательной сферы;
- формирование социальных навыков поведения;
- формирование адекватной самооценки (особенно во взаимоотношениях с детьми);
- преодоление негативных черт характера (обидчивости, злопамятности);
- воспитание волевых усилий в учебной деятельности;
- обучение действиям по образцу, опираясь на имеющиеся подражательные и совместные способы действий.

Люба, 7 лет 2 месяца.

Девочка поступила в дом-интернат из полной семьи с медицинским диагнозом: тяжелая умственная отсталость.

При первом контакте была замкнута, боялась незнакомых людей. В контакт вступала только спустя некоторое время. Привыкнув к ситуации, принимала игрушки от взрослого. Молча держала их в руках, перекачивала из рук в руки, рассматривала. Никаких действий с ними не производила. Требовалась стимуляция со стороны взрослого, которая побуждала девочку к беспорядочной активности. Не понимала, что хотел от нее взрослый. При выполнении какого-либо задания доступны были только совместные со взрослым действия, в процессе которых с трудом фиксировала взгляд на руках, смотрела по сторонам, из-за чего результат не достигался. Была не в состоянии оценить правильность выполненного задания. Не всегда использовала помощь взрослого по назначению.

Страдала не только синхронность движений обеих рук, но также координация ног и рук. Девочка плохо ориентировалась в пространственных отношениях.

Наблюдение установило малый объем представлений об окружающем. Они ограничивались знанием имен членов своей семьи, названием города, станции метро, предметов ближайшего окружения. Собственная речь была на уровне отдельных слов. Однако в процессе общения охотно заменяла речь жестом.

Сенсорные процессы оказались несформированными. Такие сенсорные понятия, как цвет, форма, величина определялись наугад. Люба испытывала значительные затруднения в установлении причинно-следственных зависимостей.

Первые две недели пребывания в ДДИ №8 показали несостоятельность Любы в ситуации учебной деятельности. С одной стороны, поверхностное восприятие смысла происходящего, неустойчивость внимания не позволяли ей полноценно включаться в учебный процесс, с другой, отсутствие устойчивых установок на совместные со взрослым действия и деятельность.

Также отсутствовал интерес и навыки общения со сверстниками. Временами отмечалась нетерпимость и агрессивность к ним.

Проведенный анализ результатов наблюдений за ребенком в первые дни недели обучения в ДДИ №8 и полученных данных в ходе индивидуального изучения выявил несформированность произвольных психических процессов и отсутствие интереса к сотрудничеству со взрослым.

В связи с этим были выработаны следующие направления коррекционно-педагогической работы:

1. формирование положительного интереса и потребности к сотрудничеству со взрослым;
2. формирование произвольных процессов психической деятельности;
3. развитие сенсомоторных умений;
4. формирование навыков учебной деятельности;
5. обучение совместным действиям со взрослым.

Кроме того, для данной работы коллектив сотрудников создал в ДДИ №8 обстановку «семейного уюта», так, чтобы ребенок почувствовал, что его любят, заботятся и дорожат им. В группах созданы уголки, где ребенок может играть и заниматься своим любимым делом или может уединиться.

Часто в условиях ДДИ специфичность работы групп социально-средовой ориентации обусловлена: а) неоднородным составом воспитанников, как по возрасту, так и по характеру нарушений; б) реабилитационной направленностью деятельности; в) разноплановым профилем специалистов, осуществляющих работу по социально-психологической и социально-педагогической реабилитации.

3.3. Эффективные технологии работы с родителями

Как указано выше, под проблемами социализации понимается комплекс затруднений ребенка при овладении той или иной социальной ролью. Чаще всего причинами возникновения этих проблем является несоответствие требований к ребенку в процессе его взаимоотношений с социумом и готовности ребенка к этим отношениям.

Наиболее серьезным следствием инвалидности является утрата «базового доверия к миру», без которого становится принципиально невозможным развитие таких важнейших новообразований личности как: автономия, инициативность, социальная компетентность, умелость в труде, половая идентичность и др.

Без этих *новообразований* ребенок не может стать собственно субъектом межличностных отношений и сформироваться в зрелую личность. Утрата базового доверия к миру проявляется и подозрительности, недоверчивости, агрессивности ребенка, с одной стороны, и формировании невротического механизма – с другой.

Трудности социальной реабилитации, как правило, порождают гипертрофированную адаптированность к социальным процессам, т.е. социальный конформизм или гипертрофированную автономность, т.е. полное неприятие норм отношений, складывающихся в социуме.

Вследствие последствий аномальной социализации необходимо назвать такие явления, как социальный аутизм (отстранение от окружающего мира), отставание в социальном развитии.

Причины возникновения проблем вхождения ребенка в систему социальных отношений могут быть самые различные, не, прежде всего они связаны с неадекватным восприятием детьми-инвалидами тех требований, которые предъявляет окружающий социум.

Критериями преодоления этих трудностей могут быть следующие:

1. Готовность к адекватному восприятию возникающих социальных проблем и решение этих проблем в соответствии с нормами отношений, сложившихся в социуме (социальная адаптированность), т.е. способность адаптироваться к существующей системе отношений, овладеть соответствующим социально-ролевым поведением и мобилизовать не только свой потенциал для решения социальной проблемы, но и использовать те условия, в которых складываются отношения ребенка;

2. Устойчивость к неблагоприятным социальным воздействиям (автономность), сохранение своих индивидуальных качеств, сформированных установок и ценностей;

3. Активная позиция в решении социальных проблем, реализуемая готовность к социальным действиям, саморазвитие и самореализация в возникающих трудных ситуациях (социальная активность), способность к самоопределению и расширению границ пространственной жизнедеятельности.

Каждый из перечисленных критериев не свидетельствует о подготовке ребенка к преодолению трудностей социальной реабилитации. Они могут рассматриваться только в комплексе.

Основная цель ранней социально-реабилитационной работы – обеспечение социального, эмоционального, интеллектуального и физического развития ребенка, имеющего нарушения, и попытка максимального раскрытия его потенциала для обучения. Вторая важная цель – предупреждение вторичных дефектов у детей с нарушениями развития, возникающих либо после неудачной попытки купировать прогрессирующие первичные дефекты с помощью медицинского, терапевтического или обучающего воздействия, либо в результате искажения взаимоотношений между ребенком и семьей, вызванного, в частности, тем, что ожидания родителей (или других членов семьи) относительно ребенка не оправдались.

Известие о заболевании ребенка становится тяжелым эмоциональным испытанием для семьи. Чувство горя, утраты, вины, невозможность принять случившиеся создают основу для развития многочисленных проблем с ребенком, таких как гиперопека, чрезмерное ограничение, чувство тревоги. Наличие серьезных проблем развития влияет не только на формирующиеся родительско-детские отношения, но и подвергают тяжелому испытанию отношения между супругами.

Работа с родителями включает следующие этапы помощи.

Помощь в преодолении:

- фиксированных иррациональных идей из прошлого;
- отрицания реального состояния ребенка;
- фиксации на утраченном ребенком здоровье;
- блокады позитивных сценариев – ожиданий;
- искаженного восприятия окружающих и себя в связи с негативными переживаниями;
- блокады позитивных эмоций и отрешенность;
- симбиоза с ребенком, утраты своих индивидуальных границ;
- фиксации на прошлом;
- дезадаптивном защитном поведении;
- беспомощности;
- чувства вины и неполноценности;
- страхов;
- разобобщенности с другими членами семьи.

Помощь в разрешении:

себе меняться;
принимать новые адаптивные идеи;
моделировать реалистический сценарий развития ребенка;
непосредственно воспринимать реальность;
выражать свои чувства и высказывать свои идеи;
понимать ребенка и других членов семьи.

Помощь в осознании и понимании:

связи своих идей, восприятия чувств, поведения;
прав и потребностей своего внутреннего «Я»;
работы психологической защиты, ее адаптивного и дезадаптивного значения.

Помощь в укреплении своей автономности:

развивать навыки асертивности (утверждения себя);
оптимизировать способы функционирования (развивать навыки ориентировки в ситуации, выполнения задач, выбора оптимального развития, планирования контроля);
овладения навыками саморегуляции.

В целом задачами работы с родителями считают информирование их о заболевании ребенка, разрешение психологических проблем, связанных с ним, отказ от дезадаптивных идей и поведения, обучение навыкам эффективного взаимодействия с ребенком, индивидуальные консультации, а также работа с группами родителей.

Индивидуальные консультации родителей востребованы, когда взаимодействия со специалистами в присутствии ребенка оказывается недостаточно для того, чтобы изменить ситуацию в семье в лучшую сторону. Нужно дать возможность осознать природу негативных и позитивных процессов, найти ресурсы для адаптации и особенностями развития ребенка и для стабилизации семейной жизни.

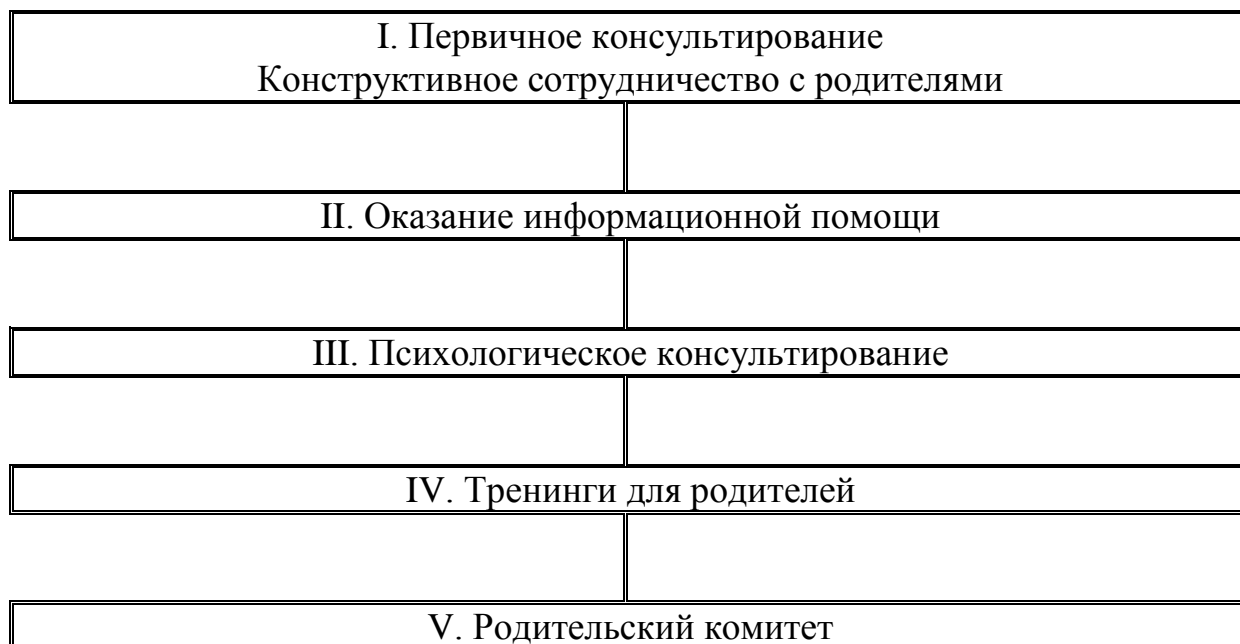
Родители детей с нарушениями в развитии чаще всего не обсуждают свои эмоциональные переживания с родственниками или знакомыми. Такие семьи отгораживаются, перестают общаться с друзьями, уверенные, что все равно никто не сможет им помочь их понять. Возникает ощущение изолированности, отверженности одиночества. Они могут отказаться от помощи специалиста, считая, что все внимание должно быть сосредоточено на ребенке, что они должны пожертвовать своими интересами ради него. Это вызывает ощущения остановки жизни, изолированности от мира, усиливает эмоциональное напряжение, которое мешает живому, искреннему общению с ребенком. Последствие таких эмоциональных проблем может стать неприятие ребенка, постоянное сравнение его с обычными детьми или перекладывание ответственности за жизнь и развитие ребенка на других людей, бабушку, няню, специалиста. Некоторые родители вообще отрицают наличие проблем у ребенка с грубым отставанием в развитии. Эмоциональные расстройства у таких людей могут маскироваться

психосоматическими проблемами, астенией, повышенной раздражительностью.

Нередко члены семьи испытывают чувство стыда за то, что их ребенок не похож на других детей. Они могут считать, что окружающие навязчиво любопытны, высмеивают или осуждают их. Они чувствуют страх за будущее ребенка, за то, что будет с ним после их смерти. Тема будущего обязательно должна обсуждаться во время индивидуальной консультации с родителями. Моделируя его, родители часто видят своего ребенка самостоятельным, независимым. Они представляют, что ребенок живет в отдельной квартире. Такая «квартира будущего» связана с неприятием родителями реальности, а может совершенно не совпадать с возможностями ребенка. Постоянная рассогласованность между завышенными ожиданиями и реальностью усугубляет тревогу, подавленность, страх.

Консультируя родителей, специалист старается работать с их внутренними ресурсами, помогает принять болезнь ребенка и вернуть ощущение жизни. При этом ему приходится искать свой неповторимый подход к каждому взрослому, используя различные комбинации психотехники. Самый надежный ориентир в этом нелегком деле – искренний интерес к данному человеку, как к уникальной личности.

Модель организации работы с семьей



Рассмотрим пример.

I. Иван Д. (02.07.2001 г.). Ребенок поступает в группу.

Общие сведения на основе первичного опроса и анкетирования.

Родители: мама А.А., образование высшее, отец Д.Г., образование высшее.

С помощью анкетирования по специально разработанным анкетам выявляются проблемы семьи.

II. Обращение к специалистам, психологам. Обследование специалистами. Заполнение карт развития на ребенка: уровень актуального развития значительно отстает от сверстников, познавательная деятельность, понимание речи, двигательная

деятельность. Уровень развития примерно на два года. Выявление потребностей ребенка, его сильных сторон. Выработка подхода к семье и работе с семьей. Беседы, информирование родителей, обсуждение проблем. Изучение степени участия ребенка в занятиях, его знания о режиме. Оказание помощи.

III. Встречи родителей со специалистами, психологами, дефектологами. Помощь в организации встреч.

IV. Проведение тренингов для родителей. Проведение совместных праздников с родителями и детьми, выездные мероприятия по гипотерапии, выезд детей и родителей на детские фестивали. С помощью тренингов родителям представляется возможность овладеть некоторыми полезными навыками и подходами к решению собственных и межличностных проблем. Тренинг игрового взаимодействия с ребенком, тренинг кормления, тренинг по методу глобального общения (жест плюс слово).

V. Родительские собрания (общее) проводятся один раз в квартал. Родительский комитет принимает активное участие в работе учреждения.

Формы и методы, используемые в своей работе – это система мероприятий разрабатываемых индивидуально для каждого ребенка, учитывая как состояние здоровья и особенностей развития ребенка, так и его возможности.

Важное значение имеет *подведение итогов работы* с родителями, когда создаются оптимальные условия для обсуждения проблем, выражения чувств, проявление эмпатии, снятие напряжения, обмена опытом, знакомство с разными точками зрения, получения обратной связи – реакции на высказывания своих идей, для повышения родительской компетентности и обращение к собственным ресурсам. Цель – преодолеть одиночество и отчаяние, почувствовать поддержку, обрести надежду, проявить альтруизм, выявить готовность к участию в работе по характеру волнующих их проблем.

Требуется проводить психологическое просвещение, поддержать обсуждение волнующих тем, работать над выражением чувств.

При формировании социальных навыков у детей-инвалидов, разрабатывается программа социальной реабилитации и включается целый ряд обучающих разделов:

формирование навыков самообслуживания содержит разделы: санитарно-гигиенические навыки, уход за одеждой, уход за жилищем, навыки приготовления и приема пищи;

формирование навыков социально-средовой реабилитации включает разделы: знакомство с городом, транспортом, магазинами, сферой обслуживания, производственными отношениями;

формирование элементов нравственно-эстетического воспитания включает разделы: формирование навыков повседневного поведения, правила поведения человека в рабочем коллективе, понимание дружбы, товарищества, коллектива и т.д.

Участие семьи в социально-средовом воздействии на эту категорию инвалидов также значимо. Несмотря на то, что большую часть времени умственно отсталые дети находятся в стационарных условиях, общение с родителями осуществляется в выходные дни и каникулярное время родителей. Важна последовательность между воспитателями (социальными

педагогами) психоневрологических интернатов и родителями.

Необходимо обучение семьи, родителей в правильном отношении к своим детям-инвалидам, которые остаются детьми, будучи взрослыми. Важно обучение терпеливому отношению, последовательному и неотступному воздействию по привитию навыков хозяйственно-бытового труда, формированию установки на труд.

В программу социальной реабилитации входит обучение навыкам самостоятельного проживания, которое включает формирование навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового труда. Для самостоятельного проживания важна способность принимать самостоятельные решения, умение ориентироваться в социальном окружении, необходимо также развитие способности к самооценке, самоопределению, самостоятельности в широком смысле слова.

Необходимо отметить, что лица с выраженной имбецильностью самостоятельно проживать не могут, они нуждаются в поддержке. Самостоятельное проживание их возможно лишь в «защищенных условиях» – в специализированном общежитии, где они могут воспользоваться постоянной помощью специалиста по социальной работе.

Программа социальной реабилитации инвалидов с выраженной имбецильностью должна предусматривать обучение физкультуре и спорту. Склонность к заторможенности, замедленной моторике способствует формированию гипокинезии, которая ведет к негативным последствиям в физическом здоровье.

Участие в физкультурных занятиях, спортивных состязаниях умственно-отсталых лиц способствует не только совершенствованию моторики, оно положительно сказывается на их интеллектуальном развитии, расширении социального опыта, приобретении коммуникативных навыков.

3.4. Развитие личности ребенка с ограничениями здоровья, проживающего в стационарных условиях

Перспективное планирование развития ребенка-инвалида составляется по итогам комплексной диагностики и содержит основные направления деятельности специалистов, задачи каждого направления. Для детей с выраженной степенью интеллектуальной недостаточности приоритетными являются следующие направления:

физическое развитие, направленное на формирование умений и навыков телесного ориентирования (создание образа собственного тела и выделение себя из окружающего мира); формирование крупной и мелкой моторики, усвоение основных схем движения, развитие гностико-праксических функций;

развитие высших психических функций, включающее организацию процессов восприятия, развитие внимания, памяти, мышления, речи;

формирование социальных навыков в процессе овладения ребенком способами самообслуживания, различными формами коммуникаций.

Основным условием реализации каждого из этих направлений является организация деятельности ребенка (манипулятивной, предметно-

практической, сенсорно-перцептивной, игровой и др.) совместной со взрослым.

Физическое развитие включает работу по формированию движений крупной и мелкой моторики в соответствии с двигательными возможностями каждого ребенка. Развитие крупной моторики осуществляется в подвижных играх, на индивидуальных занятиях.

Используя помощь взрослого (сопряженные движения, пассивно-активные движения, движения с сопротивлением), ребенок осваивает двигательные программы в положении:

лежа на животе (подтягивать свое тело вперед с помощью рук, переворачиваться с живота на спину, ползать на четвереньках в заданном направлении, координируя движения рук и ног);

лежа на спине (поворачивать голову в сторону зрительного или слухового стимула, поднимать голову, опуская подбородок на грудь; приподниматься на локтях, подносить руку ко рту, вытягивать руку в сторону зрительного стимула, переворачиваться со спины на живот);

в вертикальном положении (наклоняться, чтобы поднять игрушку, садиться и вставать из положения, стоя на четвереньках, сидя, стоя);

ходьба и прыжки (удерживать равновесие при ходьбе на тренажерах, ходить по прямой линии и в заданном направлении, подниматься по лестнице приставным (попеременным) шагом, спускаться по лестнице приставным шагом, соскакивать со ступеньки обеими ногами);

равновесие (удерживать равновесие на тренажерах, стоять на одной ноге при поддержке).

Работа над мелкой моторикой предполагает развитие опорной функции руки (опора на раскрытые ладони рук из положения на животе, четвереньках; игры с мячом двумя (одной) руками; формирование основных видов захвата (ладонного, щёпоти, пинцетного); развитие манипулятивной деятельности (действия с сенсорными игрушками: кубиками, вкладками, мелкими предметами; переворачивание страниц, разворачивание конфетных оберток, повороты ручки вращением кисти и др.); формирование билатеральных действий (перекладывание предметов из руки в руку, самостоятельное нанизывание колец пирамидки на стержень, отвинчивание крышек, разбирание и собирание бус); формирование зрительно-моторных навыков (черканье карандашом, грифелем, мелом, рисование каракулей, вертикальных линий, отпечатки ладони, пальца, кулака на листе бумаги, рисование горизонтальных линий, игры с лабиринтами).

Развитие высших психических функций включает:

активизацию всех видов чувствительности и организацию восприятия, за счет которых осуществляется *сенсорное развитие* ребенка-инвалида. Например, задач развития зрительного восприятия включают фиксацию и удержание предмета (объект в поле зрения, прослеживание взглядом за перемещением предмета в пространстве, временным удалением предмета из поля зрения ребенка (ориентировочно-поисковые движения); создание устойчивого зрительного образа предмета путем его выделения из ряда различных и похожих с помощью противопоставления, сравнения и

сопоставления; соотнесение реального объекта с его предметом-заменителем и плоскостным изображением (цветным, черно-белым, контуром и трафаретом); выделение заданного изображения в пространстве листа на предметных, ситуативных картинках, рисунках.

Организация слухового восприятия осуществляется за счет активизации акустического внимания и памяти (привлечения внимания к локальному звучанию, определения направления звука – ориентировочно-поисковые действия, выделения звучания заданного предмета из ряда предложенных. Различения звучания нескольких звуковых сигналов – предметных шумов и музыкальных инструментов. выделения одинаковых по звучанию; воспроизведения последовательности звукового ряда при условии зрительного соотнесения с объектами и без него, различения звукоподражаний при условии зрительного соотнесения с объектами и без него); формирования слухо-двигательных связей (координации движений руки с ритмом стихотворного текста, со звуковым сигналом). Развитие тактильного восприятия обеспечивается тактильной стимуляцией, развитием тактильной интеграции: различением предметов по твердости-мягкости, температурным характеристикам, различением поверхностей (игры с тактильными мешочками и таблицами, водой, сыпучими материалами, глиной, пластилином).

Развитие внимания реализуется за счет активизации непроизвольного внимания к стимулам различной модальности (тактильной, зрительной, слуховой и др.); формирования ориентировочной основы произвольного внимания (цель: обеспечить понимание последовательности операций на каждом этапе деятельности); формирования произвольного внимания по таким свойствам как объем, концентрация, устойчивость, переключаемость.

Работа по развитию образной памяти различной модальности (зрительной, слуховой, двигательной), активизация процессов запоминания, сохранения и воспроизведения информации осуществляется при условии многократного и медленного темпа предъявления небольшого объема информации, разделенной на отдельные фрагменты, ее поэтапной переработки и воспроизведения с опорой на движение.

Развитие наглядно-действенного мышления осуществляется в процессе ознакомления с дидактическими игрушками, предметами, их свойствами и способами взаимодействия с ними. В процессе выполнения предметно-практических и игровых заданий формируется целенаправленная орудийная деятельность, вырабатываются представления об орудиях фиксированного назначения и вспомогательных предметах (заместителях). Введение ребенка в проблемную практическую ситуацию сопровождается формированием способов ориентирования в ней, усвоением алгоритма ее выполнения. Основным методом решения проблемной практической задачи с ребенком с выраженной степенью интеллектуальной недостаточности является метод проб. Особое место занимает работа по формированию зрительного обобщения (например, целостного зрительного восприятия ситуативной или сюжетной картинки, фотографии с опорой на свой предыдущий опыт).

Развитие речи обеспечивается организацией специальной

развивающей среды, направленной на формирование чувственной основы речи и мотивации к речевому общению; наличием индивидуального сопровождения и специальных условий развития речи у «безречевых» детей; формированием конструктивных средств коммуникации и сенсомоторного механизма речи.

При формировании **социальных навыков** у детей с выраженной степенью интеллектуальной недостаточности приоритетными направлениями являются развитие общения и формирование первичных навыков самообслуживания. В специально организованных условиях занятия, режимных моментах формируется мотивационно-потребностная сфера общения; усваиваются правила поведения: умение здороваться, прощаться, благодарить, выражать просьбу, демонстрировать свои чувства и желания. В различных видах деятельности создаются коммуникативные ситуации, например:

а) обращаться за помощью ко взрослому, принимать эту помощь и использовать ее в самостоятельных действиях; выполнять простейшие поручения взрослых при подготовке к занятиям и в режимных моментах;

б) взаимодействовать с другими детьми в специально организованной ситуации занятия, режимных моментах, самостоятельных играх.

В соответствии с возможностями и потребностями ребенка формируются средства коммуникации: пантомимические (жесты и мимика), паралингвистические (вокализы, интонация), речевые.

В силу ряда причин формирование навыков самообслуживания является процессом длительным и многотрудным. Успешность работы по этому направлению определяется тяжестью интеллектуального дефекта, коммуникативными возможностями детей, уровнем их двигательной активности. Ниже приводится перечень умений и навыков самообслуживания, которые могут быть доступны детям дошкольного возраста с выраженными интеллектуальными нарушениями:

еда: жевание и глотание грубой пищи, глотание жидкости различной консистенции (от воды до густых киселей, кефира), адекватные действия ложкой (самостоятельно подносить ложку ко рту и забирать еду с ложки губами, слизывать языком остатки пищи с губ, пить из чашки, различать съедобное-несъедобное; соблюдать чистоту во время еды);

одевание-раздевание: участие в процессе одевания и раздевания (снимать одежду – носки, шапочку и др., расстегивать и застегивать молнию, пуговицы крупного размера, надевать отдельные предметы одежды самостоятельно, различать свою и чужую одежду, складывать ее в шкафчик, различать чистую и грязную одежду);

уход за собой: участие в мытье и вытирании рук, адекватное использование носового платка (подносить платок к носу, сморкаться), салфетки (вытирать рот салфеткой); участие в чистке зубов; использование туалета, после посещения туалета, мыть руки, различение гигиенических принадлежностей и их функционального назначения;

ориентировка в пространстве дома-интерната и на участке группы: различение помещений, их назначения и оборудования, адекватное

использование предметов и вещей, составляющих оборудование основных помещений (групповой, туалета, спальни, музыкального зала и др.), ориентировка в пространстве комнаты, помещений, находящихся на каждом этаже.

Существенно важно для этой категории инвалидов обучение досуговой деятельности. В силу несформированности потребностной сферы у лиц с выраженной имбецильностью досуг ограничивается пассивным присутствием в кинозалах, на концертах, организуемых в ДДИ №8. В целях реабилитационного воздействия необходим досуг развивающий, компенсирующий дефицит информации, воздействующий на эмоциональную и познавательную сферы жизнедеятельности.

Вопросы и задания для самопроверки:

1. Что относится к общим, а что – к специальным методам реабилитации детей-инвалидов?
2. Какие практические методы можно применять по формированию эмоционально-волевой сферы ребенка-инвалида?
3. В чем заключаются особенности социальной среды для детей-инвалидов?
4. Каким образом требуется организовывать реабилитационно-развивающую среду в стационарных условиях для детей с ограниченными возможностями?
5. Подготовьте результаты психолого-педагогического изучения ребенка-инвалида, проживающего в условиях дома-интерната.
6. Какие этапы включает работа с родителями детей-инвалидов?
7. Какие основные направления развития личности ребенка-инвалида, проживающего в стационарных условиях?

Литература для углубленного изучения темы

1. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб.заведений / Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко, Л.Н. Комиссарова, Т.А. Добровольская. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.
2. Белобрыкина О.А. Психодиагностика, учебно-методический комплекс по изучению учебной дисциплины. Методические рекомендации и программа курса. Новосибирск: НГПУ, 2006.
3. Кисилева М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. СПб.: Речь, 2007.
4. Педагогика, которая лечит: сост. М.С. Дименштейн – М.: Теревинор 2008.
5. Прикладная педагогическая психология Лефрансуа Гю изд. СПб.: Прайм-Еврознак, 2007.
6. Психология игры Современный подход. Учебное пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2009.

7. *Шеляг Т.В.* Мир семьи и социальная работа – М.: Московский государственный социальный университет, 2004.

4. Психические процессы и изменения у пожилых людей и пожилых инвалидов

4.1 Геронтология как наука о старении

Любой специалист, занимающийся проблемами инвалидов и пожилых людей, должен иметь хорошую теоретическую подготовку. На профессиональном поприще социально-психологической работы с этими категориями населения важность теории определяется следующими причинами. Во-первых, социальные работники и психологи проводят анализ и оценку человека, нуждающегося в помощи. Они также дают рекомендации и принимают решения, которые непосредственно имеют отношение к жизни клиентов. Поэтому специалист должен не только собрать факты о клиенте, но и проанализировать их в контексте всех имеющихся знаний и теорий об инвалидах и пожилых людях. Только в этом случае его профессиональные мнения могут считаться достоверными.

Во-вторых, читателям следует обратить внимание на природу теорий. Теории о существовании и бытии человека и его социальных ситуациях вовсе не «объективные». Теории на всех уровнях науки базируются на нескольких фундаментальных эксплицитных (явных) *допущениях, приписываниях* или *ценностях*, т. е. на определенных мнениях. Теории, например, в отношении пожилых и старых людей, руководствуются также некоторыми допущениями, т.е. аксиомами, принятыми без доказательств, а это может вести специалистов в совершенно разных направлениях.

Поэтому практику важно понимать, что теории появляются в результате различных уровней понимания обстоятельств жизни и поведения человека в обществе или культуре.

На *макроуровне*, например, теории предлагают свой конкретный взгляд на пожилую и старую возраст в социальном контексте: они конструируют имидж, образ позднего возраста и пожилого человека. Образы, созданные различными теоретическими концепциями – биологической, социальной, психологической, и др., – существенно различны и создают разные картины опыта и социальных условий пожилых людей.

Однако необходимо проанализировать теории и на *микроуровне*, что сможет помочь определить частные ситуации конкретного человека. На этом уровне следует рассмотреть различные факторы (пол, класс, национальность, степень инвалидности и т. д.); знания и теории об умственном здоровье, динамике семьи или вмешательстве в кризисную ситуацию. Это позволит применить научные знания для оценки индивидуальной ситуации инвалида или пожилого человека и определить стратегии для разрешения его проблем или потребностей.

Инвалиды и пожилые люди – не просто пассивные реципиенты или получатели социальной помощи, они способны сами изменить себя и свою ситуацию. Поэтому можно и нужно способствовать соблюдению их прав, направляя социальную и экономическую политику и профессиональную практику на их разрешение.

Историческое развитие теорий старения представляет *геронтология* –

наука о процессе старения и поздней жизни. Включает психологические, социологические, социальные и многие другие аспекты старения.

В США геронтология как наука возникла в 1930-1940 годах. В нашей стране геронтология как наука возникла во второй половине XX в. К его концу сформировалась в систему теоретических и прикладных знаний, касающихся сущности и значения последнего этапа жизненного цикла любого из организмов, населяющих земной шар. До сегодняшнего времени продолжаются дебаты по поводу того, является ли геронтология самостоятельной дисциплиной, т. к. она состоит из набора различных наук, каждая из которых имеет свой собственный методологический и научный аппарат (биология, психология, медицина, юриспруденция, теология, литература, экономика и др.).

Геронтология имеет разные направления: биологическое, психологическое и социальное. Каждое из них исследует человека (индивида или личность) вместе с его средой обитания, семейным или каким-либо другим окружением; каждое направление рассматривается разными авторами, чьи взгляды могут существенно различаться.

Биологическая геронтология. Биологическая (медико-биологическая) геронтология главным образом изучает биологические и физиологические причины старения, т. е. почему и как человек изменяется со временем. Ответ на ключевой вопрос этого направления остается нерешенным в самых различных школах: существует ли *нормальный*, непатологический процесс старения или старение по своей биологической природе в основном *патология*, включает в себя потерю способности и неизбежно ведет к концу (смерти)?

С точки зрения биологической теории, старение человека – это комплексный, накопительный, связанный со временем процесс психо-биологического ухудшения, происходящий во взрослой фазе жизни, так называемой фазе пост-развития. То есть старение есть внутренне присущий дегенеративный процесс, наступающий после достижения человеком своего пика функциональных способностей; старение – это сумма патологических внутренних условий, а цикл жизни человека – траектория, в которой индивид достигает максимального уровня функциональных способностей в ранней взрослости. Затем, так как внутренний «план» имеет дефект и запрограммирован на саморазрушение, функциональные способности начинают ухудшаться до тех пор, пока индивид становится неспособным справляться с разрушением своей жизни и умирает.

Альтернативный подход постулирует существование нормальных процессов старения как увеличение неспособности или неэффективности в функционировании организма и понижение способности к адаптации.

Б. Стрехлер (*Strehler*, 1962) отделил старение от других биологических процессов и определил четыре основополагающих критерия старения:

- *универсальность* – процесс старения должен произойти с каждым человеком, т. е. ему подвержены все без исключения члены популяции;
- *внутренняя сущность* – процесс старения начинается с изменений в

организме, а не от каких-либо, например, экстремальных ситуаций или определенного стиля жизни, т. е. это свойство любого живого организма;

– *прогрессивность* – процесс старения происходит, в общем, с течением времени, имеет эффект накопления, т. е. это прогрессирующий непрерывный процесс;

– *дегенерация* – процесс имеет вредное влияние, оказывает тлетворный эффект на человека, т. е. он сопровождается дегенеративными изменениями.

Таким образом старение определяется как ущербный процесс. т. е. это не развитие, а инволюция, которая исключает для стареющего человека любой возможный потенциал для развития его личности, развития способностей в какой-либо области жизни или для адаптации к новым обстоятельствам.

Биологические теории старения пытаются объяснить, почему человеческий организм изменяется биологически с возрастом. Многообразие существующих теорий старения предполагает какое-то упорядочивание их. Иногда теории подразделяют на две группы – ***теории программированного старения*** и ***теории изнашиваемости*** организма (так называемые стохастические теории) (Марютина, 2001).

Теории программированного старения исходят из того, что эволюция запрограммировала функционирование живого организма на период его активной жизнедеятельности, включающий период эволюции. Иначе говоря, в живой организм генетически заложена биологическая активность, распространяющаяся только на период его так называемой «биологической полезности». Быстрая деградация и гибель стареющего организма предопределены природой. Например, одна из таких теорий утверждает, что человеческие клетки имеют зафиксированную программу, которая, благодаря самогенеративной способности клеток ухудшаться с возрастом, ведет к понижению репродукции клеток и в результате – к потере функциональной способности. Другими словами, старение – это генетически запрограммированный процесс, результат закономерного, последовательного развертывания программы, заложенной в генетическом аппарате.

Другая теория рассматривает старение как снижение способности клеток к самовосстановлению. Человеческий организм сравнивается с механизмом, изнашивающимся от постоянного использования. К этому процессу добавляется накапливание клеточных дисфункций и повреждений. По мере того, как клетки делятся, возникают ошибки, которые ведут к незапрограммированной мутации, что, в свою очередь, приводит к ухудшению эффективности поддержания необходимой функциональной активности.

Несмотря на многообразие теорий биологического старения, ни одна из них не отвечает на вопрос: могут ли биологические процессы быть первичными факторами старения? Действительно, лабораторные эксперименты показывают, что клетки молодых людей делятся более быстро, чем у старых людей. В то же время не было обнаружено никаких различий между делением клеток у мужчин и женщин одного возраста. Пока еще

средняя продолжительность жизни женщин больше, чем мужчин, – явление, у которого, кажется, нет биологической основы, но которое часто объясняется социальными и другими факторами. Таким образом, нельзя объяснить различия в средней продолжительности жизни мужчин и женщин биологическими причинами.

В отечественной геронтологии В.В. Фролькис (1989) разработал следующие положения:

- изучение механизмов старения возможно только с позиций системного подхода;

- старение является обязательным звеном возрастного развития, во многом определяющим его течение; именно поэтому понимание сущности старения возможно только в рамках теоретической гипотезы, объясняющей механизмы возрастного развития;

- при старении наряду с угасанием активности функций жизнеобеспечения и обмена веществ мобилизуются важные приспособительные механизмы;

- старение – результат нарушения механизмов саморегуляции на разных уровнях жизнедеятельности организма.

Развитие этих положений позволило выдвинуть *адаптационно-регуляторную теорию* возрастного развития, которая объясняет механизмы возрастных изменений как процесс адаптационных, приспособительных возможностей организма, направленный на стабилизацию его жизнеспособности, повышение функционирования и увеличения долгосрочности его существования.

В соответствии с адаптационно-регуляторной теорией старение генетически *не запрограммировано*, но генетически *детерминировано*, предопределено особенностями биологической организации жизнедеятельности, свойствами организма. Иными словами, генетически запрограммированы многие свойства организма, и уже от них зависит темп старения, продолжительность жизни. До какого-то времени деструктивные процессы в ряде клеточных структур еще не приводят к старению организма в целом. В конечном итоге в определенном возрасте (когда прекращается рост) начинает прогрессировать процесс старения организма в целом, приводящий к смерти.

Понятно, что с рождения и, например, до 80 лет у человека меняются тело и функциональные способности. По мере старения следствия таких изменений проявляются наглядно: меняются кожа, волосы, мускулатура, способность ощущений, работа сердца, система метаболизма, активность различных органов и т. д. Адаптационно-регуляторная теория объясняет, как многие люди адаптируются к этим изменениям. Однако все биологические теории старения, рассмотренные выше, не показывают *потенциал* для развития человека в других, небιологических областях. Например, насколько креативность (способность к творчеству), умение адаптироваться, принятие решений, обучение и пр. зависят от самого человека, его экономических, образовательных и других ресурсов или от жизненного опыта.

Психологическая геронтология. На протяжении некоторого значительного времени большинство отечественных учебников по возрастной психологии и психологии развития не включали период старения и старости. В большей степени психология изучала развитие детей и молодых людей, чем зрелых и пожилых людей или процесс старения.

Когда психология начала интересоваться процессом старения, она, подобно биологическому направлению в этой области, имела тенденцию фокусироваться на уклоне и ухудшении адаптивных способностей стареющего индивида, что связано с изменением (старением) центральной нервной системы, разрушением клеток мозга. То есть психология старения брала свое начало с биологии старения: человеческое функционирование следует за биологической траекторией быстрого и позитивного развития в ранней жизни, достигая пика в ранней зрелости, затем неизбежны ухудшения и уклон, ослабление функционирования по мере приближения к пожилому возрасту.

Снижение некоторых психологических функций у пожилых и старых людей объяснялось в основном процессами биологической деградации. Таким образом, взгляд психологов на старение как «психологическое ухудшение», подобно своему биологическому двойнику, во-первых, перенял негативный взгляд на старение биологов и медиков, во-вторых, внес определенный вклад в негативное отношение к старым людям. Более того, последние сами усваивают эти взгляды, например, ожидают, что их способности будут постепенно исчезать по мере их собственного старения, приписывая себе ухудшение памяти и т. д.

Очевидно, что теории психологического ухудшения зависят от культуры: они возникают в определенном обществе, в котором распространены негативные стереотипы пожилых людей и инвалидов: они – «создают проблемы другим», «нагрузка на кого-то»; «старый возраст – это время вдовства и физического и социального ухудшения» и т. д.

Теории, которые определяют старение скорее как развитие, чем как дегенерацию, предлагают **стадиальный подход**. Согласно американскому ученому Э. Эриксону, любой индивид в своей жизни проходит серию психологических стадий (всего – восемь); каждая из них включает психологический конфликт, успешное разрешение которого важно для определения того, как индивид способен воспринять проблемы и конфликты следующих стадий жизни. Функционирование каждой стадии – завершение частных задач развития, которые будут требоваться на следующей стадии и позже в жизни. Главные расчленения схемы Эриксона сделаны на стадиях жизни в детстве. В дальнейшем он указывал на важность последних стадий, каждая из которых показывает индивида в его собственных проблемах развития и потенциала для роста.

Стадии не обозначают конкретный хронологический возраст, они являются продолжением предыдущих. Результат разрешения кризиса на одной стадии влияет на опыт и разрешение последующих. Во зрелости главная задача – «**генеративность**» – способность передавать опыт последующим поколениям, поддерживать основы жизни (хозяйства, семьи,

дома). Противоположная генеративности задача – «стагнация» (застой), в которой индивид остается центрированным на себе. Последняя задача жизни по Эриксону – достижение «*эго-интеграции*»: когда человек способен переоценить и принять свой опыт, достоверность, ценность и значение своей собственной жизни. Это не значит, что ему требуется увидеть свою жизнь как «успешную», но, скорее, принять все свои достижения и неудачи как уникальный личный опыт.

Имеется три специфических принципа в этом подходе, каждый из которых важен для понимания старения:

- старый возраст теоретически связан с ранней жизнью индивида, зависит от нее. Он не выстраивается как отдельная, отличная от других, фаза с различными качественными характеристиками;

- подчеркивается важность влияния социальных факторов. Степень разрешения кризиса жизненных стадий, которой человек способен достичь, случайна, зависит от обстоятельств, от его собственных личностных психологических характеристик и от вредных, разрушительных влияний условий или возможностей, с которыми он сталкивается;

- на разрешение конфликта и задач развития и приобретения влияют «Я» индивида и его окружение. Поэтому каждый индивид движется от одной стадии к другой с различным уровнем успеха и, следовательно, с различным уровнем подготовленности. Их собирательный эффект определяет значительное многообразие между людьми.

Однако другие источники разнообразия людей, такие как пол, национальность, социальный класс или инвалидность, ни Эриксоном, ни его последователями не обсуждались.

Процессы старения – биологический, психологический и социальный – не проходят независимо каждый от другого. Действительно, изменения физического состояния организма (в частности, мозга или центральной нервной системы) оказывают влияние на психологическое функционирование индивида.

Авторы многочисленных теорий и исследований психического старения, особенно раннего поколения, внушили обществу, что «человеческий организм ухудшается с возрастом». Из этого тезиса следует вывод, что с «возрастом неизбежно и более низкое положение». Поэтому вопреки всемерным усилиям социальных геронтологов, социальных и возрастных психологов, пытающихся создать более позитивный имидж «**успешного**» старения, модель «ухудшения с возрастом» все еще широко распространена (Краснова, Лидерс, 2002). Скорее всего, должно изучаться субъективное значение старения для индивида. Необходима критика тех теорий, которые не принимают во внимание многообразие и различия между пожилыми людьми и подразумевают, что пожилые люди – гомогенная, дегенеративная группа. Возникшая в последнее время **образовательная геронтология**, изучающая возможности получения нового образования в позднем возрасте, позволяет надеяться на то, что этот взгляд будет изменен в будущем. **Образовательная геронтология** – в широком смысле это изучение получения образования в позднем периоде жизни. В основном,

рассматривает пользу образования для пожилых людей, а также препятствия в обучении, вызванные болезнью, инвалидностью или другими причинами.

Социальная геронтология. Социальная геронтология наиболее разработана в трех теоретических направлениях, каждое из которых характеризуется своими собственными особенностями развития. Она изучает пожилых людей и их жизненный мир в социальном контексте, ее различные теории рассматривают диалектику взаимоотношений «индивид – общество» в различных направлениях.

Теория разобществления – наиболее известна как первое поколение теорий социальной геронтологии, выдвинутая американскими учеными *Е. Каммингом* и *В. Генри* в начале 60-х годов в США. Она одна из первых определила индивидуальные характеристики «успешного» старения и разработала понятие индивидуальной адаптации. Благодаря эмпирическому исследованию, были сформулированы три основных положения этой теории:

- *сокращение жизненного пространства*: по мере своего старения человек удаляется от общества, или разобществляется, от своих ролей, активности в социальной и экономической жизни; он начинает взаимодействовать со все меньшим количеством людей и должен исполнять меньше социальных ролей, чем в зрелом, продуктивном возрасте;

- *усиление индивидуальности*: разобществление – природный, натуральный, или естественный, и личностно удовлетворяющий процесс для индивида, освобождает его от ожиданий и требований, к которым он становится все менее и менее готовым; в оставшихся ему ролях пожилой человек в гораздо меньшей степени ограничен правилами и ожиданиями;

- *принятие этих изменений*: разобществление является функционально значимым как для общества, которое освобождает роли и возможности для молодых людей, так и для пожилых.

Согласно этой теории, пожилые люди и общество освобождаются друг от друга, что обеспечивает равновесие между различными социальными группами. «Успешное» старение – это уступчивое, спокойное принятие социального удаления. Удаление от общества рассматривается как наиболее уместный и успешный способ прожить старость. Другими словами, пожилые и старые люди отличаются от молодых в их желаниях, потребностях и нуждах, социальных ролях, социальной интеракции и активности. Это передает взгляд на людей позднего возраста как ненужных обществу и порождает сегрегацию и равнодушие к старшим гражданам, что провоцирует деструктивное убеждение, что пожилые люди не так уж важны для общества.

Второе поколение теорий (яркий представитель – *теория активности*) появилось в социальной геронтологии как альтернатива теории разобществления. Американские социологи изучали удовлетворенность жизнью у разных групп населения (*Neugarten et al*, 1961) и выяснили, что критерии удовлетворенности у старых людей такие же, как и у молодых. Оказалось, что значимые роли, активность, деятельность и взаимодействие в равной степени важны для удовлетворенности жизнью как в молодом возрасте, так и в старом. Однако в позднем возрасте часто происходят

негативные изменения организма и состояния здоровья, снижается уровень социальных взаимодействий и контактов.

«Благополучное» старение в этой теории подразумевает сохранение социальных связей. Оно может быть достигнуто либо как можно более долгим поддержанием активности среднего, продуктивного возраста и даже нахождением новой работы, либо выходом на пенсию и жизнью для семьи и друзей до самой смерти. Для пожилых и старых людей важно иметь свободу выбора роли или уверенность, что они всегда имеют несколько вариантов социальных ролей.

Согласно теории активности, для многих пожилых людей естественно стремление объединяться с другими, особенно в группы и деловые сообщества. Активность, или «сверхурочная» деятельность, предотвращает последствия освобождения, такие как слишком глубокую изоляцию, апатию, бездеятельность.

Обе эти теории направлены на «оправдание» тех неизбежных процессов старения, через которые люди приходят к назначенному сроку с огромными изменениями. Вынужденным может быть и освобождение (например, в случае инвалидности), и высокий уровень активности (например, при необходимости оказания помощи кому-то). Вполне возможно, что теория разобществления недооценивает, а теория активности переоценивает степень контроля человеком преобразований в своей жизни. Кроме того, обе теории предполагают, что процессы старения протекают у всех людей одинаково. В них не учитывается основной фактор, которым является *личность* стареющего человека. Гораздо чаще эти теории вместо того, чтобы исследовать, *как* большинство людей проводят время в позднем возрасте, учат *что* им следует делать. Поэтому они являются *предписывающими* теориями.

Третье поколение теорий социальной геронтологии (*критическая геронтология*) началось с принятия посылки, что старение должно быть исследовано в контексте общества (*контекстуальное направление*), в котором оно рассматривается: в его структуре, истории и ценностях и должно применять концептуальный и методологический инструмент (подход) социологии к социальной геронтологии (Hughes, 2000). Субкультурный подход к изучению людей позднего возраста заключается во взгляде на них как на отличную группу в обществе и «составлении карты» экономических и социальных отличий между ними как пожилыми людьми и остальным обществом.

Согласно критической геронтологии, условия жизни и опыт пожилых и старых людей не есть результат исключительно биологических процессов старения: поздний возраст не является периодом обязательной зависимости, физической или экономической. В большей степени это направление фиксирует внимание не на индивиде, а на социальных факторах, которые важны для индивидуального опыта, т.е. условия старения для индивида определяются как экономическими и социальными факторами, так и биологическими и индивидуальными, а именно учитывается роль класса, пола, национальности, культуры и истории жизни пожилых и старых людей.

Именно это ведет к пониманию различий между ними.

4.2. Современные представления о процессе старения

Понятия старости, старения и инвалидности

Понятие «старость» относится к числу многозначных концепций, и оно тесно связано (и даже отождествляется) с людьми пожилого и старого возраста. Обычно под старостью подразумевают закономерно наступающий заключительный период возрастного развития, который следует после стадии зрелости и сопровождается в той или иной мере угасанием жизненных функций.

Старость, которая связана со специфическими изменениями организма и условий жизни, является не статичным состоянием, а динамичным процессом. Поэтому чаще всего рассматривают старение как процесс, а именно – как процесс изменений организма в течение жизни, начинающийся после достижения зрелости. Он ведет к снижению приспособительных возможностей организма и увеличивает вероятность смерти. Однако термин старение до настоящего времени не получил общепризнанного объяснения.

В 1963 г. на Международном семинаре Всемирной организации здравоохранения по проблемам геронтологии была принята классификация, выделяющая три хронологических периода в позднем *онтогенезе* человека: средний возраст (45-59 лет), пожилой возраст (60-74 года), старческий возраст (75 лет и старше). В отдельную категорию были выделены так называемые долгожители (90 лет и старше).

Онтогенез – индивидуальное развитие организма, совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований, претерпеваемых им от момента зарождения до конца жизни. Подразумевает формирование основных структур психики индивида в течение его жизни.

В настоящее время среди исследователей не существует согласия по выделению возрастных групп пожилых людей в связи с увеличением средней продолжительности жизни. Так, некоторые авторы делят всю группу пожилых людей на *молодых пожилых* (в возрасте 60-75 лет) и *старых пожилых* (в возрасте старше 75 лет).

Согласно еще одной классификации, тех, кто старше 65 лет относят к *третьему* возрасту, а старше 80 лет – к *четвертому* возрасту.

Пенсионный возраст (как градация социального возраста), пожилой возраст и поздняя зрелость (как градация стадии жизни) – период жизни, ведущий начало с возраста официального выхода на пенсию до наступления старости – являются синонимами.

Морально устаревшее название нетрудоспособной, экономически зависимой группы людей, достигших 80 лет и старше, которое еще встречается в современной научной литературе, – *престарелые*. В настоящее время считается, что слово «престарелые» несет негативную смысловую нагрузку и свидетельствует о дискриминации людей по возрасту.

Таким образом, в современной научной практике принято называть всех людей, достигших пенсионного возраста, пожилыми или старыми

(очень старыми) людьми, иногда – людьми позднего возраста, дополняя особенности описанием специфики той группы людей, о которой идет речь, если требуется.

Последняя стадия позднего периода жизни – болезненная старость, или дряхлость. Характеризуется нарастанием сенильности в поведении и психической сфере, окончательным нарушением биологических функций, хроническими болезненными состояниями, инвалидностью, завершается смертью.

Согласно Декларации Генеральной Ассамблеи ООН 9 декабря 1971 г. о правах инвалидов, термин «инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно, полностью или частично обеспечить потребности нормальной личной жизни в силу ограничений, врожденных или нет, умственных или физических возможностей. Ограничение выражается в полной или частичной утрате способности человека осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение и контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

С середины 90-х гг. прошлого века в международной лексике вместо термина «инвалид» чаще стали использовать понятие «человек с ограниченными возможностями» как более щадящее.

Процесс старения

В процессе старения наблюдаются психические и психологические изменения, которые связаны с процессами инволюции в центральной нервной системе (ЦНС).

На психические изменения в позднем возрасте существенное влияние оказывает вся биологическая и психо-социальная история предшествующих периодов жизни, приобретенные личностные качества, психические и социальные характеристики, составляющие жизненный опыт человека.

Среди общих признаков старения наиболее общим свойством является «замедление», охватывающее как большинство сенсорных функций – зрение, слух, вкус, осязание – так и более сложных – психомоторики, восприятия нового, запоминания, всего поведения человека, включая способность к адаптации в меняющихся условиях. Как отмечают многие авторы, психическое старение (в случаях отсутствия патологии) не несет с собой каких-либо качественных изменений социально значимых характеристик. Однако общие проявления старения в любой из функционирующих систем организма сказываются в виде возрастного снижения силы и подвижности основных процессов жизнедеятельности. Внешние проявления неуклонности возрастных изменений у человека особенно демонстративны на примере двигательной активности. Замедление происходит на всех уровнях функциональных систем, тенденция к ослаблению, замедлению скорости психических реакций в большей или меньшей степени присуща всем формам психического старения. Темп психической активности с возрастом снижается, причем в старении ЦНС имеют значение не столько возрастные изменения, сколько центральные механизмы анализа и синтеза информации.

Изменение силы и подвижности психических процессов в старости не

происходит у всех людей одинаково. Отдельные психические функции, в том числе познавательные способности и индивидуальные различия, у разных людей изменяются по-разному, что получило название *гетерохронности старения*.

В старости нормы половозрастного ослабления психических функций отсутствуют. Поэтому можно говорить лишь о вероятности, риске выявления такого снижения и возрастных изменений основных психических функций, которые находят отражение в объективных показателях познавательного и интеллектуального развития, изменения памяти, внимания, мышления.

Процесс старения как развитие

Говоря о старости, обычно отмечают те или иные негативные и часто необратимые физиологические и психологические изменения. Так, среди главных проблем выделяют утрату физических сил, привлекательности и сексуальности. Существенные изменения происходят на клеточном уровне, когда снижается возбудимость и лабильность клеток. Как было рассмотрено выше, с биологической точки зрения, старость представляет собой инволюционную атрофию, которая касается всех органов и тканей. ***Гериатрический*** раздел каждой клинической специальности медицины богат яркими примерами, свидетельствующими об особенностях развития патологического процесса и клинической симптоматики болезней старых людей, например, старческой глухоты, старческой дальновзоркости, старческого слабоумия (сенильной деменции).

Гериатрия – медицинское лечение или изучение старых людей. В отечественной науке считается, что это отрасль геронтологии и медицины, которая занимается аспектами здоровья и медицинской помощи пожилым и старым людям. Иногда определяют как отрасль психиатрии, изучающую заболевания в позднем возрасте.

В период старения наблюдаются изменения в высших психических процессах, эмоциональные сдвиги, нарастание физической немощности, что подготавливает почву для возникновения психических расстройств.

Одна из характерных особенностей стареющей психики – снижение темпа психической активности – проявляется в замедлении психомоторных реакций, сужении объема восприятия, снижении сосредоточенности, ослаблении памяти.

В настоящее время многие психологи убеждены, что старость следует характеризовать не столько угасающими способностями, сколько качественно отличной психикой, т.к. *развитие человека представляет собой цепь качественных изменений*. Так, обнаружено, что некоторые особенности, считавшиеся ранее характерными признаками старости, на самом деле не что иное, как результат плохого питания, недостатка активности или заболевания, инвалидности. Органы здорового человека в возрасте 65 лет могут функционировать так же хорошо, как у молодого; расстройства функции мозга естественным образом не происходят до тех пор, пока условия способствуют активной жизни. В многочисленных работах, посвященных позднему периоду жизни, подчеркивается, что одновременно с

инволюционными процессами на всех уровнях организации человеческой жизнедеятельности возникают изменения прогрессивного характера, направленные на преодоление деструктивных нарушений и достижение нового уровня самоосуществления личности.

Однако не стоит преуменьшать значение физиологии для организма пожилого человека. Происходящие в процессе старения изменения в деятельности организма не могут не вызывать изменений восприятия, памяти, мышления, личности человека. Психическое развитие в пожилом возрасте связано с двумя группами факторов: изменение темпов развития и переориентация его механизмов совпадают по времени с критическим периодом, достаточно серьезным и эмоционально насыщенным. Замедление темпа психического функционирования в этом возрасте совпадает с физическим угасанием, болезнями, инвалидностью и соматическими отклонениями.

Этот период, по данным психологов, очень индивидуален для каждого. Причем индивидуальные различия связаны не только с психологическими параметрами (самооценкой, уровнем развития познавательных функций и пр.), но и с социальными и биологическими факторами. Для одной группы пожилых людей их болезни, питание, уход за ними, условия проживания и экологическая обстановка имеют первостепенное значение, и именно этими факторами определяется их память, мышление, мнение о себе. Для другой группы пожилых эти факторы, при всей их важности, не являются доминирующими, их самочувствие зависит главным образом от социальных факторов – статуса, востребованности, творческой и социальной активности.

В целом, существует мнение, что, несмотря на вариативность так называемых здоровых типов старости, в каждом из которых основным содержанием жизнедеятельности пожилого человека становится разная, на первый взгляд, деятельность (общественная работа, работа по дому, художественная самодеятельность, путешествия и пр.), ведущей деятельностью людей пожилого возраста является особая внутренняя работа, направленная на принятие своего жизненного пути. Пожилой человек осмысливает не только свою текущую жизнь, но всю прожитую жизнь. Плодотворная, здоровая старость связана с принятием своего жизненного пути, болезненная старость – с неприятием. В целом для пожилого человека практически исчерпаны возможности сколь-нибудь серьезных реальных изменений в его жизненном пути, но он может бесконечно много работать со своим жизненным путем в идеальном плане, внутренне. Такая работа внешне проявляется в самых разных, позитивных и негативных, феноменах (от воспоминаний, нравоучений, непримиримости до одиночества, самообвинений и пр.).

Современная концепция оптимизации жизнедеятельности пожилых людей исходит из следующих посылок необходимости:

- различать нормальный, патологический и оптимальный процесс старения;

- иметь в виду межличностное многообразие (гетерогенность) пожилых людей;

учитывать гибкость в подходах к потенциальным резервным способностям пожилых людей;

считаться с возрастными ограничениями в развитии резервных способностей и адаптации к изменяющейся окружающей среде;

принимать во внимание теорию и практику, а также компенсирующие возрастные ограничения возможности личных и общественных знаний, включая область новейших технологий;

учитывать пластичность или гибкость психики пожилого человека.

Если общество будет готово к тому, что индивидуальные запросы будут приведены в соответствие с реальной действительностью, пожилой человек или инвалид найдет для себя новые резервные возможности, а также будут созданы дополнительные источники, компенсирующие возрастные ограничения, то результативность и общественная полезность все возрастающего числа пожилых людей, без сомнения умножатся многократно.

4.3. Особенности психического развития у пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья

Познавательное развитие пожилых и старых людей

С возрастом снижается эффективность *познавательных* (в психологии их называют *когнитивными*) функций, прежде всего восприятия и памяти. Однако их ухудшение может быть связано с рядом психопатологий, не имеющих зависимости от возраста. В свою очередь, возрастное ухудшение когнитивных функций приводит к изменению не только количественных, но и качественных сторон психического состояния человека. Авторы указывают, что для *нормального* старения характерны: ухудшение памяти, замедление процесса восприятия, изменения абстрактно-логического мышления.

Когнитивные ресурсы под которыми понимают нормальное функционирование памяти, внимания, мышления и пр., оказывают большое влияние на протекание старения. Например, основные навыки – такие, как умывание, готовка и прием пищи, покупки, оплата счетов и т. п. – напрямую зависят от когнитивных способностей. В более широком социальном контексте когнитивное функционирование обеспечивает необходимое, если не достаточное, основание для участия в социальной и межпоколенческой жизни, например, в заботе о внуках или использовании разнообразия культурных ресурсов общества.

В течение 70-х и в начале 80-х гг. XX в. проводилось много геронтологических исследований по когнитивному развитию в соответствии с доминирующим в 50–60-е гг. направлением – ***моделью простого дефицита*** когнитивного развития.

Согласно этой модели дефицитарности, пожилые люди в силу возраста не способны развиваться, т.к. у них ухудшаются когнитивные способности: они не усваивают новое, не обучаемы в силу снижения памяти, внимания и проч.

Основной недостаток указанных исследований заключается в том, что их результаты были подвержены систематической ошибке вследствие применения стандартов, ориентированных на молодых людей. Впоследствии результаты других исследований опровергли первоначальные взгляды психологов на снижение интеллекта с возрастом.

Начиная с 90-х гг. прошлого века **концепции когнитивного развития** в зарубежной геронтологии и психологии объединяют понятия *силы* и *слабости* (или приобретения и потерь) при старении в единую картину.

До этого времени понимание структуры интеллекта в пожилом возрасте было достаточно примитивным и основывалось главным образом на исследованиях с очень малыми выборками испытуемых. Более поздние исследования с большими выборками изменили эти представления. Например, было обнаружено, что сохранные когнитивные способности позволяют пожилому человеку вести независимую жизнь.

Мудрость – одна из наиболее сложных концепций в области интеллектуального функционирования. Мудрость – не совсем ясное понятие, концептуализация зависит от задач исследования. Рассматривается как: 1) способность представлять и разрешать реальные жизненные проблемы, которые требуют баланса логических и прагматических факторов, регулируемых опытом; 2) специальная форма знаний, основанных на собственном опыте человека; 3) когнитивная способность, сходная по типу, но не по форме с интеллектом; 4) способность, облегчающая наряду со знаниями, использование поступающей информации; 5) связанная с возрастном форма когнитивного интеллекта; 6) адаптивное функционирование интеллекта в ситуациях повседневной жизни. Отечественные авторы подчеркивают ориентацию мудрости принципиально внутренне на самоуглубление и самопознание, что позволяет укреплять человеку свою внутреннюю ценностную позицию.

Современные исследования показали, что мудрость определяется знанием жизни, контролем над жизнью, управлением неопределенностью и проч.

Исследователи других аспектов когнитивного функционирования считают, что в случае приобретения глубоких знаний и мастерства в некоторой области возрастных «естественных» снижений когнитивных функций не происходит. Например, не было обнаружено возрастного снижения когнитивных способностей у профессиональных пианистов, в то время как это имело место в сравнительной группе музыкантов-любителей.

В позднем возрасте риск потери когнитивных ресурсов выше, чем в любом другом. Однако хорошее состояние социально-экономических ресурсов (которые имеются благодаря достижениям предыдущей жизни) ограничивает снижение когнитивного функционирования в очень старом возрасте.

Когнитивные способности пожилых людей важны для общества. Результаты последних исследований подтверждают предположение, что пожизненное развитие когнитивных способностей (у «мудрых» индивидов, высококвалифицированных профессионалов) не подвергается возрастному

снижению, полностью сохраняясь в старом возрасте. Однако во многих современных обществах имеется тенденция исключать из профессиональной занятости пожилых людей.

Изменения памяти

Представление о нарушениях памяти как основном возрастном симптоме психического старения до сих пор имеет широкое распространение. Серьезные недостатки памяти – один из признаков **деменции**, наиболее распространенной формой которой является синдром (или болезнь) Альцгеймера.

Деменция (синоним – слабоумие, сенильность) – глобальное ухудшение интеллектуального функционирования, происходящее в результате атрофии центральной нервной системы. Синдром, обусловленный болезнью мозга, при котором нарушаются многие высшие корковые функции, включая память, мышление, ориентацию, понимание, счетные навыки/счет, способности к обучению, речь и способности к суждению. Болезнь имеет много форм. Наиболее распространенные – деменция по Альцгеймеровскому типу и мультиинфарктная деменция..

Расстройства памяти выявляются и при обычном, нормальном старении, когда сохраняются все личностные и социальные характеристики человека.

Снижение функций памяти, ассоциируемое со старением, как один из ее частых признаков, наблюдается не у всех пожилых и старых людей: часто исследователи не выявляют у практически здоровых лиц этого возраста заметного снижения памяти. Более того, свыше 90 % людей в возрасте 65 лет и старше показывают лишь несущественные ухудшения. Современные исследования свидетельствуют о несоответствии между субъективными жалобами людей на нарушения памяти и их реальной способностью к запоминанию. Память является сложной психической функцией, зависящей от влияния других психических свойств (настроения, психической активности, установок), социальных факторов и состояния физического здоровья. Например, у человека с выраженной тревогой ухудшаются показатели логической памяти, психического контроля. Обнаружено, что негативные культурные установки на поздний возраст, которые усваивают сами пожилые люди, становятся актуальной причиной ухудшения памяти в старости. Например, установка «из-за возраста я стал забывчивее» отрицательно сказывается на памяти человека. В то же время позитивная установка: «с возрастом я стал мудрее» способствует положительному мироощущению.

Проблема нарушений памяти тесно связана с проблемой особого отношения к прошлому или роли *воспоминаний* в жизни пожилого человека. Пожилые люди могут очень эмоционально обращаться к своему прошлому. В одном случае это непроизвольно возникающие в сознании пожилого человека воспоминания конкретного прошлого события, которое не имеет для него особого значения. В период, когда это событие происходило, оно не привлекало внимания и само по себе не носило исключительного характера.

Тем не менее, возникая в памяти как бы помимо воли, это воспоминание не оставляет человека безразличным. В других случаях речь идет о положительно окрашенных воспоминаниях прошлого, к которым пожилой человек с удовольствием возвращается вновь и вновь.

Развитие интеллекта в пожилом возрасте

До недавнего времени считалось, что интеллектуальные возможности достигают пика своего развития в конце второго – начале третьего десятилетия жизни, некоторое время держатся на этом уровне, а затем начинают снижаться в среднем возрасте, и еще быстрее – в пожилом.

Первым значительным вкладом в изучение проблем психологического старения явилась работа сэра *Фрэнсиса Галтона* (1822-1911) (Sir Francis Galton), троюродного брата Чарльза Дарвина. Галтона интересовали вопросы интеллектуальной деятельности человека и ее трансформация в пожилом возрасте. Его исследования показали, что интеллект ухудшается с возрастом. На основании этого (в совокупности с теорией Дарвина) появилась мысль о том, что в самой старости нет смысла, пожилой человек – «отброс естественного отбора».

Многие эмпирические исследования показали, например, что способность учить новое, учиться новым умениям и навыкам у пожилых людей занимает больше времени; память менее эффективна; познавательное функционирование в общем ухудшается в пожилом возрасте. Например, до недавнего времени считалось, что интеллектуальные возможности достигают своего пика развития в конце второго – начале третьего десятилетия жизни, некоторое время держатся на этом уровне, а затем начинают снижаться в среднем возрасте, и еще быстрее – в пожилом, поэтому пожилым людям приписывают **дефицит обучаемости**, под которым обычно подразумевается относительная трудность в обучении или усвоении пожилыми и старыми людьми новой информации по сравнению с другими возрастными группами.

На основании исследований *Ф. Галтона*, а также других ученых был сделан вывод о том, что в самой старости нет смысла, т. к. интеллект ухудшается с возрастом.

Доказательства, на которых было сделано это заключение, базировались на исследованиях, использовавших **метод поперечных срезов**. При этом сравниваемые возрастные группы являются представителями различных слоев населения, имеющих различный жизненный опыт (эффект когорт).

Последующие работы давали результаты, противоречащие полученным ранее. Например, эксперименты по приобретению новых умений показали, что в то время как пожилым людям требуется больше времени на выполнение заданий, и они менее уверены, чем молодые, в научении новым техникам, они превосходят их в точности, надежности и результатах.

Другой причиной явилось исследование психологов, которое имело большую социальную значимость. Во время Второй мировой войны в США с помощью тестов интеллекта (IQ) была протестирована большая группа молодых призывников, которых направляли на фронт. При этом применялась

та же методика, которая использовалась при тестировании подобных групп солдат во времена Первой мировой войны. Результаты исследований зафиксировали значительный рост интеллектуальных способностей американских военнослужащих. Был сделан вывод о том, что эти изменения были вызваны трансформациями в области просвещения, образования и социального благосостояния.

Однако сравниваемые возрастные группы являлись представителями различных групп населения, имеющих различный *жизненный опыт*. Если не знать, на что были способны, скажем, 60-ти летние, когда они были в возрасте 40 или 20 лет, то невозможно сделать однозначного вывода о том, снижается или нет с возрастом их интеллект.

Более недавние результаты современных лонгитюдных исследований показали, что многие люди сохраняют высокий интеллект и в среднем, и в пожилом возрасте. Хотя имеются некоторые изменения в отдельных составляющих интеллектуальной деятельности.

Другой причиной распространенного мнения о том, что интеллект с возрастом ухудшается, явилась недооценка зависимости психологических характеристик людей от социальных факторов и переоценка процесса биологической деградации.

Существуют разные точки зрения на устойчивость и изменчивость интеллекта в процессе жизни. Одни психологи доказывают, что нет возрастных различий в интеллекте, другие, ссылаясь на данные проведения интеллектуальных тестов, доказывают, что в пожилом возрасте интеллект снижается. Обычно считается, что у многих людей в позднем периоде жизни возникают существенные дефекты в интеллектуальной сфере, особенно в области памяти. Но активно-преобразующее отношение к себе индивида помогает ему частично компенсировать снижающиеся интеллектуальные возможности.

Полученные данные многих исследований подтвердили факт гетерохронности интеллектуального развития в онтогенезе. Одни представители позднего возраста сохраняют способность к освоению новой информации, тогда как другие успешно используют компенсаторные средства.

Доказано, что психическое старение тем гармоничнее, чем сохраннее физическое здоровье и благоприятнее социальные условия в старости. Несомненное значение имеет и система ценностных ориентаций личности, сложившаяся в течение жизни, жизненный опыт, прошлая профессиональная деятельность, весь комплекс социо-культурных факторов, этические и половые особенности. Успешному приспособлению к утрате активных социальных позиций способствуют эмоциональная стабильность, свойственная человеку в среднем возрасте, и удовлетворенность жизнью, которую дает возможность заниматься любимым делом в пожилом возрасте.

Социально-психологические аспекты инвалидности в пожилом возрасте

В пожилом возрасте нередки заболевания, связанные с разного рода

деменциями. Когнитивные изменения при деменции разнообразны, нарушаются почти все стороны интеллекта, речи и памяти. При этом когнитивные изменения не однотипны. Например, среди людей, страдающих деменцией, можно выделить больных с различными когнитивными нарушениями: визуально-пространственными, лексическими, семантическими, исполнительного функционирования и проч. Когнитивные нарушения часто сопровождаются, а иногда предваряются ухудшением эмоционального контроля, социального поведения или мотивации. Проявления деменции у разных людей проявляются по-разному. Часто считается, что это ухудшение или потеря памяти, которая особенно очевидна при обучении новой информации, в языке, представлениях и других когнитивных способностях. При этом такое ухудшение не осознается человеком.

В молодом возрасте заболеть слабоумием шансы не велики, но у доживших до 80 лет они возрастают и увеличиваются в геометрической прогрессии.

Прогрессивное ухудшение умственного функционирования:
в возрасте 75-79 лет заболевают деменцией до 6 % пожилых людей;
в возрасте 80-84 лет – до 11 %;
к 90 годам – до 40 %.

Наиболее крайние типы: синильная деменция (старческое слабоумие) и болезнь Альцгеймера.

По мере прогрессирования болезни становится все труднее получить информацию о том, в чем нуждается такой человек. Поэтому важно учитывать особенности пожилых больных.

Старческое слабоумие – неблагоприятная форма психического старения. Она имеет все признаки возрастно-деструктивных изменений в корковых отделах мозга. Иногда авторы говорят о «гармоничном» распаде высших психических функций при сенильной деменции. Медленное и постепенное оскудение интеллектуальных функций, последовательное сужение уровня мышления, творческих способностей, мельчание и стирание личностных характеристик – все это следствия линейно нарастающих возрастно-деструктивных изменений в головном мозге. При этом обычно не наблюдается снижения общего и психического тонуса, типичного для психического упадка в позднем возрасте. При значительной утрате прошлых интеллектуальных запасов, сужении объема мыслительных процессов и не критичности психическая и двигательная активность остаются на прежнем уровне. Однако болезнь приводит к **утрате способностей и возможностей выполнять простые действия**, какую-либо деятельность. Страдающие болезнью Альцгеймера часто испытывают *страх* и подвержены панике.

Потребности в повседневной занятости, общении с окружающими, дружеском участии зачастую оказываются ненарушенными. Оскудение речевого запаса связано со снижением интересов и круга запросов. Нарушения памяти распространяются в равной степени на события прошлого и настоящего. Личностные изменения выражены умеренно, грубого нарушения этических норм обычно не бывает.

Сохраняется высокая потребность в общении, в беседе со сверстниками. Такие больные часто испытывают потребность помочь, пытаются выразить свое участие. Однако, поскольку они все менее и менее способны вести беседу, важно, чтобы те, кто осуществляет за ними уход, *не прекращали общения*, даже тогда, когда они перестают понимать речь больного. В таком случае рекомендуется использовать мимику и легкие направляющие прикосновения.

Болезнь Альцгеймера как форма неблагоприятного старения характеризуется ранним началом и особой скоростью развития сенильно-деструктивных изменений. Синильные изменения в психической сфере особо обращают на себя внимание за счет отсутствия возрастных нарушений в других системах органов. Мозг оказывается единственным органом, где имеют место грубые возрастные изменения. Средняя продолжительность болезни Альцгеймера от начала до смерти – 5-10 лет. Заключительный этап жизни при этой форме старения имеет глубокую степень психического маразма, распад целенаправленных, а затем и вообще двигательных функций, угасание безусловных рефлексов, физический маразм. У больных болезнью Альцгеймера наблюдается яркая картина психического оскудения, возникающего достаточно рано. Особо злокачественное течение болезни завершается впечатляющей картиной «церебральной смерти».

Первыми признаками болезни Альцгеймера обычно оказываются расстройства запоминания и снижения памяти на настоящее и прошедшее. Человек теряет способность автоматически использовать свои интеллектуальные способности, т. е. раньше он выполнял любую знакомую деятельность стереотипно, на автомате, а заболев, он утрачивает способность действовать по привычке.

Автоматическое поведение можно рассмотреть на примере вождения машины. Например, человек не задумывается, садясь в машину, как он поедет, т. е. в какой последовательности он будет делать определенные операции (включить зажигание, выжать сцепление, нажать на газ, отпустить сцепление и т. д.), а выполняет это автоматически. Также человек не думает, как ему одеть пиджак или обувь. Однако заболевший человек утрачивает способность научиться новому и у него «выедается» способность делать то, что он привык выполнять автоматически. В тяжелых случаях человек утрачивает способность к простым действиям (одеть или накормить себя). Первый показатель этой утраты – человек забывает то, чему его учили, что он умел делать. Например, жена посылает мужа купить молоко. Очень быстро он возвращается, т. к. по его мнению, она не дала ему бидончик для молока. Из его памяти выпала схема, давно усвоенная, т. е. что молоко продается уже расфасованное в пакеты или бутылки, но он помнит то время, когда молоко наливали в бидончик.

Затем теряется способность к выполнению сложных задач, происходят нарушения внимания, осмысления. Постепенно утрачиваются все прошлые навыки. Обычно на первых этапах имеется критика к выявляющимся изменениям, затем и она утрачивается. Крайне типичны при этой болезни нарушения письма. Обычно буквы в слове не разделяются, слова пишутся

слитно, без интервалов, и к концу строчка представляет собой сплошную волнистую линию. Наблюдаются расстройства *праксиса*: вначале они выступают в форме невозможности выполнить сложные манипуляции, а затем утраты знакомых и простых действий. *Агнозия* пространства находит выражение в невозможности совершить конкретное действие (найти выход из комнаты, пожать протянутую руки и пр.). Стереотипные действия (комканье простыни, разглаживания и «стирка») характерны для терминальной, конечной стадии «церебральной смерти».

Можно представить континуум, на краях которого расположены эти две формы болезни – болезнь Альцгеймера и синильная деменция. Между ними находится большое количество переходных вариантов, представляющих последовательный ряд случаев с различными соотношениями симптоматики, различным временем выявления тех или иных симптомов.

Первично возникнув (чаще всего после 80 лет), клинические проявления неблагоприятных форм психического старения оказываются частью общих выраженных возрастных изменений.

Деменция – одно из немногих заболеваний, которое оказывает влияние на изменение личности. Это травматично для родственников, которые не узнают своего близкого человека; он ведет себя не так, как до болезни, делает такие вещи, за которые близким становится стыдно, например, он был дружелюбным, а стал агрессивным и грубым, или был аккуратным, а стал неряхой. Таким образом деменция – это болезнь, которая затрагивает не только умственные способности, но и личность.

Мультиинфарктная деменция, которая имеет все признаки тяжелого органического слабоумия, является одним из немногих заболеваний, обладающим рядом особенностей, позволяющих говорить о сохранном ядре личности. Это осознание своего недуга и стремление каким-либо образом компенсировать свою несостоятельность. Это заболевание возникает сравнительно рано и развивается постепенно, что определяет тип отношения к больному со стороны окружающих. В условиях заботы и опеки такие больные обнаруживают достаточные способности к адаптации к окружающему и чаще, чем больные с другими формами деменции, остаются в привычных домашних условиях.

Психологов интересует, насколько влияют психологические и социальные факторы на возникновение и протекание болезни. К сожалению, они изучены недостаточно. Обнаружено, что именно на протекание, а не на возникновение, влияют социально-психологические факторы. Для того, чтобы их определить, нужно изучать кросскультурные факторы, например, известно, что в африканской культуре достаточно мало больных деменцией. Другой пример семей в средиземноморских странах: если заболевает пожилой человек, ему всегда находится место в семье, где он может выполнять какую-то деятельность. Вообще психологи рекомендуют как можно большее предоставление свободы больному, например, должно быть дозволено выполнять работы по дому – пусть даже и плохо – до тех пор, пока это не будет связано с опасностью или чрезмерным ущербом. Он должен

чувствовать, что вносит определенный вклад в ведение домашнего хозяйства.

Таким образом, *модель инвалидизации при деменции* характеризуется:

- нарушениями памяти;
- изменением мышления;
- нарушением способности к научению;
- высоким уровнем стресса;
- обостренной чувствительностью к социальному и физическому окружению.

Переход к современному устройству общества усложнил общественную жизнь. Современный ритм жизни ведет к большей независимости существования, что ухудшает ситуацию слабоумных пожилых людей.

В последнее время улучшилось качество ухода за больными деменцией, т. к. ранее думали, раз они ничего не понимают, то можно к ним относиться кое-как. Ученым удалось доказать, что чем качественнее уход, тем дольше сохраняются остатки умственных способностей у больных пожилых, и они лучше себя чувствуют.

Хороший уход за кем-либо с деменцией требует от того, кто ухаживает, «большого присутствия» до такой степени, что это выходит за рамки «здорового смысла»: высокий уровень сопричастности, эмпатии, гибкости мышления.

Это должны быть одаренные люди, которые могут выдумывать, угадывать, что требуется человеку с деменцией. Но, к сожалению, персонал домов-интернатов не подготовлен к такой работе, и их практика не способствует развитию таких способностей. Поэтому, признают многие авторы, еще очень далеко до правильного межличностного индивидуального ухода за человеком с деменцией, который нуждается не только и не столько в хорошем физическом уходе, хорошей организации его жизни и окружении, сколько в том, чтобы к нему относились адекватно.

Ключевой момент в уходе – эмоции, которые долгое время остаются сохранными у больных: естественная реакция в горе, когда человек уходит в себя, тревога, когда человек не знает, что ему выбрать лучше, злоба, когда на пути препятствия к цели и радость при достижении поставленной цели. При деменции в отличие от интеллекта эмоции сохраняются. Это приводит к своеобразной цепочке: больной пожилой человек чувствует, что мир становится опасным; это, в свою очередь, ведет к усилению эмоций, и больные становятся более возбудимы. Поэтому для тех, кто ухаживает за пожилыми, страдающими от деменции, требуется правильно реагировать на возникающие эмоции. Когда больной тревожится, его нужно успокоить, ободрить. Правильной реакцией на гнев или беспокойство больного будет спокойное реагирование. Важно *принятие* больного деменцией.

Поэтому тому человеку, за которым ухаживают, необходимо знать, и об этом надо неоднократно напоминать, что за ним с пониманием и достоинством, любовью и спокойствием будут заботиться, что бы ни произошло.

Вопросы и задания для самопроверки:

1. Кого мы называем пожилыми людьми?
2. Какими допущениями руководствуются биологическое, социальное и психологическое направление геронтологии?
3. На чем должен концентрировать свои практические усилия специалист, если он следует биологической теории старения?
4. Какая теория допускает, что условия человеческого существования гибкие и могут быть приспособлены к его разным потребностям? Обоснуйте свой ответ.
5. Чем определяются условия старения, согласно критической геронтологии?
6. В чем особенности подходов к современной периодизации человеческой жизни?
7. Как возрастные изменения связаны с изменением высших психических функций?
8. Каковы расстройства памяти при благоприятном и неблагоприятном психическом старении?
9. Каковы подходы к анализу особенностей познавательной сферы пожилых людей?
10. В чем заключается своеобразие интеллектуальной деятельности в пожилом возрасте?
11. Какие психические изменения возможны у пожилого человека, страдающего от деменции?
12. Какими способностями должен обладать человек, ухаживающий за пожилым инвалидом?
13. Определите, в чем нуждается человек с деменцией? В чем нуждается тот, кто ухаживает за больным?
14. Предложите новые способы, благодаря которым можно снизить уровень тревожности и обеспечить возможности более эффективной помощи. При этом требуется обсудить следующие проблемы:
 - вселение уверенности в больного;
 - жизнерадостное отношение;
 - возможности общения и физического контакта;
 - получение информации о болезни, ее протекании.

Литература для углубленного изучения темы

1. *Краснова О.В.* Стереотипы и аттитюды к пожилым людям (опыт социально-психологического исследования). – М.: ГНО «Прометей» МПГУ, 2004. – 304 с.
2. *Краснова О.В., Лидерс А.Г.* Социальная психология старения: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002 – 288 с.
3. Психология развития: Учеб. для студ. высш. психол. учебн. заведений / Т.М. Марцинковская, Т.М. Марютина, Т.Г. Стефаненко и др.; Под ред. Т.Д. Марцинковской. – 2-ое изд., перераб. И доп. – М.:

Издательский центр «Академия», 2005. – С. 306-325.

4. Психология старости. Хрестоматия: Учеб. пособие по психологии старости / Ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004. – 736 с.

5. Психология старости и старения: Хрестоматия: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений / Сост. О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 416 с.

6. *Стюарт-Гамильтон Я.* Психология старения. – СПб.: Питер, 2002. – 256 с.

5. Социально-психологические проблемы пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья

5.1. Личность пожилого человека

Понятие личности. Личность – одно из основных психологических понятий, имеющее много различных определений и достаточно часто используемое в психологической науке и практике.

В жизни личностью обычно называют человека, который отличается от других людей устойчивыми психологическими особенностями и поступками. Такой человек принимает самостоятельные решения, успешно преодолевает трудности, возникающие на его пути. Он обладает ярко выраженной индивидуальностью, имеет собственное мнение, свою мораль, убеждения, твердо и последовательно их придерживается.

Психология личности касается проблем, волнующих каждого человека. Это проблемы жизни человека среди людей, нравственного поведения, воспитания детей, поиска смысла жизни и многие другие.

Вместе с тем имеются серьезные трудности, обусловленные состоянием современной психологии личности. Другими словами, несмотря на большую работу, проведенную философами и психологами по уточнению понятия «личность», единого и общепринятого определения пока нет. Достаточно сказать, что уже 80 лет назад, то есть в 1927 г., один из первых исследователей личности *Г. Оллпорт* насчитал 50 различных определений личности.

Различные ученые выделяют и изучают разные аспекты психологии личности, которые они обычно включают в предлагаемые ими частные определения личности. Можно сказать, что существует более *широкая* и более *узкая* трактовка понятия личности. Авторы, придерживающиеся более широкого понимания личности, включают в ее структуру индивидуальные биофизиологические характеристики организма: инертность – подвижность нервных процессов, тип метаболизма и т.п. (*Б.Г. Ананьев*) или, например, такие «природно-обусловленные» свойства, как свойства зрения (*Л.С. Рубинштейн*).

Очевидно, что при таком употреблении термина «личность» его значение совпадает с понятием конкретного, отдельного человека. Такое понимание личности близко к точке зрения обыденного сознания, с характерным для него акцентом на неповторимость, уникальность облика каждого человека.

Представление о личности в узком смысле наиболее четко сформулировано в работе выдающегося отечественного психолога *А.Н. Леонтьева* «Деятельность, сознание, личность», опубликованной в 1975 г.: личность – это особое образование, «особого рода целостность», которая возникает на сравнительно поздних этапах онтогенетического развития. Это образование порождается специфически человеческими отношениями.

Что касается природных индивидуальных свойств: морфологических, физиологических, а также некоторых индивидуально приобретенных

психологических особенностей человека, то они собственно к личностным свойствам не относятся, а характеризуют человека как *индивида*. Индивид – это скорее та реальность, которая заключена в границах тела человека, в то время как личность – образование, не только выходящее за пределы этого тела, но и формирующееся во внешнем пространстве социальных отношений (Ю.Б. Гиппенрейтер).

Одна из центральных проблем, интересующих ученых, которые изучают особенности личности, – это взаимодействие человека с внешним, прежде всего социальным миром.

Для описания и анализа процесса взаимодействия личности с внешним миром в различных психологических школах создана своя система понятий, которая позволяет проставить авторские акценты на различных его сторонах.

В.Н. Мясищев и Б.Г. Ананьев ввели категорию *отношения*, и через описание уровня их развития, согласованности раскрывают структуру личности и процесс ее формирования.

Согласно С.Л. Рубинштейну, человек как личность формируется, вступая во взаимодействия с другими людьми, миром в целом. В таком представлении личность рассматривается как «совокупность внутренних условий, через которые *преломляются* все внешние воздействия». Эти внутренние условия сами, в свою очередь, сформировались в процессе «внешних взаимодействий».

В качестве собственно личностных свойств человека обычно выделяются те, которые обуславливают общественно значимое поведение или деятельность человека. Личность определяется своими отношениями к окружающему миру, окружению, другим людям. Человек как личность сознательно определяет свое отношение к окружающему.

А.Н. Леонтьев как основополагающую для анализа личности вводит категорию *деятельности*. Структура и образующие личности при этом раскрываются через анализ мотивационно-потребностной сферы. Потребности выступают в качестве исходного пункта всякой деятельности, опредмечиваясь в мотивах. Первые «узелки» личности завязываются тогда, когда начинает устанавливаться иерархия деятельностей, или иерархия мотивов. Причем завязываются они в той *системе отношений*, в которые вступает человек, и особенности личности обнаруживают себя в этих отношениях.

Сложный и длительный процесс развития личности имеет свои этапы и стадии, неотделим от развития сознания и самосознания.

Личность представляет собой очень сложное психологическое образование. Как видно, во многих определениях представлены разные стороны психологии человека как личности, но общим для всех определений выступает *формирование личности в социальной среде*.

Особенности личности в пожилом возрасте. Почти столетняя история развития геронтологии, начавшаяся с медико-биологической модели старения, оказала существенное влияние на социальные и психологические теории, описывающие личность пожилого человека и ее взаимодействие с

обществом. Эти теории долгое время определяли теоретические представления и методологию исследований этой области и исходили из понятий *дефицитности, инволюции и угасания*. В то время в психологии преобладало мнение о «сужении социального пространства» и «потере ролей» с выходом человека на пенсию. В большинстве из них речь шла об адаптации или приспособлении пожилого человека к пенсионному периоду жизни, пожилому возрасту, что не обязательно представляет собой процесс роста. Многие ученые того времени доказывали, что в позднем периоде жизни человека ожидают главным образом потери.

Позднее работы отечественных авторов, подчеркивавших сохранность личности, и зарубежных, нацеленных на изучение адаптации и компетентности в пожилом возрасте, развитие понятия *генеративности*, которая является ресурсом личности, а также систематизацию индивидуальных проявлений личности, разработку типологии индивидуального старения положили начало рассмотрению личности пожилого человека как имеющей потенциал развития. В этом проявляется преодоление бытовавших негативных взглядов на *социализацию* и развитие пожилых людей.

Пересмотр «классических» взглядов на старение позволил зарубежным ученым в последние 10-15 лет создать и описать теоретические модели в различных концепциях, которые основываются на общем положении о *продолжающемся развитии личности пожилого человека*, несмотря на высокий риск уязвимости позднего периода жизни.

Фундаментальное знание социально-психологических механизмов становления и развития личности пожилого человека имеет важное практическое значение в системе подготовки специалистов, работающих с пожилыми людьми, создания достойных условий для самостоятельной и независимой жизни и развития в позднем периоде жизни. Социальная практика работы с этой категорией, возникшая за последние 15-20 лет в нашей стране, настоятельно требует изучения личности пожилого человека как самостоятельного предмета социально-психологического исследования. Исследование личности пожилого человека имеет также важнейшее методологическое значение, основополагающие принципы которого должны раскрывать природу и механизмы взаимодействия стареющего человека и социальной общности, социальной среды.

Пожилым человеком не прекращает усваивать социальный опыт, несмотря на то, что он оставил часть социальных ролей, которые играл в малых группах – в семье или на работе. Он продолжает оставаться членом больших социальных групп – религиозных, политических, гендерных, этнических и др. Благодаря активному включению в социальные сферы (т.е. социальной активности), человек преобразует социальный опыт в собственные ценности, установки и ориентиры. Таким образом, можно говорить о том, что социализация не прекращается после достижения какого-то определенного возраста, например, возраста выхода на пенсию. Это не значит, что все пожилые люди социально активны, у части из них интересы ограничиваются только своей семьей или проблемами здоровья.

Имеются факторы, способствующие *прерыванию* социальной активности пожилых людей, такие, как скудные социоэкономические ресурсы, множественные тяжелые потери, резкое ухудшение здоровья. Но это не значит, что прекращается развитие личности. В самой идее активности человека как социального существа заложена мысль о непрерывности социального развития личности, о его принципиальной незавершенности; развитие личности продолжается и в среднем, и в пожилом возрасте. Поэтому даже если пожилой человек обременен множественными заболеваниями, столкнулся с инвалидностью, вдовством, зависимостью от других, что прерывает его социальную активность и участие в жизни общества, то развитие прерывается только в случае серьезных когнитивных нарушений, вызванных деменцией разного рода (болезнью Альцгеймера и пр.) и ведущих к разрушению личности. Ведь цикл жизни любого человека имеет точки «разрыва» не только в позднем периоде жизни, когда появляются хронические заболевания, инвалидность, разной степени тяжести нарушения когнитивной сферы. В жизни человека любого возраста возможны прерывание семейной жизни, образования, трудовой и профессиональной деятельности, нарушение социальных связей, хотя в других случаях семейная жизнь, социальные связи, активность и пр. остаются стабильными.

Пожилый человек продолжает выполнять социальные роли, хотя их спектр может резко измениться, например в результате негативных событий жизни, влекущих за собой многочисленные потери (смерть супруга, болезни или инвалидность и т.д.). В последнее время начинают появляться работы, в которых авторы отмечают *приобретения возраста*, такие как большую свободу в организации своей жизни, жизненную и профессиональную компетентность, опыт решения жизненно важных задач и др., что дает новые социальные роли. Точно также пожилой человек включен в разные социальные группы: он продолжает оставаться членом больших социальных групп – этнической, демографической и др. В отношении малых групп могут произойти изменения, например, с выходом на пенсию он больше не является членом трудового коллектива, но, например, возможность участия в волонтерской деятельности позволяет ему освоить новую – стать членом общественной организации. Другими словами, активное взаимодействие личности с социальной средой не останавливается с какого-то определенного возраста, например, с возраста прекращения трудовой деятельности.

Каждая личность проходит свой жизненный путь, поэтому она обладает уникальным жизненным опытом. В результате долгой жизни человек накапливает специальные знания, которые являются основой для решения возрастных и иных проблем и преодоления трудностей в позднем периоде жизни. Часто под ними подразумевается жизненный опыт, в том числе опыт социального взаимодействия с другими. Жизненный опыт зависит от того, через какие *социальные группы* личность входила в *социальную среду* в цикле жизни и продолжает в ней находиться в позднем периоде жизни.

5.2. Особенности социализации и социально-психологической адаптации в пожилом возрасте

Социализация в пожилом возрасте. Социальная психология личности исследует процессы построения человеком своей социальной и личностной идентичности, формирования индивидуальных стратегий поведения в изменяющихся социальных условиях, т.е. то, что определяют как активность личности в ходе *социализации*.

Социализация – процесс и результат активного присвоения человеком значимых для его социального окружения норм, идеалов, ценностных ориентаций, установок и правил поведения, в результате интернализации которых человек может успешно функционировать в качестве члена общества, взаимодействуя с другими. Социализация происходит как стихийно, так и целенаправленно. Успешная социализация пожилых людей – одно из основных условий поддержания высокого качества жизни.

Насколько можно применять понятие социализации к позднему возрасту? Во-первых, традиционно в основном понятие социализации применяется к процессу социального развития *ребенка* или подростка, связанного с социальным самоопределением и его ориентировкой в системе социальных ролей.

Во-вторых, в контексте проблемы социализации в пожилом возрасте приведено две совершенно противоположные позиции в отношении социальной активности пожилых людей⁸. Согласно первой, все социальные функции в позднем периоде жизни свертываются, поэтому бессмысленно применять понятие социализации к позднему периоду жизни. Действительно, в 60-80-е годы XX века социальная ситуация пожилых людей часто рассматривалась как следствие структурированной зависимости, разобщенности, недостатка социальных ролей. Согласно этим теориям, рассмотренным выше, выход на пенсию, уход выросших детей из дома и вдовство способствуют развитию необратимого процесса потери социальных ролей, а современное общество предоставляет слишком мало возможностей для реадaptации и ресoциализации в новой социальной ситуации пожилым людям. В последнее время растет средняя продолжительность жизни, но пролонгированное время жизни пока еще социально не структурировано, что приводит к подмене понятия социализации в позднем периоде жизни такими понятиями, как адаптация или реадaptация, приспособление.

Согласно другой позиции, социальная активность сохраняется, однако изменяется тип активности. Кроме естественных возрастных изменений происходят изменения в структуре социальных ролей, из-за чего сокращается или изменяется круг общения, но значительная жизненная активность часто сохраняется.

Если рассматривать взаимоотношения личности с группой как главный ориентир в исследовании личности, личность как социальное качество в позднем возрасте, требуется остановиться на проблемах *Я-концепции* и

⁸ Андреева Г.М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений / Г.М. Андреева. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: Аспект Пресс, 2003. – С. 274.

особенностях *социальной идентичности* пожилого человека.

Важным условием нормального процесса социализации в пожилом возрасте является формирование новой активной жизненной позиции, отражающей переоценку прошлых ценностей, пересмотр прошлых установок, выработку определенного отношения к собственному старению, включение в новые виды деятельности.

Социально-психологическая адаптация пожилых людей

Проблема адаптации и адаптированности пожилого человека к новым ролям и условиям жизни наиболее значима в поздний период жизни.

Адаптация – процесс, направленный на сохранение целостности личности и предполагающий качественные изменения психологии человека в новых условиях старения; может быть средством сохранения и изменения личности в новых условиях. Пожилые люди вынуждены приспосабливаться не только к новым ситуациям и внешним условиям, но и адаптироваться к физическим, физиологическим, психологическим и социальным изменениям в себе.

Понятие «адаптированность» личности нередко употребляется для того, чтобы подчеркнуть результат адаптации. Адаптированность определяют как такое состояние субъекта, которое позволяет ему чувствовать себя свободно и раскованно в социально-культурной среде, включаться в основную деятельность, чувствовать изменения в привычном социально-культурном окружении, углубляться во внутриличностные духовные проблемы, обогащать собственный мир путем более совершенных форм и способов социокультурного взаимодействия.

При изучении состояния адаптированности как результата адаптации, перед исследователями неизбежно встают несколько проблем. Первая связана с вопросом о ***критериях*** определения адаптированности или ***показателях адаптации***, которые большинством исследователей объединяются в две большие группы: объективные и субъективные (или внешние и внутренние).

К субъективным признакам социокультурной адаптированности относят удовлетворенность субъектом своим положением в социально-культурной среде; сознательное поддержание норм и традиций данной социально-культурной среды; стремление и готовность обогатить содержание, формы и способы социокультурного взаимодействия с данной средой.

К основным объективным признакам адаптированности относят рост творческой активности в социально-культурных процессах данной среды и всего общества; обогащение содержания и характера культурной деятельности в условиях данной социально-культурной среды, динамическое (энергичное, интенсивное по глубине, быстрое по темпам, внутренне подвижное освоение достижений культурного прогресса (научно-технических новшеств, нововведений в труде, политической и духовной сферах жизни; стабильность субъекта адаптации в данной социокультурной среде.

Выявленные субъективные критерии адаптированности личности отражают изменения на всех уровнях личностной сферы – когнитивном (информированность о новой среде), эмоциональном (удовлетворенность различными сторонами жизни), ценностном (изменении в системе отношений), поведенческом (достижения в области деятельности и общении, социальной активности и т.д.).

Большое число критериев отражает объективную сложность и неоднозначность явления адаптации, затрагивающую целостную личность во всем богатстве ее связей с социальным окружением. Это является причиной методических затруднений в прикладных исследованиях на этапе определения показателей адаптированности. Одним из способов преодоления указанных трудностей является выделение ведущих показателей адаптированности по сравнению с другими.

Вторая проблема относится к понятию **факторы** адаптации, под которыми понимают условия, влияющие на значение показателей адаптации.

В научной литературе можно условно выделить четыре подхода к анализу факторов адаптации: 1) анализ одного конкретного фактора; 2) анализ нескольких факторов (без последующего объединения их в группы); 3) анализ групп факторов; 4) системный подход к анализу факторов.

Простое перечисление множества факторов, например, таких как энергетический потенциал, характер и интенсивность мотивации достижения, механизмы интеграции поведения, достижение социально значимых целей, наличие поддержки в микросоциальном окружении и др., не позволяет вскрыть природу интересующего явления. Поэтому, как правило, после некоторого перечня факторов следует указание на то, что это приблизительный набор, который впоследствии может быть дополнен. К тому же представители второго направления не анализируют взаимосвязи между выделенными факторами. А подобная информация могла бы дать дополнительные сведения о проблеме детерминации процесса адаптации.

Наиболее распространенной классификацией из вышеназванных является дихотомическое деление факторов на внешние и внутренние, где под *внешними* факторами понимают условия социальной среды, а под *внутренними* – индивидуальные возможности человека.

Тем не менее, ученые могут игнорировать важность внутренних факторов, поскольку одни и те же внешние воздействия по-разному преломляются через внутренний мир личности. Анализ группы внутренних факторов, как правило, велся с точки зрения выделенных особенностей, присущих конкретному субъекту, и попыток типологизации индивидуальных различий:

1. применение разных уровней анализа процесса адаптации личности/группы в новой социокультурной среде (социально-психологического и индивидуально-личностного);

2. интегративное сочетание разных теоретических парадигм, в том числе теории аккультурации *Дж. Берри*, теории социальной идентичности *Г. Тейлора* и *Дж. Тернера*, теории самоактуализации *А. Маслоу*, системно-уровневого подхода, разрабатываемого отечественными учеными к анализу

социально-психологической адаптации и поиску факторов успешной адаптации личности к новым условиям жизни;

3. акцент на внутренней (часто неосознаваемой) природе психологических изменений личности, происходящих в процессе ее адаптации в новой социокультурной среде;

4. нацеленность на выявление личностных факторов успешности адаптации индивида/группы в новом социокультурном контексте.

В психологии, как и в биологии, критерии завершения, исчерпывания периода зрелости и перехода к старости четко не определены. Решение этого вопроса во многом связано с дискуссией по поводу специфических жизненных задач переходного периода от зрелости к старости.

Размышления психологов о процессах, происходящих при старении, можно объединить в две большие группы. Отечественные ученые анализируют период старения на основе *принципа компенсации* (Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова и др.), зарубежные – разрабатывают идеи о возможности выхода психики человека на качественно новый уровень развития личности (Э. Эриксон, Р. Пекк, П. Балтес и др.).

Старение в целом рассматривается как заключительная стадия развития личности, однако в частных концепциях выделяются его специфические особенности. Так, Д.Б. Бромлей, определяя развитие в старости как постразвитие, подчеркивает его компенсаторный характер по отношению к возникающим возрастным изменениям. Поскольку старение обусловлено нервно-психическими, эндокринно-обменными, психосоциальными причинами, то оно сопровождается комплексом аффективных реакций, связанных с переживанием актуальной дефицитарности. Формирование «совладающего поведения», встраивание компенсаторных механизмов и устранение факторов риска, к которым относятся соматические состояния, определяют позитивную или негативную динамику изменений в этот период. Механизм компенсации может быть вполне адекватным и обеспечивать полную адаптацию к новым условиям жизни, если он включает элементы обучения новым видам и способам деятельности, новым стратегиям поведения, направленным на преодоление дефицитарности.

Нельзя игнорировать сложность реализации компенсации, которая связана с нарастанием ригидности, с трудностями переключения, с сужением круга общения, характерными для человека в пожилом возрасте. При неудавшейся компенсации включаются и становятся доминирующими негативные механизмы психической жизни – уход, отчуждение и агрессия.

В исследовании О.В. Красновой показано, что одним из механизмов жизненной активности пожилого человека в современной ситуации может стать сосредоточение на интересах узкого социального пространства – собственной семьи. Т.Д. Марцинковская, анализируя особенности психического развития в позднем возрасте, подчеркивает, что на смену прежним механизмам регуляции поведения, таким, как интериоризация, идентификация с окружающими и эмоциональное опосредование, приходят другие – уход в болезнь, привлечение к себе внимания с целью получения привилегии и снисхождения. Автор обращает внимание на сложное и особое

сочетание механизмов психического функционирования в позднем возрасте, которое требует более глубокого, специального исследования .

В качестве показателей успешной социально-психологической адаптации индивида на личностном уровне выделяют:

- актуализацию развитых потребностей в самоуважении и самоактуализации;
- удовлетворенность смыслом жизни и оптимистическую оценку жизненной ситуации;
- высокую активность, эмоциональную стабильность, интернальный локус контроля.

Большинство ученых едины во мнении о том, что сторонами, участвующими в процессе социально-психологической адаптации, выступают социальное окружение и индивид (или группа). Причем, отвечая на вопрос: какая же из этих сторон является ведущей, исследователи все больше склоняются к выбору ответа о ведущей роли адаптирующейся системы (будь то отдельный индивид или группа людей), которая, обладая имманентными свойствами самодвижения и саморегуляции, способна создавать механизмы и модели активного изменения и даже преобразования среды обитания. Следует подчеркнуть, что в результате социально-политических и социально-экономических изменений, значительная часть пожилых людей переживает кризис социальной идентичности.

5.3. Социальная и личностная идентичность в пожилом возрасте

Структура идентичности в позднем возрасте. Существует довольно широкий спектр толкований понятия социальной идентичности, связанный с научными школами разнообразной ориентации. Наиболее известны психоаналитический, бихевиористский, когнитивный и деятельностный подходы как наиболее яркие тенденции в работах исследователей и как результат развития проблем социальной идентичности в рамках теорий группового и межгруппового взаимодействий. Понятие базируется на анализе групп, к которым индивид принадлежит и с которыми себя отождествляет. В когнитивной теории психологии группы Дж. Тернер различает социальную идентичность и личностную идентичность. *Социальная идентичность* – самоопределение индивидов в социально-групповом пространстве относительно многообразных общностей как «своих» и «не своих». Она не ограничена ожиданиями окружения, а складывается частично под влиянием социальных взаимодействий и более широко – социальной структуры, частично – на основе индивидуальных особенностей. Социальная идентичность соотносится с объективно существующими социальными позициями; является результатом атрибуции, вхождения и помещения в социальную позицию; выражается через участие в социальных группах или институтах.

Личностная идентичность означает единство и преемственность жизнедеятельности, целей, мотивов, смысложизненных установок,

ценностных ориентаций и самосознания личности, т. е. это самоопределение в терминах личностных характеристик. Личностная идентичность подразумевает ответ на вопрос: «Кто я?» и описывается большей частью в субъективных терминах, хотя описание обычно начинается с перечня социально-ролевых свойств или подразумевает их. Методика «Кто Я?», позволяющая оценить различные аспекты идентичности, была предложена более полувека назад американскими социальными психологами *М. Куном* и *Т. Макпартлендом* и до сих пор не потеряла своей актуальности в исследованиях людей всех возрастов. В литературе по социальной психологии встречаются разные варианты обработки и интерпретации результатов, полученных по этой методике. *Э. Эриксон*, впервые предложивший категорию «идентичность», выделял *персональную* и *социальную идентичность*. Его последователи предпринимали попытки выделения различных структурных компонентов идентичности, например, *М. Де Левита* различал «*приписную*» социальную идентичность, определяющую условия, которые человек не выбирает (например, половая или этническая идентичность); *приобретенную*, включающую то, что достигнуто собственными усилиями (в основном это профессиональная идентичность); *заимствованную* социальную идентичность, понимаемую как выполнение спектра ролей, усвоенных в ходе развития или других обстоятельств жизни.

Другой пример структурного анализа идентичности, основанный на критериях наличия/отсутствия исследования альтернатив и выбора в результате этого исследования, предложен в концепции *Дж. Марсиа*. Однако все предлагаемые конкретизации структуры идентичности были разработаны в исследованиях, где в качестве выборки использовались молодые люди – подростки или студенты, хотя схема *Дж. Марсиа* сейчас распространяется на другие возрастные этапы.

В исследованиях идентичности в позднем возрасте пытаются найти связь Я-определений с различными сферами жизни пожилых людей. Например, использование методики *М. Куна-Макпартлена* в выборке американцев в возрасте от 45 до 70 лет показало, что они оценивают себя в терминах здоровья, жизненного опыта, ценностей и убеждений. В другом исследовании с применением этой же методики была обнаружена позитивная корреляция возраста с утверждениями о здоровье, возрасте, жизненных ситуациях, событиях жизни, интересах и личностных ценностях. Негативная корреляция характерна для утверждений о семейных ролях, социальных взаимоотношениях и общих характеристиках личности. У пожилых немцев наиболее часто встречаются утверждения об интересах и хобби, повседневной активности, истории жизни, здоровье и личностных характеристиках, а также интересах, ориентированных на общину.

В общем, все результаты подтверждают структуру «многоликого Я» даже в очень пожилом возрасте, где преобладает содержание, связанное с деятельностью, хотя определения, имеющие отношение к здоровью, становятся важными при переходе от «третьего» к «четвертому» возрасту. Тем не менее положительные самооценки играют главную роль и для очень

пожилых людей, но количество существенных областей «Я» уменьшается, что объясняется бременем серьезных хронических состояний.

Обнаруженная многоаспектность личностной идентичности проявляется в подробном перечислении своих качеств, увлечений и описании себя. Например, в самоописании 65-летнего резидента дома-интерната наглядно проявляется такая многоаспектность: 1) «*пожилой человек*», 2) «*не люблю много физически работать коллективно*», 3) «*работать люблю медленно, но обстоятельно*», 4) «*люблю животных, птиц, все, что окружает меня*», 5) «*все времена года мне нравятся очень*», 6) «*люблю охоту, рыбалку, собирать грибы*», 7) «*люблю готовить для себя сам, при этом импровизирую*», 8) «*люблю путешествовать, посещать музеи*», 9) «*по возможности могу помочь незнакомому человеку, если увижу, что помощь ему необходима*», 10) «*считаю себя обычным, нормальным человеком средних способностей, а если и были заложены во мне какие-то таланты, развития они не получили, я не сумел полностью им отдаться*».

В пожилом возрасте есть конкретный риск – такой, как смерть близких, ухудшение физического здоровья. Это может влиять на стабильность самоопределения человека, потому что разные области «Я» больше не соотносятся с его настоящим положением, например, он больше не может заниматься спортом или выходить на улицу. Поэтому человек обращается к самым заурядным областям и, вместо того, чтобы сказать «У меня много интересов», он часто очень подробно и обстоятельно их перечисляет. Обращение к разным областям идентичности является тем ресурсом, который будет использован в случае ограничений или потерь. Кроме того, эти данные согласуются с моделью избирательной оптимизации, которая была предложена как метамоделю адаптации к пожилому возрасту.

Результаты исследования идентичности в позднем возрасте показали, что можно выделить структурные компоненты социальной идентичности пожилых людей. При этом «*базисная*» социальная идентичность для пожилого человека не имеет особого значения во многих сферах его жизни, т.е. ему не уже требуется «укреплять свои позиции» на уровне национальной или региональной общности. Завершившись в подростковом периоде, она утрачивает свое значение в позднем возрасте.

«*Приобретенная*» социальная идентичность пожилого человека, взаимосвязанная с функциональным состоянием, количеством заболеваний, определением успеха жизни (в частности, в той сфере, в которой он достиг успеха), важна для него в том случае, если он нуждается в подтверждении высокого уровня самоуважения. Обстоятельства жизни (например, проживание в доме-интернате) могут привести к тому, что это достигается расширением социальной сети или поиском неудач в прошлой жизни.

Наибольшее значение для пожилых людей имеет «*принятая*» социальная идентичность, т.е. согласие с социальными ролями, значительная часть которых имеет отношение к семейным и родственным обязанностям, а также с ролью «пенсионера», что снимает тревожность (понижает уровень нейротизма), которая растет в зависимости от «приобретенной» социальной идентичности, так как в течение жизни человек имеет не только

положительные, но и отрицательные приобретения, например болезни. «Принятая» социальная идентичность позволяет выше оценивать свою жизнь, т.е. выражать субъективную удовлетворенность старением, несмотря на риск заболеваний в пожилом возрасте. Таким образом, ее роль заключается в том, что человек принимает свой поздний период жизни.

Высокий уровень позитивности личностной идентичности, положительно связанной с субъективной оценкой взаимодействий, экстраверсией, а также оценкой успеха жизни, служит этой же цели. Таким образом, идентичность выступает в качестве своего рода *защитным механизмом* в позднем возрасте.

Благодаря выделению структурных компонентов социальной идентичности, можно видеть, что именно формирует идентичность пожилых людей, и от чего она зависит. Так, условия проживания (место и характер среды проживания) оказывают влияние на социальную и личностную идентичность. Чем выше уровень депрессии, тем меньше человек дает себе определений в терминах принадлежности к социальным группам. Таким образом, структура идентичности в пожилом возрасте не связана с возрастом как таковым, но зависит, в первую очередь, от степени автономности/зависимости пожилого человека, отраженной в условиях проживания (в собственном доме или стационаре).

Для пожилых людей, живущих автономно и независимо (в своих домах и квартирах) на первое место в формировании идентичности выходит компонент «принятой» социальной идентичности, т.е. спектр социальных ролей, которые они играют. Баланс других компонентов зависит от проживания в большом или малом городе/селе.

Для резидентов стационара становятся не важными социальные роли, и они обращаются к «приобретенной» социальной идентичности, т.е. профессиональным качествам, профессии, образованию и т.д. для поддержания положительной Я-концепции.

Действительно, оказавшись в доме-интернате в результате обстоятельств жизни, часто трагичных, таких как потеря родственников, супруга/супруги, дома, здоровья, и потеряв семейные роли (несмотря на то, что многие из них имеют родственников), они уже не рассматривают себя как «мать», «бабушку» и т.д., однако нуждаются в позитивном подтверждении самоуважения, обращаясь к тому, что они приобрели в своей жизни.

Несколько другой мотив у тех пожилых людей, которые являются клиентами социальной службы. Они также ищут подтверждение своего самоуважения, несмотря на то, что их зависимость (как клиентов социальной службы на дому) меньше, чем у резидентов стационара, но больше, чем у тех, кто не пользуется никакими социальными услугами. Поэтому они обращаются к личностной идентичности, имеющей высокую степень позитивности и самопринятия, и только потом к «приобретенной» социальной идентичности.

Таким образом, структура идентичности в пожилом возрасте зависит от вида получаемой поддержки (формальной от социальных работников на

дому или персонала дома-интерната или неформальной от родственников и близких). Поэтому структурный анализ идентичности позволяет связать мотивацию самоуважения с компонентами идентичности.

Кризис социальной идентичности. Негативные симптомы кризиса социальной идентичности проявляются в ощущении собственной неполноценности, переживании различных негативных чувств, связанных с принадлежностью к той или иной социальной (профессиональной, этнической) группе.

Сомнение в собственной позитивной социальной группе, согласно модели социальной идентификации *Г. Тежфела* и *Дж. Тернера*, сопровождается потерей позитивной социальной идентичности, а значит, и потерей самоуважения. По мнению этих ученых, чтобы реализовать свою базовую потребность в самоуважении, человек будет стремиться принадлежать к некой позитивно оцениваемой, имеющей высокий субъективный статус социальной группе.

Так, к примеру, именно неудовлетворенная потребность в уважении на прежнем месте жительства явилась главным мотивом миграции русских из бывших постсоветских республик в Россию после распада СССР. Иными словами, одним из важнейших психологических мотивов миграции русских на родину своих предков явилось стремление приобрести позитивную личностную и социальную (этническую и гражданскую) идентичность, удовлетворить потребность в самоуважении (и уважении со стороны других).

Потребность в самоуважении и уважении со стороны других, согласно теории мотивации *А. Маслоу*, относится к числу базовых (или дефицитарных) потребностей человека и завершает собой их иерархию, без удовлетворения которых невозможна реализация потребностей высшего уровня – потребностей развития, роста, потребностей в самореализации или самоактуализации личности.

Наличие высших потребностей у пожилых людей, испытывающих кризис социальной идентичности, не только определяет выход из кризиса идентичности, но и выбор соответствующей стратегии адаптации при взаимодействии с новым социальным окружением. Яркое выражение у пожилых людей стремления к реализации потребностей в самоуважении и самореализации в новом социальном статусе обуславливает выбор и реализацию такого типа адаптации, который в наибольшей мере будет способствовать удовлетворению этих потребностей. Такой стратегией, позволяющей личности наиболее продуктивно самореализоваться, является только интеграция.

Следовательно, на личностном уровне выбор наиболее успешного варианта адаптации – интеграции – будет определяться наличием и стремлением к реализации потребностей высшего уровня – потребностей в самоуважении и самоактуализации, так как именно этот тип стратегии создает наиболее успешные условия для их удовлетворения.

Изменение социального окружения требует от пожилого человека установления новых социальных связей, нахождения своего места в новых

для нее условиях, общественной реализации, встраивания себя в систему уже сложившихся социальных отношений. Данное требование ставит перед человеком пожилого возраста задачу выбора и реализации соответствующей адаптационной стратегии.

Движение по пути приобретения новой позитивной идентичности, адекватной изменившимся социально-культурным, экономическим и политическим условиям жизни в российском обществе, невозможно без установления самых широких взаимоотношений с новым социальным окружением, что является необходимым условием или фактором успешности адаптации.

Важную роль в поддержании позитивной личностной и социальной идентичности индивида играют его индивидуальные и этнокультурные особенности. В связи с этим важнейшим фактором успешности его социально-психологической адаптации в новых условиях будет стремление к сохранению своей прежней социо- и этнокультурной идентичности.

Кризис социальной идентичности выступает в качестве мощного стимула для актуализации индивидуально-личностных механизмов нахождения своего места в новых условиях, встраивания себя в систему уже сложившихся социокультурных отношений. В новых условиях именно личностная идентичность будет являться ведущей в выборе и реализации наиболее эффективной стратегии адаптации индивида – интеграции. От того, насколько будет включен в адаптационный процесс индивидуально-личностный потенциал человека, будет зависеть и успешность его адаптации.

На личностном уровне выбор наиболее успешного варианта адаптации – интеграции определяется наличием и стремлением личности к реализации потребностей высшего уровня – потребностей в самоуважении и самоактуализации, так как именно этот тип стратегии создает наиболее успешные условия для их удовлетворения.

В качестве показателей успешной социально-психологической адаптации личности в новых социальных условиях существования на групповом уровне выступают:

- удовлетворенность отношениями с новым окружением;
- позитивная социальная идентичность;
- позитивный образ «Мы» и позитивный образ «Они»;
- межгрупповая толерантность.

Исследование вопроса личностной и социальной идентичности пожилого человека позволит достичь более полного и глубокого понимания процесса взаимодействия пожилого человека и социума, выявить основные факторы, влияющие на успешность процесса вхождения личности в новую социальную ситуацию развития и социализироваться к ней.

5.4. Особенности социальной среды для инвалидов и пожилых людей

Социально-экологическое направление. Первые исследования окружающей среды, которые непосредственно относились к ее

взаимодействию с пожилыми людьми, появились вскоре после Второй мировой войны, главным образом в США. В течение 60-х годов XX в. возникла новая научная дисциплина – *экологическая психология старения*, изучающая окружающую среду стареющего человека; эта дисциплина ведет свое начало от общей психологии и социологии. Социально-экологические подходы оценивают и описывают окружение человека, в том числе и социальное. Кроме того, эта область исследований затронула другие сферы – такие, как архитектуру, дизайн, строительство. В исследованиях были представлены модели, описывающие взаимодействие личности и окружения и влияние этого взаимодействия на состояние человека.

Общее теоретическое направление экологической психологии старения связано с проблемами *компетентности* и *адаптации* пожилого человека, соответствия между окружающей средой и индивидуальным поведением.

При этом под *компетентностью* понимают способность или умение что-то выполнять правильно и эффективно; сфера или объем групповой или личностной способности или знаний. В отношении пожилых людей и инвалидов применяется еще одно понятие – *жизненная компетентность* – способности и навыки, позволяющие индивиду справляться с жизненными требованиями, задачами, трудностями и конфликтами, а также творчески использовать свои возможности и те, которые ему предлагает жизнь; выражается в знании жизни, т.е. знании фактов (жизненные задачи и требования) и знании стратегий (способов, которые позволяют справиться с задачами и требованиями наилучшим образом).

Компетентность пожилых людей, определенная в 1980-е годы американскими психологами, как успешное представление о своей социальной роли в пожилом возрасте, считается основой успешной адаптации и умения справиться с ситуациями позднего периода жизни; она характеризуется гибким, личностно-значимым ответом на требования окружающей среды, какими бы они ни были. *Компетентность на уровне личности* – увеличение мотивации в приобретении свободы и контроля над значимыми событиями личной жизни, что может обеспечиваться возможностью самостоятельного принятия решений, правом выбора среди нескольких альтернатив, способностью интерпретировать стрессовые события жизни и навыками преодоления стрессовой ситуации.

Позднее под *компетентностью пожилого человека* стали понимать способности и навыки человека, необходимые для ведения самостоятельной, ответственной и удовлетворяющей в личном плане жизни в поддерживающем, побуждающем, стимулирующем к самостоятельным действиям в окружающем мире.

Уровни компетентности пожилых людей делятся на:

базовый уровень – деятельность по уходу за собой; включает высоко автоматизированные навыки ухода, которые зависят от состояния здоровья;

развивающийся уровень – предоставленная на собственное усмотрение деятельность – такая, как досуг, социальная и инструментальная активность повседневной жизни; основана на индивидуальных представлениях, умениях, мотивации, интересах личности, связанных с психологическими факторами и

жизненной биографией.

Таким образом, компетентность имеет непосредственное отношение к тому, как стареющий человек может сохранять автономность и независимость в окружающей среде, несмотря на риск увеличения потерь разного рода, в том числе и здоровья.

Другое направление экологической психологии старения, связанное в том числе и с архитектурой, пытается ответить на главный вопрос: можно ли создать такое окружение, которое систематически учитывает потребности пожилого человека как пользователя окружающей среды? Значительный интерес для исследователей и практикующих врачей представляет восприятие, так как с возрастом происходят потери: визуальные, слуховые, осязательные. Например, людям позднего возраста, чтобы лучше видеть, надо больше света, чем молодым.

Еще одна проблема связана с самостоятельностью выбора окружающей среды, которая наиболее полно отвечает на потребности человека.

В экологическом подходе под *соответствием личности и окружающей среды* понимают максимальный уровень удовлетворения человека и создание оптимальных условий для его функционирования. Для понимания соответствующего механизма необходимо изучать взаимное влияние индивида и разнообразных физических и социальных условий.

Социальная и физическая среда. Уровень функционирования пожилых людей и инвалидов может быть различным. В некоторой степени их функционирование определяется социальным и физическим окружением. Кроме того, как видно из вышесказанного, опыт социального взаимодействия с окружающими имеет решающее значение для личности человека.

Выше была рассмотрена *модель инвалидизации при деменции*, согласно которой у больных существуют проблемы с запоминанием по поводу того, как они оказались там, где находятся; почему они там находятся, и вообще, что и где находится. Поэтому у людей с деменцией и со спутанным поведением наблюдается тенденция к большей, чем у большинства, зависимости от социального и физического окружения.

Спутанность – общее нарушение (обычно временное) в интеллекте и представлениях индивида в результате общего ухудшающегося изменения в центральной нервной системе, связанного с процессами метаболизма. Это кратковременное преходящее психотическое состояние, продолжающееся несколько часов или дней. Спутанное поведение у пожилых и старых людей может быть вызвано разнообразными факторами: болезнь или инфекция могут вызвать временную спутанность.; медикаментозное вмешательство, если препараты содержат наркотические вещества (эффект временный); плохое питание, недостаток витаминов или минералов; социальные факторы (тяжелые потери, горе, неожиданная травма) вызывают стресс, который оказывает не только психологический эффект, но может стимулировать биохимические реакции; мультиинфарктная деменция: сужение артерий мозга понижает снабжение мозга кровью; прогрессирующее ухудшение; болезнь Альцгеймера.

Временная спутанность поведения может вызывать дезориентацию в пространстве и времени, нарушении речи, потерю способности ухаживать за собой, ухудшение слуха и пр.

В современных условиях жизни прослеживаются новые технические достижения, благодаря которым стало возможным независимое проживание инвалидов и пожилых людей. Это и легкие, просто устанавливаемые лифты, и лестничные подъемники. Многоэтажные дома более не относятся к непригодным зданиям для инвалидов, пожилых или больных людей. В домах есть центральное отопление, постоянное горячее водоснабжение и электричество. Там, где для подъема малоподвижного пациента необходимо было три-четыре медсестры, в помощь специальных подъемников может справиться один ухаживающий. Новые конструкции душа для ванных комнат повышают степень независимости пациента.

Больше того, современные технологии позволяют объединить и связать все домашние технические средства с компьютером, что позволяет программировать работу всего оборудования в соответствии с индивидуальными запросами физически инвалидизированных людей. Однако все это относится к особенностям *физической, или пространственной, окружающей среды*. Инвалиды и пожилые люди хотят оставаться независимыми, как все взрослые люди, и поддержание независимости должно быть основной задачей при проектировании жилья для них. Все пожилые люди не хотят быть помещенными в дома инвалидов или дома престарелых. И это должно быть последней мерой.

Пространственная среда может выполнять важные защитные и компенсаторные функции: соответствующее техническое оборудование помогает людям даже в случае существенных моторных и сенсорных нарушений вести самостоятельную жизнь; подходящая планировка города и наличие соответствующих транспортных средств облегчают передвижение за пределами жилища. Исследования показали, что положительное влияние на здоровье оказывает жилье, если оно удовлетворяет требованиям инфраструктуры, качества, технического оснащения и пр. Не менее важны функции сенсорной и когнитивной стимуляции (здесь большую роль играет оборудование жилища) и наличие возможностей для самостоятельного обустройства жилья.

Есть различные аспекты нуждаемости инвалидов и пожилых людей. Они могут разниться от медицинских (например, необходимость лечения соматического заболевания, контроля медикаментозного лечения) до социальных. В последнем случае речь идет о *социальной окружающей среде*, которая включает всех, кто окружает человека, оказывает ему поддержку или ухаживает за ним.

Социальная среда подразделяется на «узкую» (семья, друзья, родственники) и «широкую» (общество, культура). Значение социального окружения проявляется, во-первых, в той роли, которую пожилые люди играют в семье и за ее пределами, и, во-вторых, в помощи, которую они могут оказать другим, и которую получают от них. К инфраструктурной среде относятся амбулаторные и стационарные учреждения, оказывающие

услуги инвалидам и пожилым людям, а также все политические решения и законы, касающиеся инвалидов и пожилых людей.

В любой работе с хронически больными людьми нужно учитывать, что чем в большей степени пациентам нужна поддержка персонала, тем больше персонал должен сделать для того, чтобы не было казенной остановки. Было обнаружено, что приятный вид из больничного окна ускоряет выздоровление после хирургического вмешательства; хорошая освещенность, приятное окружение успокаивает встревоженных пациентов, а враждебная эмоциональная среда будет их очень сильно расстраивать.

Ряд исследований показал, что персонал (как социальная среда) влияет на пациентов в большей степени, чем окружающая физическая обстановка, и влияние персонала может снизить положительное воздействие дизайна помещений. Если персонал или те, кто осуществляет уход, только на словах уважают право пациента на уединение и стыдливость, то они могут свести к минимуму влияние дизайна. Вместе с тем ясные цветные схемы, правильной формы пространства, простые детали конструкций, свет и хорошо приспособленная мебель могут оказывать положительное влияние как на персонал, так и на пациентов. Если работа упрощается, она становится более приятной, а бодрый сотрудник учреждений будет благоприятно влиять на людей, находящихся под его опекой.

Итак, нельзя недооценивать вклад персонала в создание обстановки для обитателей, поскольку благоприятные воздействия дизайна могут быть сведены на нет уходом, игнорирующим потребности пациентов. Даже если в настоящий момент поведение пациента или его состояние находятся в неудовлетворительном состоянии, все равно есть возможность проводить работу, направленную на повышение качества жизни посредством улучшения физической и окружающей социальной и физической среды.

В стационарных условиях требуется учитывать следующие требования:

- наличие возможности уединения;
- возможность иметь собственную одежду и другие личные вещи;
- обеспечение спокойными и подходящими для общения местами;
- выглядящая по-домашнему кухня;
- доступ к открытому пространству, магазинам и реабилитационным возможностям;
- обеспечение привычно расположенными туалетами, с хорошо обозначенными путями доступа к ним.

В случае, если пациенты привыкают к больнице и не желают ее покидать, рекомендуется проводить работу по «планированию будущего». В такой работе следует заручиться поддержкой и участием пациента, а будущее должно иметь для него личную ценность и смысл.

Инвалиды и пожилые люди могут иметь выраженные сложности в установлении социальных контактов. Для тех, кто находится в стационарных условиях, можно разработать специальные условия, способствующие их адаптации:

- домашний режим;
- дневная занятость;

- досуг, предлагающий такие формы расширения возможностей, которые благоприятствуют функционированию на возможно наивысших уровнях;

- защищенное место проживания;

- частный, спокойный двор;

- реализация последовательных шагов в достижению самостоятельности, независимости, учитывающая возможности рецидива.

В любом случае, требуется последовательность в обосновании разработки физической и социальной среды, целей и методов. Также необходимы укомплектованность персоналом, качественная помощь, высокий уровень профессионализма сотрудников.

Роль социальных взаимодействий. Инвалиды и пожилые люди имеют определенные ожидания и представления о социальном окружении и в соответствии с ними выстраивают свое поведение. Окружение может создавать препятствия для физического и социального функционирования индивида или облегчать его. Например, при долговременном уходе (в условиях стационара) можно увеличивать как независимость, так и зависимость физического функционирования пожилых *резидентов* домов-интернатов, или *проживающих* в доме-интернате. Нельзя недооценивать вклад социальных взаимодействий в создании обстановки для пожилых людей, поскольку воздействия архитектурного и другого дизайна не будут оказывать благоприятное воздействие, если эмоциональная среда кажется им враждебной или их потребности игнорируют при уходе.

Понятие «зависимости» может затруднить или даже исключить из рассмотрения важные различия между разными видами инвалидности и проблемного поведения.

Например, социальное окружение может включать людей, которые считают пожилых людей физически зависимыми, и от которых ожидают или требуют определенного поведения в повседневной деятельности. Немецкие психологи *М. Балтес* и ее коллеги (1994) определили поведенческую систему, существующую в естественной экологии пожилых людей, которая может быть ответственна за их зависимое поведение. Центральная тема исследования – социальные условия, состояние окружающей среды (контекстные условия) и поведенческая зависимость в контекстных условиях. Исследователями было предложено изучать «*сценарий поддержки зависимости*». Он означает, что сотрудники принимают свое собственное поведение как подходящее и соответствующее уровню компетентности пожилых людей. Такой поведенческий сценарий основан на представлениях как о реальной, так и об ожидаемой слабости или неспособности резидентов. В случае реальной слабости или некомпетентности это действительно гуманный образец взаимодействия. Напротив, если пожилой человек *всегда* рассматривается как слабый, «благосклонное» поведение персонала может стимулировать его поведенческую зависимость. Сценарий поддержки зависимости без рассмотрения различных уровней компетентности пожилого человека отражает *гиперопеку* персонала.

Гиперопека – чрезмерная, излишняя забота, сдержанное помогающее поведение помощников. Как правило, служит провоцирующим фактором, в конечном счете приводящим к ухудшению психического состояния пациента. Было выделено несколько типов гиперопеки. Например, «потакающая гиперопека»: в связи с беспомощностью больных помощники, переоценивая тяжесть заболевания, чрезмерно опекают их даже в ремиссиях. Другой вид – «подавляющая гиперопека» – часто встречается, когда родственники недооценивают тяжесть состояния, требуют от больных вести себя «как обычно». Противоположный гиперопеки тип поведения помощников связан с тем, что у них имеются нереальные ожидания в отношении того, что пожилой человек, страдающий от какого-то заболевания, может делать самостоятельно.

Соответственно, в итоге, гиперопека может провоцировать зависимое поведение пожилых людей, потому что они перестают использовать те навыки, которыми все еще обладают.

Большую роль в этом играют негативные **возрастные стереотипы** персонала как обобщенный комплекс или набор негативных представлений в отношении трудностей, связанных с возрастом. Как правило, в него включены представления об ухудшении здоровья, физических и умственных способностей, затруднении повседневной деятельности, физических признаках старости (морщины, неуклюжесть, медлительность и пр.).

Следовательно, помимо обучения персонала и повышения его квалификации, желательно изменять условия социальной среды, для того чтобы предоставлять пожилым людям как можно больше автономии. Поэтому в ситуации стационара или дома-интерната, в котором преобладают негативные представления персонала о пожилых людях и пониженные ожидания от их возможностей, очевидна польза окружения, которое можно модифицировать для облегчения жизни проживающих при ухудшении их состояния. Но эта польза может быть сведена на нет неадекватными представлениями социального окружения о пожилом возрасте и возможностях пожилых людей.

Учреждения могут создавать и поддерживать такую окружающую среду, которая стимулирует и в то же самое время защищает пожилых резидентов. Если поведение персонала соответствует индивидуальному уровню компетентности пожилых людей и обеспечивает безопасность и поддержку только *тогда и там, когда и где* они необходимы, то это помогает пожилым компенсировать свою дефицитарность и даже оптимизировать компетентность.

Исследования также показывают, что в домах-интернатах социальные отношения играют значимые роли в поддержке и помощи проживающим – резидентам.

Были определены различные факторы, которые влияют на количество и качество взаимодействий между резидентами. Они включают следующие признаки:

- *персональные* – слушание, речь, познавательные способности;
- *структурные* – укомплектование дома-интерната персоналом,

физическая окружающая среда; *структурное окружение* включает расположение здания, комнат для проживания;

- *культурные* – философия (или идеология) ухода и представления о пожилом и старом возрасте. *Культурное окружение* социальных взаимодействий создается и поддерживается персоналом и резидентами, значительную роль в котором играют возрастные стереотипы.

Оказалось, что для резидентов, сохранивших хорошую способность говорить и слышать, вербальная коммуникация играет важную роль в социальных контактах.

Некоторые резиденты с нарушенными вербальными и слуховыми способностями используют невербальные средства коммуникации. Хотя серьезные ментальные нарушения обычно вызывают враждебность, но очень редко они являются источником развлечений для других. Социальные взаимодействия в домах-интернатах показывают старого человека, признающего присутствие других, интерпретирующего их поведение и сохраняющего собственное «Я»; речь, слух и физические недостатки влияют на способы социального взаимодействия.

Жизнь – это не только стадия, в которой развивается человеческое поведение и деятельность. Окружающая обстановка обладает известным влиянием на стареющего человека. Различные социальные группы, социум, окружение могут глубоко влиять на его поведение, так же как и сам человек оказывает влияние на них. Именно поэтому нельзя рассматривать личность пожилого человека, его деятельность и поведение независимо от окружающего социального контекста.

Проблема одиночества. Одиночество является одной из серьезных социально-психологических проблем людей, живущих в современном мире. Эта проблема тесно связана с вопросом о социальных взаимодействиях пожилых людей и инвалидов, так как одиночество часто рассматривается как главная «проблема» позднего возраста. На самом деле следует различить понятия одиночества (личностного и социального, субъективного и объективного), одинокого существования, уединения, изоляции и социального пренебрежения. Это отдельные, но внутренне связанные концепции. Некоторые из них отражают наиболее распространенные стереотипы пожилого возраста. Поэтому важно разграничить эти понятия и рассмотреть их связь между собой.

С переживанием одиночества тесно связано поведение: оно отражает изменения, нарушения реального взаимодействия человека с окружающими людьми.

Понятие «одиночество» не сводится к понятию «одинокое проживание». Чаще всего исследования показывают, что большинство пожилых людей (в возрасте 65 лет и старше) не являются одинокими или социально изолированными. Например, уровень одиночества у людей в возрасте 65 лет в Великобритании несколько ниже, чем у молодых людей, и такие же данные обнаружены в других странах Европы. В среднем эти цифры находятся в пределах от 5 % до 16 %, хотя чаще встречаются значения

9-10 %. В нашей стране доля одиноких людей пожилого возраста гораздо выше: достигает в городах среди мужчин 26,0 %, а среди женщин – 73,0 %, в группе пожилого населения в возрасте 70 лет и старше одиноки 12,0 % мужчин и более трети женщин.

Однако и эти показатели могут быть нерепрезентативными, во-первых, часто ведется подсчет проживающих одиноко, что не сводится к одиночеству, во-вторых, обычно руководствуются субъективными оценками – самодиагнозом, зависящим от когнитивных, мыслительных процессов, которые опосредуют переживание одиночества. Поэтому возможны искажения, потому что люди не любят определять себя как одиноких. Некоторые часто ощущают себя очень одинокими, других это чувство посещает изредка. Число пожилых людей, чувствующих себя одиноко, может быть значительно выше, чем в опубликованных данных. Кроме того, бывает, что одиноко проживающие пожилые, которые имеют членов семьи, живущих отдельно от них, называют себя одинокими. Тогда данные об одиночестве также будут не корректными.

Эмпирические исследования, проведенные в этой области, в которых различали «просто одиноких» и «частично одиноких», показали, что для первых не были характерны психометрические расстройства. Также были отмечены различия между «одинокими» и «покинутыми». В аналитическом исследовании компонентов одиночества было выделено три группы: 1) одинокие уединенные, 2) не уединенные одинокие, 3) не одинокие уединенные. У лиц последней группы было желание жить в одиночестве. Уединение не ассоциируется с одиночеством, если люди самостоятельно контролируют степень своей вовлеченности в общение.

Количество одиноких пожилых людей, живущих в различных современных обществах, значительно больше в развитых странах Запада, чем в развитых и развивающихся странах Востока и Юга. Самым примечательным выводом авторов исследования явился тот, что число одиноких пожилых людей резко увеличилось совсем недавно. Эта тенденция к независимому проживанию пожилых людей вовсе не означает, что молодые родственники отказываются их поддерживать. *«Близость на расстоянии»* становится предпочтительной нормой в семейных отношениях. Все доступные сведения указывают на то, что пожилые люди в западных странах предпочитают жить отдельно. В этом исследовании об одиночестве сообщили больше всего людей в тех странах, где наивысший уровень семейных контактов и самая широкая распространенность совместного проживания, что вновь иллюстрирует необходимость различать «один» и «одинокий».

Понятие *«одиночество»* имеет много определений, хотя наиболее часто под ним понимают субъективное ощущение или представление об объективной социальной изоляции и отсутствие социальной поддержки.

Одиночество – это переживание, вызывающее комплексное и острое чувство, которое выражает острую форму самосознания и показывает раскол основной реальной сети отношений и связей внутреннего мира личности.

Таким образом, одиночество можно рассматривать как важную

характеристику качества жизни: по уровню одиночества можно судить об уровне субъективной оценке благополучия.

Не существует универсальной дефиниции этого термина. В различных исследованиях одиночество описывается по-разному: как осознанная депривация социальных контактов, когда человек имеет потенциальную возможность взаимодействовать с другими, но не делает этого; как недостаток подходящих людей или желания разделить с кем-то социальный или эмоциональный опыт; как несоответствие актуальных и желательных взаимодействий с другими; как болезненное переживание дефицита социальных связей.

Одни авторы делают большой акцент на когнитивной составляющей одиночества; другие подчеркивают момент личностного переживания, в том числе и мотивационный, который характеризует дисгармоничность связей внутреннего мира личности; третьи выделяют значение реальных социальных контактов. Некоторые теоретические подходы объясняют природу одиночества. Например, в отечественной психологии ракурс темы одиночества смещается в сторону изучения межличностных отношений, понятия «общение» используется для выявления взаимосвязи между ним и одиночеством, а также объединяются концепции «уединение» и «одиночество» в целостное понятие.

Разные теоретические направления показывают возможность изучение одиночества различными способами. Одиночество в пожилом возрасте недостаточно изучено эмпирически.

Социальная изоляция имеет отношение к интеграции индивидов или групп в широкое социальное окружение. Социальная изоляция, подобно одиночеству, не имеет универсального определения. Ее часто описывают как объективный статус, связанный с субъективной концепцией одиночества, и некоторые авторы считают, что одиночество само по себе есть субъективный компонент социальной изоляции. Другие обращают внимание на то, что социальная изоляция и одиночество часто рассматриваются как единое целое, несмотря на то, что нет причинного взаимодействия между ними, хотя возможны некоторые связи. Третьи определяют социальную изоляцию как отсутствие контактов и значимой и поддерживающей коммуникации в семье или в обществе. Таким образом, термин «изоляция» понимают по-разному. Методики измерения социальной изоляции пожилых людей не стандартизированы. Различные подходы к изучению изоляции включают оценку уровня социальных контактов, перечень социального участия и определение количества человек в **социальных сетях**, под которыми понимают определенные социальные взаимодействия с другими людьми, которые окружают индивида, их характеристики и представления индивида о них. Определяется размером (числом людей сети), плотностью (уровень, на котором члены сети взаимосвязаны) и доступностью или взаимностью взаимодействия.

На чувство социальной изоляции оказывают сильное влияние механизмы социального сравнения. Пожилые люди могут испытывать изоляцию в сравнении:

со своими сверстниками – изоляция группы ровесников; эталоном сравнения является положение равных по возрасту или гендеру. Например, вдовство неблагоприятно сказывается в том случае, если оно отличается от положения сверстников, живущих в браке;

с собой в молодом возрасте – изоляция, связанная с возрастом; эталоном сравнения может быть прошлая жизнь, например, овдовевшие или разведенные пожилые люди оценивают свою настоящую жизнь ниже, чем то время, когда они были 45-летними. Другим эталоном сравнения выступает привычный стиль жизни: люди, всю жизнь прожившие одни, меньше жалуются на одиночество, чем овдовевшие или разведенные; лучше подготовленными к одинокой старости оказываются люди, всю жизнь прожившие в одиночестве (старые девы, холостяки);

с пожилыми людьми предшествующих поколений и с более молодыми людьми – изоляция предшествующих когорт⁹ и изоляция противоположного поколения.

Одинокое проживание – это тип домохозяйства, в котором проживает индивид, но часто используется как имплицитный заменитель одинокого существования. Одинокое проживание в каждой возрастной группе наиболее распространено среди женщин, чем мужчин. Высокая доля пожилых людей, проживающих одиноко, отражает изменения домохозяйств в результате смерти супруга и тенденцию пожилых людей и их взрослых детей жить отдельно друг от друга. Будущие когорты пожилых людей, возможно, покажут даже более высокие уровни одинокого проживания. Однако одинокое проживание не обязательно синоним одинокого существования, одинокого бытия или одиночества, показывающих, что большую часть времени индивид проводит один.

Многочисленные исследования одинокого проживания показали, что не каждый, кто живет одиноко, изолирован, но почти каждый, кто изолирован, – одинок. Связь между одиноким проживанием и одиночеством не так очевидна. Мнение, что люди, проживающие одиноко, больше имеют опыт одиночества, чем проживающие с кем-то, изменилось под влиянием результатов исследований. Проживание в домохозяйстве большого размера не гарантирует отсутствие чувства одиночества или изоляции.

Социально-демографические факторы, которые влияют на одиночество, следующие:

возраст: одиночество и социальная изоляция больше характерны для людей самой старшей возрастной группы, что связано с увеличением потерь, в том числе потерь сверстников, друзей и родственников, которые обеспечивали социальные контакты;

вдовство: семейный статус значительно влияет на социальные

⁹ **Когорта** – группа лиц, которых объединяют определенные события, произошедшие в течение одного и того же периода времени (например, год рождения, год вступления в супружескую жизнь, год ухода на военную службу или пенсию и т. д.); их социальные и демографические характеристики анализируются через какой-то период (прим. ред. – О.К.).

условия, в том числе проживания. В результате различий в смертности и традиционной возрастной разнице между женой и мужем (муж обычно старше жены), вдовы формируют основную часть популяции от 75 лет и старше. Вдов в возрасте 65 лет и старше в пять раз больше, чем мужчин-вдовцов. В среднем вдов в нашей стране во всех возрастных группах в три раза больше, чем вдовцов;

бездетность: в геронтологических исследованиях важное место занимают темы размера семьи и бездетности. Одни исследователи сосредотачиваются на когортных различиях в количестве детей, в том числе когортах, для которых исторические явления, такие как война, экономическая депрессия и пр., имели негативные последствия. Доказано, что в более молодых когортах женщины чаще выходят замуж повторно, чем в предыдущих когортах. Также в молодых когортах меньше детей умирают в младенчестве.

Другие исследователи изучают влияние на индивидуальные различия у бездетных людей таких факторов, как тенденции модернизации, уровень образования, рыночная экономика, карьера и др. Показано, что рост образования ведет к более квалифицированной работе, а следовательно, к более высоким пенсионным накоплениям.

И те, и другие приходят к выводу, что неправильно рассматривать всех пожилых людей как имеющих детей, которые могли бы заботиться о них. Представители самых старых когорт намного чаще оставались незамужними/неженатыми, имеют меньше детей, а также высокий риск потерять детей в раннем возрасте, чем последующие поколения. С определенной долей вероятности можно сказать, что имеющиеся групповые различия в одиночестве или размерах социальных сетей берут свое начало в процессах формирования семьи и особенностях социальных событий в первой половине XX в.

Бездетность – одно из серьезных последствий, влияющих на уровень субъективного благополучия пожилых людей, особенно если она совпадает с вдовством. Доказано, что бездетность и вдовство – два основных фактора, влияющих на социальную изоляцию.

5.5. Особенности общения с пожилыми людьми и лицами с ограничениями здоровья

Проблемы эффективности межличностного взаимодействия. Общение занимает важное место во всей сложной системе связей человека с внешним миром. Общение людей многогранно. Оно включает в себя обмен информацией и обмен эмоциями, оно служит регуляции совместных действий и согласованию намерений. Общественные и межличностные отношения человека раскрываются и реализуются именно в общении. Вне общения немыслимо человеческое общество.

Общение порождается совместной деятельностью людей, поэтому оно осуществляется при самых разнообразных межличностных отношениях.

Общение всегда предполагает установление каких-то

взаимоотношений между людьми, сопровождаемых взаимным восприятием и взаимными оценками. Нарушение взаимопонимания, обусловленное целым рядом причин, создает трудности и барьеры в общении, приводит к напряженности между людьми и к конфликтным отношениям. Многими коммуникативными способностями и, в частности, способностью понимать другого человека, люди наделены не в равной степени. Однако специалистам, работающим с инвалидами и пожилыми людьми, очень важно уметь понимать своих клиентов, дать эффективную *«обратную связь»*, посмотреть на себя со стороны, децентрироваться и владеть многими другими навыками, т. к. они *работают с людьми профессионально*.

Обратная связь – сообщения, которые человек посылает в ответ на сообщения другого. В случаях вербальной информации это может выглядеть как переспрашивание, уточнение вопросов, выражение желания получить дополнительные сведения и т.п.

Учитывая сложность общения, известный отечественный социальный психолог *Г.И. Андреева* (1988) обозначает его структуру, которая состоит из *коммуникативной* стороны (обмен информацией между общающимися индивидами), *интерактивной* стороны (организация взаимодействия между общающимися, т. е. обмен не только знаниями, но и действиями), и *перцептивной* стороны (процесс восприятия друг друга партнерами по общению и установление на основе этого взаимопонимания).

Потребности в общении многообразны, так, например, ученые выделяют потребность в познании, престиже, доминировании, покровительстве или заботе о другом, помощи. Потребность в заботе о другом, удовлетворяясь в различных ситуациях, возникающих в течение жизни, постепенно формирует альтруизм, человеколюбие. Для того, кто желает работать врачом, педагогом, социальным работником, необходимо стремиться быть альтруистом. В его общении эта мотивация всегда должна проявляться в ситуациях, когда кто-то нуждается в помощи.

Потребность в помощи предполагает готовность партнера принять помощь, которая приносит удовлетворение тому, кто ее оказал.

Рассматривая вопросы общения при работе с инвалидами и пожилыми людьми, нужно обращать внимание на все составные стороны структуры общения. Одной из важнейших проблем в непосредственной работе с этими категориями населения является общение *как коммуникация*, взаимодействие между специалистом и клиентом и восприятие друг друга.

Специалисты социальной сферы часто задают вопрос: «Должны ли быть специальные умения для того, чтобы эффективно общаться с инвалидами и пожилыми людьми?». Дать однозначный ответ на него, скорее всего, нельзя. С одной стороны, важно признавать, что профессиональное взаимодействие и общение с этими категориями населения требуют того же уровня коммуникативных знаний и умений, какой принят в работе и с другими пользователями социальной службы, с людьми разных возрастов. Поэтому они не нуждаются в специальных умениях социальных работников, врачей и психологов, которые с равным уважением должны относиться как к детям, взрослым, людям с умственными проблемами, так и к инвалидами и

пожилым людям. Однако, с другой стороны, положительным ответ будет настолько, насколько требуется признавать, что инвалиды и пожилые люди имеют опыт конкретных проблем здоровья, социальных или личных, которые накладывают отпечаток на их коммуникацию и взаимодействие с другими.

Развитие коммуникативных умений и эффективного управления контактами и общением с инвалидами и пожилыми людьми зависит от понимания влияния их жизни и условий на способность эффективно общаться.

Роль общения в пожилом возрасте. Пожилые люди имеют опыт конкретных проблем здоровья, социальных или личных, которые накладывают отпечаток на их общение, коммуникацию и взаимодействие с другими.

Общение рассматривается как категория жизнедеятельности, которая очень важна при оценивании нарушений способности к общению (неразвитость, свернутость, деформации и пр.) у пожилых людей, наряду с другими категориями жизнедеятельности (способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности, ориентации и контролю за своим поведением). В этом контексте общение выступает как клинический симптом. Его клиническую характеристику дополняют также и нарушения артикуляции врожденного либо приобретенного характера, затрудняющие общение.

Клинические проблемы возникают от специфических условий, например, ухудшения слуха, речи, когнитивного понимания и пр. Некоторые из них легко определимы, и их влияние на коммуникацию хорошо известно, например, ***афазия*** или ***дисфазия*** после перенесенного удара, заболевание в результате деменции и т. д.

Афазия – недостаток речи, выражающийся в неспособности использовать разговорные возможности, которые у человека были ранее. Некоторые виды афазии сопровождаются потерей способности к произношению слов, к пониманию написанных или произнесенных слов, неспособностью строить фразы.

Дизартрия – нарушение мускульного контроля речи и часто умений, таких как есть, пить и т. д., связанных с теми же самыми мускулами, что контролируют произношение.

Однако другие, такие как ***депрессия*** или апатия часто рассматриваются как присущие пожилым людям и приписываются «старому возрасту». Более того, их роль в коммуникации не всегда понимается окружающими.

Депрессия – эмоциональные нарушения от нормальных колебаний настроения в повседневной жизни до подавленности и психических изменений, требующих лечения.

На способность коммуникации воздействуют речь, когнитивное функционирование или настроение. Способность говорить или говорить ясно может быть ухудшена в результате какого-то заболевания, например, перенесенного инсульта и др., что требует применения для коммуникации

специальных техник. Например, больные афазией и дизартрией отличаются, прежде всего, своим психологическим обликом, им свойственны: уход в свою инвалидность, самоизоляция, угнетенность, тревожность, эмоциональная лабильность, сомнения в возможности восстановления речи. Часто пожилые люди, страдающие дизартрией, некритично относятся к своей речи, не замечают дефекта, который со временем может стать еще более тяжелым, хуже поддаваться коррекции. Степень сохранения интеллекта и личности также определяют «уровень требований» пациентов к своей речи. Среди афазий, встречающихся у пожилых людей, было отмечено преобладание эфферентной моторной афазии над всеми другими формами. При этом нарушение речи происходит на уровне понимания и произношения, что ведет к ограничению коммуникационных возможностей, а иногда и к их полной утрате, выраженной дезадаптации.

Во всех этих случаях следует применять общие принципы и коммуникативные умения; требуется специально обращать внимание на возможности избегать деперсонализации или *инфантилизации* пожилых людей, чье когнитивное функционирование нарушено.

Инфантилизация – поведение помощников (например, гиперопека), в результате которого те, за которыми они ухаживают, становятся беспомощными. Выражается в отсутствии требований к больному человеку, в самостоятельном (помощников) выполнении задач по уходу, несмотря на то, что он в состоянии выполнить требования или какую-то активность, но более медленно или неаккуратно.

Например, ученые обращают внимание на правильное отношение к ним не только специалистов, но и в семье, от которого часто зависит, сможет ли и захочет ли данный пожилой человек продолжать, например, логопедические занятия, ведь у большинства заболевших при систематических и длительных занятиях нарушение речи чаще всего обратимо. Обязательным условием является сохранение за больным его места в семье, выполнение им посильных обязанностей. Излишняя опека (гиперопека), так же как и недооценка, игнорирование болезни, ведут к принижению личности, ставят больного в зависимое положение.

Депрессия и потеря способности слышать могут появляться в результате условий одинокого проживания и социальной изоляции. Депрессия влияет на настроение и самооценку, на мотивацию межличностных взаимодействий. Пожилые люди, которые подвержены депрессии, нуждаются в тех же самых умениях помощника, которые требуются и для молодых людей, испытывающих депрессию.

Неразвитость речевого аппарата в связи с патологией слуха и, следовательно, невозможность речевого общения отражает клинический аспект этого явления. Невозможность речевого общения компенсируется жестовым общением, которое выполняет основную функцию – получение и передачу информации, обмен информацией, только иными способами.

Другой аспект проблемы общения относится к социальным факторам. Например, установлено, что затяжные семейные конфликты для пожилых людей обладают таким же патогенным воздействием, как смерть или тяжелая

болезнь близкого человека. Так, обнаружено, что в половине случаев у пожилых людей в результате развода возникают невротические состояния.

Многие авторы подчеркивают, что важным условием эмоционального благополучия является сохранение социальных связей, поддержание теплых и открытых отношений со взрослыми детьми и внуками, при этом совместное проживание не обязательно.

В пожилом возрасте группа общение (друзья, семья) уже создана, и в этом возрасте уже почти не пересматривается. С одной стороны, это связано с приверженностью к старому опыту, в рамках которого все происходящее сопоставляется и ассимилируется. С другой стороны, имеются объективные ограничения – оставшегося времени жизни, сил, энергии, круга общения, который сформирован и у сверстников. Данную ситуацию описывает *социоэмоциональная теория селективности*, предложенная американским психологом *Лаурой Л. Карстенсен (L.L. Carstensen)* в конце 80-х – начале 90-х гг. XX в. Согласно этой теории, изменения в социальных сетях могут наблюдаться во всех стадиях жизни. Они связаны с субъективной избирательностью контактов и зависят от возрастных изменений в мотивационной структуре (например, изменяются от потребности активного общения в ранней жизни до потребности в большей близости с меньшим числом людей в позднем возрасте). Как считает *Л. Карстенсен*, с ранней взрослой жизни до старости люди активно сужают свою окружающую социальную среду и в то же время увеличивают эмоциональную близость в существенных для них отношениях. В течение этого периода гедонистические качества социальных контактов становятся все более существенными.

До конца 80-х гг. прошлого века сужение социальных связей пожилого человека приравнивалось к дефициту в эмоциональном удовлетворении социальными взаимодействиями и уменьшенной способности устанавливать и поддерживать лично необходимые контакты. Ведущие социологические теории не пришли к согласию относительно того, должны ли пожилые люди оставаться социально активными или могут отходить от социальных ролей и обязательств. Уменьшение социальных контактов в пожилом возрасте рассматривалось как неблагоприятный фактор. Пересмотренная в 90-х гг. концепция аналогична описанной выше концепции развития личности пожилого человека. Возрастные изменения в социальном отношении больше не рассматриваются как отражение нормативных потерь развития или последствия возрастной стратификации в обществе. Кроме того, пожилой человек теперь не воспринимается как пассивная жертва неблагоприятных обстоятельств, а скорее представляется вполне способным к развитию и взаимодействию с окружающей социальной средой. Исследования показали, что старые и очень старые люди без супруга (супруги) и детей способны поддерживать эмоционально близкие социальные отношения, которые помогают им ощущать себя частью общества.

Было обнаружено, что при активном функционировании частота социальных взаимодействий положительно связана с высоким уровнем субъективной автономии и возрастом. У очень старых людей высокое число

социальных контактов было связано с низким уровнем субъективной автономии, но у пожилых людей не имелось никаких связей. Одно из объяснений этого заключается в том, что умышленное сокращение социальных контактов в очень старом возрасте является компенсационным и защитным механизмом. В этом возрасте могут наблюдаться даже отрицательные последствия социальных отношений (например, гиперопека укрепляет зависимость).

Факторы, влияющие на общение специалистов и пожилых людей. В большинство профессиональных контактов включен пожилой человек и специалист, который обычно моложе, а иногда значительно моложе, своего клиента. Этот факт представляет не только возрастные различия, но и отражает **когортные различия**, что заключается в том, что пожилые люди и социальные, медицинские работники или другие специалисты принадлежат группам, имеющих очень разный социальный опыт жизни и истории. Эти различия между профессионалами и пользователями социальной службы всегда важны во всех аспектах профессиональной помощи.

Когортные различия – различия, обнаруженные или наблюдаемые в когортах, рассматриваются как результат изменений в размере и составе самих когорт или в окружающей среде, воздействующей на данные когорты.

В личных и исторических событиях жизни отражаются не только факты, которые имели место, но также и стереотипы, ценностные ориентации общества, в котором жил и продолжает жить человек. Взгляд пожилых людей на жизнь не может легко и эмпатично быть понятным и принятым молодым поколением, которое живет в совершенно других исторических условиях, например, в условиях глобализации, модернизации общества и т. д.

Пожилым возраст – будущее, к которому специалисты только могут прийти: они имеют знания о нем, но не имеют личного опыта *старости*. Больше того, они знают, что это период, за которым следует смерть, и поэтому часто неосознанно, а иногда очень эмоционально чувствуют свое нежелание его исследовать или изучать.

Факторы, влияющие на эффективность межличностного взаимодействия, следующие:

Представления пожилых людей о специалистах. Современные когорты взрослых работающих людей живут в условиях более обеспеченного благосостояния по сравнению с жизненным опытом у пожилых и старых людей, которые прошли через различные лишения. Особенно это характерно для западных стран как «государств всеобщего благоденствия», хотя и в нашей стране условия изменились за последние 10-15 лет. Так, люди более молодого возраста стали путешествовать за границу, появился Интернет, обычным явлением стало наличие, например, нескольких телевизоров в каждой семье, больше того, увеличилось количество теле- и радиовещательных каналов и т. д. Однако основными факторами изменений в России стали смена власти и падение «железного занавеса».

Влияние предыдущей истории жизни (которая в целом была менее

благополучна с точки зрения современного уровня жизни) может внести определенный вклад в негативный взгляд пожилых людей о «помогающих» специалистах (социальных работниках, медиках, психологах и пр.) и в представление о помощи как о благотворительности. Если какой-то человек физически зависим, его чувство зависимости, которое он выносит из предыдущего социального опыта (в условиях тотального дефицита не только товаров всеобщего потребления, но и свободы выбора, демократии и пр.), усилено настоящей реальностью зависимости, возникшей от нынешних обстоятельств его личной жизни. Выражение таких чувств и их влияние на взаимодействие с другими, коммуникацию и общение будут варьироваться в зависимости от каждого конкретного человека и могут в результате привести его к пассивности и разобществлению, сверхуступчивости или к чрезмерным требованиям, отрицанию и агрессивности. Недостаток знаний среди населения в общем о «помогающих» специалистах, т. е. социальных работниках, врачах, психологах и пр. и работа, которую они выполняют, требуют разъяснения и освещения различными средствами, например, с помощью СМИ, политиков, учителей и т. д. В представлениях инвалидов и пожилых людей, которые, например, раньше не обращались в сферу социального обеспечения и не имели контактов с этой сферой, роль профессионального социального работника может быть окрашена некоторой путаницей, неразберихой, непониманием. Например, для многих людей социальное обслуживание и социальная безопасность неразличимы и определяются только словом «социальный». Пожилой человек не чувствует контроля над ситуацией, если не имеет четкого понимания структуры социальной системы и своей позиции в ней, а также позиций и ролей различных специалистов.

Представления специалистов о пожилом возрасте. Социальные работники, чьи представления в отношении позднего возраста и пожилых людей состоят из негативных или неполных наборов стереотипов, не могут выражать позитивное отношение к клиентам в своей практике взаимодействия и общения с ними. Они будут, скорее всего неосознанно, относиться к ним как к слабым, бессильным, неспособным, зависимым и пр., часто даже в унижающей манере, ставя себя в позицию «сверху». К профессиональным недостаткам относится нежелание понять некоторые настоящие обстоятельства и поведение пожилого человека.

Влияние представлений и стереотипов. Взаимные представления клиента и специалиста являются результатом когортных и возрастных различий. Однако они также зависят от того, как в обществе в целом к инвалидам и пожилым людям. Именно это отношение влияет на межличностные взаимодействия между индивидами. Пожилые люди, например, сами могут усваивать различные взгляды о себе как о «старых людях». Некоторые из них могут понижать уровень негативности стереотипов, но делать это, например, путем отрицания своего возраста или принадлежности к старшей возрастной группе. У других в результате могут быть низкие ожидания, низкий уровень притязаний или нежелание выполнять требования социальной системы.

Влияние других социальных факторов. Имеются важные характеристики, которые оказывают важное влияние на межличностное взаимодействие: опыт жизни, опосредованный принадлежностью к определенным классу, гендеру, национальности, наличием инвалидности и пр.; статусные различия между оказывающими помощь и получающими помощь людьми, влияющие на самоуважение. Социального работника как профессионального помощника могут объединять эти характеристики со своим клиентом (например, оба они принадлежат к одной национальности или полу). Поэтому он вполне способен учитывать их как равный опыт этой общности, эмпатично воспринимая клиента.

Влияние специфических факторов. Существуют также специфические факторы, которые воздействуют на способность коммуникации, такие как речь, когнитивное функционирование или настроение. Например, выше рассмотрено влияние различных заболеваний на речь инвалидов и пожилых людей.

Особенности профессионального общения с инвалидами и пожилыми людьми. Процесс межличностного взаимодействия и коммуникации между клиентами и специалистами, безусловно, зависит от уровня и качества умений работника общаться и взаимодействовать с другими.

По обозначенным выше причинам, связанным со всеми различиями, которые в общем существуют между работниками и их клиентами – инвалидами и пожилыми людьми, каждый из них может прийти к профессиональной встрече с очень разными ожиданиями, целями, предметом обсуждения, что скажется затем на результатах. Ожидания клиента – важная часть процесса коммуникации, и необходимо достичь согласия с ним настолько, насколько возможно; необходимо перепроверить, что ожидания его не изменились.

Кроме того, очень часто профессиональная практика с инвалидами и пожилыми людьми характеризуется тенденцией к редуccionизму, сокращению, т. е. это ограниченное видение решения проблем, когда избегают сложных или болезненных эмоциональных вопросов, когда обеспечивается минимальный уровень услуг из всех возможностей социальной системы, и на них распространяется взгляд скорее ограниченный и поверхностный, чем целостный.

Социальные работники как профессиональные помощники, взаимодействуя со своими клиентами, должны владеть такими умениями, которые помогут облегчить обсуждение тех областей жизни или чувств, которые могут инвалидами и пожилыми людьми так или иначе избегаться. В то же время, не следует гнаться необдуманно, поспешно или равнодушно за вопросами, которые не имеют отношения к делу или о которых они не желают говорить. Например, если клиент отказывается от какой-либо услуги, то следует разобраться, что означает этот отказ: самоопределение или недостаток знаний, результат низких ожиданий или боязнь высокой стоимости услуг, тревога или нежелание быть бременем для других? Пожилой человек в процессе коммуникации объясняет социальному

работнику, чего бы он хотел. Однако для второго важно не только *принять* его объяснения, но и *понять*, что это означает. При этом профессионалы должны осознавать факторы, которые делают затруднительным для инвалидов и пожилых людей ясно и понятно выражать свои мнения, мысли и желания во встречах и беседах с профессиональными помощниками или специалистами.

Объяснение этой затруднительности кроется в двух причинах. Во-первых, профессионалы всегда находятся на позиции силы, т. к. от их оценки и принятия решений зависят клиенты. Например, зависимость инвалидов и пожилых людей от обслуживающего персонала или от социальных работников вызывает боязнь «возмездия» на их возможные жалобы, выражения недовольства. Слишком сильны их чувства зависимости, иногда – признательности, что может сделать нормальную критику похожей на черную неблагодарность.

Во-вторых, низкие ожидания пожилых людей, их недоверие к работникам социальной сферы или к тому, кто проводит опрос, являются важными факторами в их тенденции вести себя уступчиво (хотя не обязательно так думать), выражая свои потребности и удовлетворенность обеспечением.

Вопросы и задания для самопроверки:

1. Какие представления о личности имеются в обыденном и научном понимании?
2. Каковы особенности личности в пожилом возрасте?
3. Что является предметом экологической психологии старения?
4. Какова роль пространственной среды для выработки и поддержания компетентности пожилого человека?
5. Каковы роль и значение социальной среды для поддержания компетентности пожилого человека?
6. Какие точки зрения имеются в отношении социализации пожилых людей?
7. Какое влияние оказывает социальная окружающая среда на социальные взаимодействия?
8. Какие факторы влияют на общение с инвалидами и пожилыми людьми?
9. Какие коммуникативные умения требуются специалистам, работающим с инвалидами и пожилыми людьми?
10. Чем характеризуется профессиональное общение с инвалидами и пожилыми людьми?
11. Обоснуйте, почему развитие личности не прекращается в пожилом возрасте.
12. Определите, какая реализуемая потребность в общении на сегодняшний день является для вас доминирующей.
13. Составьте список причин, по которым может прерываться социальная активность человека в случае инвалидности.

14. Составьте список коммуникативных умений, которыми должен обладать специалист, работающий с инвалидами и пожилыми людьми.

Литература для углубленного изучения темы

1. *Краснова О.В. Геронтопсихологический словарь.* – М., 2010. – 326 с.
2. *Краснова О.В. Стереотипы и аттитюды к пожилым людям.* – М.: ГМО «Прометей» МПГУ, 2004. – 304 с.
3. *Нартова-Бочавер С.К. Психологическое пространство личности.* – М.: Прометей, 2005. – С. 98-120.
4. *Сандстром Е., Белл П., Басби П., Асмус Ш. Психология среды (1989-1994) // Психология социальных ситуаций. Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В.Гришина.* – СПб.: Питер, 2001. – С. 369-385.
5. *Смелзер Н. Возраст и неравенство // Психология старости. Учебное пособие / Ред.-сост. Д.Я. Райгородский.* – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2004. – С. 83-85.
6. *Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия.* – М.: Академия, 2003. – С. 77-83.

6. Социальная психология группы и коллектива

6.1. Проблема группы и коллектива в социальной психологии

Понятие группы

Психология и поведение человека существенно зависят от окружающей его социальной среды, которая представляет собой сложно устроенное современное общество. В нем люди объединены друг с другом в многочисленные, разнообразные, более или менее устойчивые общности, которые называются **социальными группами**.

Группа – это определенная *система* деятельности, заданная ее местом в общественном разделении труда, и потому сама выступает *субъектом* определенного вида деятельности и через нее включена во всю систему общественных отношений.

Среди групп выделяют большие и малые социальные группы.

Исходя из общих принципов понимания группы, к **большим социальным группам** отнесены группы, сложившиеся в ходе исторического развития общества, долговременные, устойчивые в своем существовании и занимающие конкретное место в системе общественных отношений каждого конкретного типа общества (Г.М. Андреева, 2003): возрастные, гендерные (половые), этнические, социальные классы. Каждая из этих групп обладает своеобразием и специфическим содержанием.

Таким образом, большие группы представлены государствами, нациями, народностями, партиями, классами, другими социальными общностями, которые выделяются по социально-демографическим, возрастным, *гендерным*, культурным, образовательным и другим признакам.

Гендер – многозначный термин, синоним социального пола, определяющий поведение человека в обществе и то, как это поведение воспринимается. Рассматривается как совокупность социальных и культурных норм, приписываемых обществом людям в зависимости от их биологического пола.

В состав таких групп может входить десятки и сотни тысяч людей. Их состав нестабилен, они, как правило, не имеют общей цели, и их члены не проживают в одном месте, не работают в одной организации.

Малая группа представляет собой небольшое количество людей от двух-трех до 20-30 человек, выделяемых по следующим основным, общим для них признакам:

- общие цели и общая, совместная деятельность;
- личное знание друг друга;
- непосредственное взаимодействие друг с другом;
- личные и деловые взаимоотношения между членами группы;
- внутренняя организованность: присутствие лидера, распределение ролей, наличие групповых норм.

Таким образом, к малой группе обычно относят социальную группу, которая по составу малочисленна, ее членов объединяют разделяемые всеми ими общая деятельность, общение, ценности и нормы поведения. Ведущий

признак – опосредование групповых взаимодействий содержанием **совместной деятельности**, которая должна отвечать как потребностям общества, так и интересам личности каждого члена группы. Общность содержания и форм деятельности порождает общность психологических характеристик группы.

Совместная деятельность – вид групповой деятельности, в которой одновременно участвуют все члены группы, распределяя между собой обязанности и координируя свои действия друг с другом. Деятельность выполняется группой людей при их непосредственном взаимодействии друг с другом.

Если большая группа воздействует на личность через традиции, привычки, обычаи, образ жизни, то именно через малые группы оказывается влияние на психологию и поведение человека как личности.

Такое влияние может проявляться в том, что именно в малой группе человек осваивает:

- 1) *нормы поведения*, которые позволяют стать ему полноправным членом общества, например, нормы права, морали и пр.;
- 2) *социальные роли*, которые способствуют ему в выполнении различных общественных ролей: групповых и социальных;
- 3) *образцы и формы поведения*, осваивая которые он может взаимодействовать с другими людьми;
- 4) *умения и навыки*, необходимые для жизни, формирует и развивает способности.

Кроме того, в малой группе человек обеспечивается:

- 1) моральной, материальной и социальной *поддержкой*, например, в своей семье или среди близких людей;
- 2) *обратной связью* и информацией о том, как он выглядит со стороны, как воспринимают и оценивают его окружающие люди, что помогает ему иметь представление о себе.

Наконец, в малой группе человек с помощью других людей и благодаря общению с ними *удовлетворяет* свои основные, жизненно важные *социальные потребности* и интересы.

Психологическая и поведенческая общность выделяет и обособляет малую группу, делает ее относительно автономным социально-психологическим образованием. Степень психологической общности определяет *сплоченность* малой группы – одну из основных характеристик уровня ее социально-психологического развития.

Примерами малой группы являются семья, учебный класс, студенческие группы, спортивные команды, группы друзей и т.п. Все люди, живущие в современном обществе, являются членами каких-либо малых социальных групп, чаще всего нескольких групп, а не одной.

Существуют различные критерии классификации малых групп, в которых используются разные критерии: величина, количественный и качественный состав, вид деятельности, длительность существования, уровень развития и др.

Малые группы низкого уровня развития – это такие, в которых

отсутствуют или сравнительно слабо развиты признаки групповой структуры, в том числе – единая цель, лидерство, распределение ролей, система деловых и личных взаимоотношений.

Группы высокого уровня развития имеют высокоразвитую групповую структуру и благодаря ей могут успешно справляться со стоящими перед ними задачами. В отечественной психологии по сложившейся традиции такие группы принято называть **коллективами**. В зарубежной социальной психологии принято понятие команды, что является синонимом коллектива.

Содержание понятия «коллектив», введенного в научный оборот в нашей стране еще в начале XX века, со временем менялось, т.к. это понятие представляло собой не только психологическое, но и идеологическое явление. Оно несло в себе отпечаток тех социальных условий, в которых зарождалась, жила и развивалась малая группа, называемая коллективом.

В современной социальной психологии принято считать, что группа, имеющая право называться коллективом, должна соответствовать высоким требованиям. Психологически развитой считается группа, в которой сложилась система деловых и личных взаимоотношений, строящихся на высокой нравственной основе. Именно такие отношения можно назвать коллективистскими, и определяются через понятия ответственности, открытости, контактности, организованности, эффективности и информированности (*Р.С. Немов*).

В социальной психологии группу изучают с точки зрения ее структуры (состав и отношения между ее членами) и динамики. Динамику малой группы представляют через происходящие в группе социально-психологические процессы, включая те, которые связаны с развитием группы как коллектива. В динамике малой группы психологов прежде всего интересуют процессы, связанные с ее развитием, под которым понимается продвижение группы на пути ее превращения в высокоразвитый коллектив.

Межгрупповые отношения

Межгрупповые отношения – это отношения между различными социальными группами людей, не только малыми, но и большими.

В число главных тем соответствующих исследований межгрупповых отношений входит изучение процессов *восприятия и понимания* друг друга представителями различных социальных групп (межгрупповых социально-перцептивных процессов).

Важнейшие характеристики межгруппового восприятия – целостность, унифицированность, устойчивость, стабильность и инертность. Если межличностное восприятие основывается на личных взаимоотношениях людей, то межгрупповое восприятие является ценностным и отражает в основном социальные отношения между группами.

Основные феномены межгруппового восприятия – это *межгрупповая предубежденность* и *ингрупповой фаворитизм*. Межгрупповая предубежденность проявляется в том что члены одной социальной группы социально и психологически отделяют себя от представителей других социальных групп, относятся к ним не так, как они относятся к членам своей

социальной группы. Свою группу они, как правило, считают лучшей, а другие социальные группы – уступающие ей. Поэтому складывается более позитивное отношение к своей социальной группе по сравнению с отношением к другим («чужим») социальным группам. Другими словами «свои» будут оцениваться как «лучшие» по любым параметрам, а «чужие» соответственно дискредитироваться, несмотря на объективные факторы. Даже если реальных различий между «нами» и «ними» не существует, они будут порождаться искусственно.

Ингрупповой фаворитизм – это обратная сторона межгрупповой предубежденности. Он проявляется в том, что в большинстве случаев члены группы отдают предпочтение «своим», то есть членам собственной группы, а не «чужим».

Современные исследования влияния «своей» и «чужой» групп показали значимость для социального восприятия общественной оценки социального статуса этих групп.

Понимание этих социально-психологических механизмов поможет объяснить многие проблемы, возникающие в ситуации общения представителей *ингрупп* (молодых людей) и *аутгруппы* (пожилых людей). Например, дискриминация по возрасту, возможно, возникает благодаря стандартам внешних социальных норм. Инвалиды и пожилые люди показывают молодым перспективу их собственного будущего, возможных изменений тела, связанных с очень длинной жизнью, смертности. Многие авторы пишут о том, что пожилые и старые люди – это «зеркало для молодых», в которое не всегда приятно и желательно смотреть. В этом случае старшая возрастная группа становится аутгруппой, которая представляет угрозу ингруппе молодых. Больше того, это характерно не только для молодых, но и самих пожилых. Пытаясь оставаться как можно дольше в группе зрелых/взрослых людей, несмотря на старение, боясь быть исключенным более молодыми, человек испытывает необходимость видеть других, «старых», людей как отдельную от себя группу. Например, женщина в возрасте 80 лет говорит о своих знакомых ровесницах как о «старухах», не относя себя к этой группе, не идентифицируя себя с ними. Можно рассматривать это как попытку защитить себя, «пока-еще-нестарого», от некоторых болезненных, неприятных, но неизбежных аспектов будущего: «Старые люди – всегда другие люди, никогда это не «я сам», а другой».

Этот феномен межгруппового восприятия присущ людям всех возрастов, включая самих пожилых людей и врачей, к которым они обращаются. Например, на любые жалобы пожилой человек слышит: «А что вы хотите в вашем возрасте?».

Следует обратить внимание на проблему разграничения «нас» как социальных работников, психологов, ученых, врачей и т. д., которые являются «людьми без возраста», и «их» – пожилых людей, «имеющих возраст». Медицинская, социальная и другие сферы, имеющие отношение к работе с инвалидами и пожилыми людьми, так же восприимчивы к такому восприятию клиентов, как и все общество.

Когда специалисты размышляют о позднем возрасте или пожилых и

старых людях, особенно, если эти авторы имеют отношение к социальному и медицинскому обслуживанию или социальной защите, то они, как правило, представляют своих клиентов («их») как бедных, депривированных и бессильных. Имплицитно подразумевается, что если кто-то нуждается в чем-то, то он не в состоянии обеспечить себя самостоятельно. Социальные службы, например, признают, что есть категории людей (которые часто называют «уязвимыми категориями населения»), кто находится в нужде, нуждающихся в *их* обслуживании, в социальной политике и защите. Поэтому, наверное, неизбежно разделение: «они и их потребности» и «мы и наша служба». Однако это разграничение порождает ту оценочную predisposition, которая превращается в предубеждение, негативное стереотипизирование пожилых людей, их дискриминацию.

На практике это проявляется очень просто: достаточно понаблюдать за речью тех, кто оказывает услуги пожилым людям (помощников или специалистов). Можно обнаружить такие явления, как инфантилизация, а также использование «детского языка» при общении с клиентами, которые, как правило, старше тех, их обслуживает (от обращений к ним «бабулечка», «дедулечка» до изменения высоты тона и громкости звука голоса). Было замечено, что молодые люди, стереотипно относящиеся к старикам, часто разговаривают с ними особым тоном, медленно и громко проговаривая слова. Часто помощники, инфантилизируя пожилых людей или инвалидов, хотят снизить риск, обезопасить их. Однако такое поведение помощников или специалистов ведет к «обученной беспомощности»: снижению у пожилых людей и инвалидов самоуважения, потере контроля и общему ухудшению состояния, даже депрессии.

Если избавиться от покровительственных сентенций, в меньшей степени патронизировать пожилых клиентов, меньше быть уверенным в своей праведности и добродетели, то, может быть, отпадет необходимость говорить о тех негативных моментах, которые сопровождают работу с пожилыми людьми: об уровне стресса социальных работников, их профессиональных проблемах, мотивации и проч. Представления о пожилых людях тогда изменятся так, что каждый специалист станет осознавать, как интересно работать в этой области.

6.2. Пожилой человек как член группы

Пожилой человек как член больших групп

Пожилой человек может потерять свое членство в некоторых малых группах (например, при выходе на пенсию), но продолжает оставаться членом больших групп, к которым он принадлежит и которые различаются по возрасту, гендеру, культуре, национальности (этносу), социальному классу. Эта принадлежность является одной из детерминант, порождающих многообразие людей позднего возраста, т.к. она задает систему их деятельности и позволяет им включиться в систему общественных отношений.

Рассмотрим основные большие группы, членом которых является

каждый пожилой человек.

Возрастные группы – это группы, выделяемые по демографической характеристике – по принципу возраста. Анализ их психологических характеристик, как правило, дается при изучении социализации.

В социально-психологических исследованиях психологии возрастной группы пожилых рассматриваются проблемы возрастной *идентификации*, возрастных *ролей* и возрастных *стереотипов*.

Возраст – потенциально универсальная характеристика человека. Исходя из этого, *идентификация по возрасту* имеет одну замечательную особенность в отличие, например, от этнической или гендерной идентификации: в течение жизни возраст человека изменяется, в то время как другие характеристики, такие как национальность и пол, стабильны на протяжении всей жизни. Поэтому поздний возраст, или старость – это не жестко фиксированная социальная идентичность. К ней придет каждый человек, доживший до определенных лет. Человек не может изменить национальность или пол, с которыми он рождается, но его возраст постоянно меняется: он становится все старше, пока в какой-то момент не обнаружит, что стал «старым». Поэтому с точки зрения социальной психологии, процесс старения можно рассматривать как постепенный, длительный по времени переход человека в нормальном ходе событий из *ингруппы* (молодежи) в ту, которая была для него долгое время *аутгруппой* (пожилых людей).

Исследования показали, что положительное представление пожилых людей о своем членстве в различных социальных группах и положительная идентификация с пожилыми людьми как социальной группой играет значимую роль в поддержании высокого уровня их психологического благополучия.

Социальная роль оговаривается целым набором социальных норм, которые предписывают определенные действия индивида в качестве той социальной роли, которую он исполняет.

Социальная роль включает в себя совокупность ожиданий каждого индивида в отношении как своего собственного поведения, так и поведения других людей при взаимодействии в определенной ситуации.

Роли могут исполняться в собственной манере личности, но нарушение самых важных норм может закончиться лишением социальной роли.

Каждый человек проходит в течение своей жизни определенные стадии: с раннего детства и до старости у него увеличивается «репертуар» исполняемых ролей. При этом он переходит от низкой ответственности к более высокой, от зависимости к независимости, от малых умений к большей компетентности. Непрерывная смена ролей с увеличением ответственности соответствует ожиданиям общества, и человек имеет активные представления о будущей роли. Таким образом, роли структурированы ожиданиями, требованиями и определенной активностью, которая необходима при исполнении какой-либо роли.

Ролевые предписания, которые даны человеку от рождения, определяются факторами: его расой, национальностью и полом. Также они

определяются классовой и религиозной принадлежностью, которые могут оставаться неизменными на протяжении жизни, но могут измениться, например, известны случаи добровольного или вынужденного изменения религиозной принадлежности.

В ряду этих факторов особое место занимает возраст, который меняется на протяжении жизни человека, определяя его поведение, ценности и идентичность. Возраст определяет социальные роли, или возрастные роли, т.е. наиболее подходящие человеку согласно его возрасту.

Когда человек становится пожилым, выходит на пенсию, его социальные роли меняются. Для объяснения такого изменения применяют два различных типа теоретических моделей.

Согласно первому типу выход на пенсию определяет «безролевую роль» для пожилого человека, поскольку самое большое значение в его жизни играет профессиональный статус и его психологические связи; выход на пенсию ставит пожилого человека в ситуацию «безфункциональности», которая словно отрезает его от участия в наиболее важных сферах его интересов и деятельности общества. Занятость, или работа, является центральной задачей для людей. Выход на пенсию или отказ от работы означает, что эта задача человеком выполнена. Фактически выход на пенсию является своеобразной формой разрешения для людей не выполнять требования социальных ролей.

Теории второго типа подчеркивают элементы биографической и социологической *непрерывности*.

Непрерывность – в общем виде интерпретируется как преемственность процессов развития человека и формирования индивидуальных особенностей. Если процесс созревания непрерывен, основные структурно-функциональные изменения, возникающие в результате созревания и усвоения опыта в раннем онтогенезе, непосредственно связаны между собой и, возможно, в определенной степени предопределяют более поздние эффекты развития.

Согласно *концепции непрерывности жизненного пути*, индивидуальный опыт каждого этапа жизни подготавливает личность к обретению и выполнению новых социальных ролей и функций на следующем этапе. Переходя от ступени к ступени, человек стремится сохранить прежние предпочтения и привычки, усвоенные роли и функции.

Пожилым человек становится пенсионером, а значит имеет как преимущества этого периода жизни (например, свободное время), так и недостатки (например, хронические болезни или изменение доходов). Человек устроен так, что он должен четко определять место свое и других в этом мире. Если новые роли не появляются (трудно считать своей ролью, например, роль «пенсионера»), пожилой человек или продолжает идентифицировать себя с тем, кем он был до пенсии, или обращается к качествам своей личности. В одном из исследований (О.В. Краснова, 2006) обнаружено, некоторые респонденты (например, женщины, проживающие в доме-интернате) определяли себя как «жена», в то время как они являются вдовами. Точно также те, кто фактически являются пенсионерами и уже не

работают, определяли себя в терминах профессиональной деятельности («инженер», «учитель», «строитель» и т. д.).

С проблемой возрастной идентификации и возрастных ролей тесно связана проблема *возрастных стереотипов*. Ученые признают, что пожилые и старые люди являются группой, которая подвергается стереотипным приписываниям и ожиданиям. Понятие «стереотип» в геронтологической литературе, как правило, применяется для выражения негативного отношения к пожилым людям.

Некоторые исследования позволяют больше узнать о факторах, которые определяют стереотипы пожилых людей. Например, результаты исследования, посвященного изучению отношения к пожилым людям среди администраторов домов-интернатов в США показали значимость высокого уровня образования и специальной подготовки администраторов, их более молодого возраста, высокого уровня обеспеченности техническими средствами дома-интерната, поддержки частными фондами для наличия позитивных возрастных стереотипов.

Изучать стереотипы пожилых можно с точки зрения анализа тех функций, которые выполняют стереотипы: когнитивной, психодинамической и социокультурной.

С точки зрения *когнитивного подхода*, нет особой разницы между стереотипами пожилых людей и стереотипами любой возрастной группы: пожилой человек расценивается как индивид, принадлежащий к определенной группе людей (группе пожилых), которая имеет определенные характеристики. Стереотипы пожилых являются механизмом для упрощения процесса обработки информации о пожилых и старых людях. Функция стереотипов заключается в когнитивной экономии.

С точки зрения *психодинамического подхода* к пониманию функций стереотипов пожилых, люди позднего возраста могут представлять угрозу для более молодых групп, вызывая у них мысли о старении и старости, которые напоминают им об их будущем, то есть о предстоящем старении, о быстротечности молодости, об изменении способностей и возможностей и даже их собственной смертности. Пример самозащитной функции стереотипов пожилых: молодые люди рассматривают старых людей как имеющих нежелательные умственные и физические трудности, дефицитарность, неполноценность существования и проч., и приписывают эти трудности всему процессу старения. Вследствие появляются представления о том, что сами они также неизбежно приобретут такие же трудности в процессе своего старения. Альтернативное толкование дефицитарности позднего возраста может минимизировать восприятие угрозы старости. В этом случае определенную роль играют представления о том, что только некоторые пожилые люди испытывают трудности, например, потому что они всегда были умственно или физически ущербны. Тогда молодые люди, которые имеют хорошее здоровье, полны сил и энергии и проч., полагают, что сами они не обязательно станут больными, ущербными или теряющими память в старости. Таким образом они защищаются от мыслей, что придут к концу своей жизни с похожими проблемами. В этом

смысле стереотипы пожилых могут рассматриваться как выполняющие защитную функцию: защита себя от угрозы «нежелательной правды».

Согласно *социокультурному подходу*, стереотипы рассматривают в контексте норм общества, т. е. как они возникают из социальных и культурных факторов, а также процесса социализации. Функция стереотипов заключается в том, чтобы помогать индивидам идентифицироваться со своей культурной и социальной группой, адаптироваться и социализироваться в ней (социальная функция). Проходя социализацию в своей ингруппе, индивиды приобретают представления и ожидания о других группах в виде стереотипов, которые облегчают взаимодействие с другими членами их *референтной группы*. При этом сомнения в точности и достоверности этих стереотипов могут не возникать.

Референтная группа – группа, которая является для человека образцовой, в которой он находит нормы и правила своего поведения, членам которой он подражает и ценности которой разделяет.

Общество стратифицировано по возрастам. На каждом этапе своей жизни индивид входит в круг обязанностей, определенных для своего возраста. Социализация детей проходит в семье и школе; студентов – в студенческой среде; молодых специалистов – на работе; люди, вышедшие на пенсию, проводят время со своими ровесниками. Молодые люди обычно имеют мало контактов с пожилыми, за исключением своих бабушек/дедушек, если они проживают вместе. Таким образом, если опыт общения с пожилыми у них ограничен, то представления о старших возрастных группах молодые приобретают из средств массовой информации, от своих друзей и родственников. Поэтому, социализируясь в своей среде, молодые люди впитывают стереотипы пожилых, разделяя мнения своей референтной группы. Итак, согласно социокультурному подходу, стереотипы выполняют функции социализации и идентификация с членами своей референтной группы, которая может осуществляться не только путем негативного стереотипизирования пожилых, но и другими средствами.

Гендерные группы – это группы, выделяемые по демографической характеристике, такой как пол: мужчины и женщины. Понятие *гендер* (gender – *англ.*) употребляется в психологии и социологии для выражения поведения, социальных и культурных свойств, присущих каждому полу, социальных и культурных норм, приписываемых обществом людям в зависимости от их биологического пола. Таким образом, понятие «пол» имеет отношение к физическим, телесным различиям между женщиной и мужчиной, а «гендер» – к их психологическим, социальным и культурным особенностям. Разграничение этих двух понятий важно для объяснения многих различий между женщиной и мужчиной, которые обуславливаются причинами, не являющимся биологическими по своей природе.

В 1980-1990 гг. было выявлено немало гендерных различий в исследованиях, результаты которых подтвердили некоторые стереотипные представления о женщинах, в частности то, что они менее агрессивны, более образованы и более эмоциональны, чем мужчины. Однако исследования

гендера в пожилом и старом возрасте пока еще не получили должного внимания.

В социально-психологических исследованиях гендерной психологии позднего возраста вопросы сконцентрированы вокруг следующих групп проблем: гендерная *идентификация*, гендерные *различия* в позднем возрасте, гендерные *стереотипы*, гендерные *роли*, гендерные *образы* в СМИ.

Исследование гендерной идентификации выявляет преимущественное распространение среди мужчин и женщин специфических характеристик, получивших название *фемининность* (женственность) и *маскулинность* (мужественность). Гендерная идентичность рассматривается как аспект самосознания, описывающий переживание человеком себя как представителя определенного пола. Особенности гендерной идентичности на позднем этапе жизненного цикла изучены недостаточно, мало известно, что происходит с полоролевыми качествами в пожилом возрасте.

Исследования гендерной идентичности в позднем возрасте позволяют установить тесную связь ее структуры с психическим здоровьем индивида и общими показателями его адаптации и саморегуляции.

Гендерные различия в позднем возрасте. В составе старшего населения преобладают женщины, живущие дольше, чем мужчины. Современный мир старых людей становится все более «женским». Если на рубеже XIX-XX вв. разница в средней продолжительности жизни мужчин и женщин в нашей стране составляла приблизительно два года (затем в течение длительного периода времени колебалась в пределах от двух до шести лет), то спустя 100 лет она достигла почти 14 лет, т. е. увеличилась в семь раз: у мужчин средняя продолжительность жизни 57,3 года, у женщин – 71,1 года.

По прогнозам отечественных и зарубежных исследователей тенденция преобладания женщин в составе населения старших возрастных групп сохранится ближайшие 30 лет, хотя изменения жизненного стиля современных молодых женщин могут сказаться в дальнейшем на уровне смертности.

Рост «женских» исследований (на выборках пожилых женщин) на Западе произошел в конце 60-х годов XX в. Их результаты показали, что у пожилых людей обнаружено большинство различий, связанных с гендером, в областях физического, умственного и функционального здоровья. Женщины живут дольше, но не обязательно лучше или здоровее.

Пока еще природа гендерных социальных различий в позднем возрасте находится на периферии интереса ученых, особенно в отечественных эмпирических исследованиях. Когда стали заниматься гендерными различиями в позднем возрасте, в первую очередь изучали социально-демографические переменные – такие, как социальный класс, уровни дохода, бедность, состояние здоровья, подчеркивавшие более длинную, но и более болезненную жизнь пожилых женщин, чем мужчин. Большинство исследований в этой области сосредоточились на следствиях принадлежности к определенному гендеру, а именно, особенностях «гендерного» цикла жизни в пожилом возрасте, влиянии карьеры, потери партнера или супруга, обязанностей по предоставлению ухода. В некоторые

исследованиях были описаны гендерные различия в *специфических областях*, таких как сексуальность, причины и уровень преступности среди пожилых людей, образование и общая ситуация жизни незамужних женщин.

Проблематичные аспекты старения более характерны для женщин: их финансовое положение, включая размер пенсии, меньше, чем у мужчин, образование и общественная деятельность ограничены, а также они часто проживают одиноко.

Гендерные различия проявляются в стереотипизировании. Например, имеются существенные различия в представлениях о старении мужчин и женщин. Так, хотя мужчины и женщины оценивают свои настоящие способности и умения в равной степени, только мужчины показывают свою убежденность в том, что они не изменятся в позднем периоде жизни. Кроме того, мужчины считают, что их будущие способности и умения если и ухудшатся, то не так сильно, как у женщин.

Имеются и другие основания для изучения гендерных различий в контексте старения. Одни из них относятся к вопросам *идентичности*: женщины в течение своей жизни в большей степени выполняют работу по дому, чем мужчины, и больше сосредоточены на потребностях своих детей и семьи, чем на своих собственных. После того, как выросли дети, завершена профессиональная деятельность (если она была вообще), умер муж, женщины остро чувствуют необходимость определиться в том, чтобы почувствовать «себя самой». Другие – к вопросам *социально-экологического подхода* в изучении старения, например, известно, что в течение жизни женщины используют пространство в доме не так, как мужчины. Третьи относятся к *социальному обслуживанию*, например, в Великобритании пожилые мужчины и помощники-мужчины получают больший, чем женщины, доступ к поддержке и услугам, причем помощь они получают быстрее и в большей степени; в нашей стране, наоборот, большую помощь получают пожилые женщины. Разница в средней продолжительности жизни означает, что больше женщин, чем мужчин, будут заканчивать свою жизнь в одиночестве.

Гендерные стереотипы. Люди не внезапно становятся «старыми» и осознают, что перешли в более старшую возрастную группу; они постепенно узнают, что их физическая сила и стойкость уменьшаются. Старение – интегрированный процесс, который происходит с любым человеком по мере увеличения его возраста и связывает вместе во многих измерениях личный опыт. Сохранить себя как личность в позднем возрасте – значит пожинать плоды своей жизни, которые были накоплены к этому периоду, и видеть свои возможности в новых реалиях. Для пожилых женщин, однако, надежды когда-то пожать эти плоды (то есть предстать перед обществом в виде зрелой личности, аккумулировавшей знания, опыт и мудрость), тают из-за обманчивой общественной культуры, общепринятого негативного образа старых женщин.

В научной литературе описана (Краснова, Лидерс, 2002) существующая ригидность в восприятии пожилых и старых женщин обществом, средствами массовой информации, которая зачастую губительно

сказывается на межпоколенных отношениях и порождает социальную, политическую и экономическую дискриминацию, отрицательно влияет на отношение к людям старшего возраста в семье.

В отношении пожилых мужчин и женщин существуют разные стереотипы. Первые более благоприятны, чем вторые. По отношению к пожилым женщинам существуют покровительственные, презрительные и враждебные аттитюды. Не только западная культура демонстрирует такое отношение к пожилым женщинам, но в последнее время подобные тенденции стали свойственны и восточной культуре. Такое обобщение базируется на неправильных представлениях о пожилых женщинах. Стереотипы основаны на генерализации кого-либо, но не *как индивида*, а как *члена группы*.

Пожилые женщины соответствуют стереотипам «дряхлости», «ухудшения», «слабости», «некомпетентности», «зависимости» и пр. В отличие от молодых женщин или пожилых мужчин враждебность к ним проявляется в аттитюдах предубеждения. Некоторые ученые предполагают, что этот феномен является следствием патриархата. Именно в патриархальном обществе пожилые женщины утратили свой общественный статус. Недостаток возможностей образования и занятости, отсутствие экономического имущества, миграция мужчин и детей в города усиливают их экономическую и социальную зависимость.

Женщины, по мере своего старения, сталкиваются с рядом проблем, которые обобщены в понятии **двойного стандарта старения**, котрый обозначает различное значение старения для мужчин и для женщин. Женщины по мере своего старения чаще сталкиваются с негативным стереотипизированием. Часто рассматривается как явление, возникшее в результате определенных конвенциональных ожиданий от соответствующих возрасту отношений и ролей, которые существовали в патриархальном обществе для каждого пола.

Этот стандарт оказывает существенное влияние на отношения между полами. Старение означает для женщин процесс «сексуальной дисквалификации»: женщина ценится за то, что может родить и вырастить детей и, возможно, ухаживать за своим мужем, но после выполнения этих задач становится неясной ее «польза».

Двойной стандарт старения рассматривается как явление, возникшее в результате определенных конвенциональных ожиданий от соответствующих возрасту аттитюдов и ролей, которые существовали в патриархальном обществе для каждого пола. Мужская и женская «хронология» социально определена и санкционирована таким образом, что нарушение предписанных ролей или их распорядка наказывалось осуждением и потерей каких-либо возможностей. Роли мужчин и женщин имеют тенденцию быть традиционными, конвенциональными и жестко фиксированными. Социальная девальвация пожилой женщины происходит независимо от ее занятий или того факта, что после рождения ребенка она потенциально 25-30 лет способна к продуктивности. Таким образом, ценность женщины «сексуализирована», и это определяет в глазах общества ее позитивный

статус в первой половине жизни и негативный во второй. Знаки и приметы старения у мужчин не так важны и не так заметны, как у женщин, т. е. потеря молодости не приносит им социальную девальвацию. Больше того, некоторые аспекты старения могут увеличивать мужскую физическую привлекательность, например «благородная седина» и большая мужественность, сила духа, в то время как женские нормы привлекательности связаны с юностью.

Женщины в позднем возрасте рассматриваются как менее успешные, чем их сверстники – мужчины. Имеет место мнение, что женщине «приличнее» оставаться вдовой, но общество не осуждает, даже ободряет мужчин-вдовцов снова жениться. Постоянство такого двойного стандарта для стареющих людей определяется тем, что молодость и сексуальность связаны с красотой и репродукцией, а старение приносит женщинам десексуальность (возможная полнота, появление морщин и седых волос и пр.) и пост-менопаузу. Эта тенденция усиливает доминирование гендерного неравенства, которое способствует стереотипизации пожилых по признаку пола, исторически и кросс-культурно.

Гендерные роли. Что происходит с гендерными ролями, когда пожилые люди выходят на пенсию, когда их основная деятельность, связанная с профессией и воспитанием детей выполнена?

Недостаточная способность к продуктивности в экономической сфере (с точки зрения приоритетов индустриализации) ведет к общей девальвации пожилых людей. Утрата социальных ролей, связанных с сексуальностью, репродуктивной деятельностью, домашними делами (с точки зрения приоритетов мужчин) ведет к девальвации пожилых женщин. Сосредоточение женщины только на замужней жизни и материнстве могут оставить женщин без ролей в поздней жизни, социально обесценить их, когда дети покинут дом. Пожилая женщина обесценивается как жена и как потенциальный работник, поэтому женщины сталкиваются с возрастной дискриминацией, когда пытаются получить работу.

В целом изменения ролей считаются более травмирующими для мужчин, чем женщин. Мужчины часто определяют себя как «кормилец, «добытчик» (для домашнего хозяйства) и «компетентный работник» (на работе). Поэтому статус «пенсионера» внезапно лишает их устоявшихся социальных ролей. Для женщин выход на пенсию не всегда ведет к резкому изменению ролей, потому что они, как правило, имеют тенденцию выполнять несколько ролей, таких как супруга, мать, домохозяйка. Женщины утрачивают прежние роли постепенно, в течение определенного периода времени. Для них выход на пенсию не такой резкий, как у их мужей. Ежедневные домашние обязанности и поддержание контактов с друзьями (в первую очередь это обязанность жены) – важные элементы их идентичности в течение многих лет, сохраняются и при выходе на пенсию.

Одна из значимых ролей в позднем возрасте – **прародительство**, или роль дедушки или бабушки.

Становление прародительства – возможно наиболее общий и существенный переход на пути к новой стадии жизни, и большинство людей

имеют опыт быть бабушкой или дедушкой. Многие пенсионеры имеют возможность предложить своей семье время и другие доступные ресурсы через уход за ребенком (внуком или внуками), оказывая иногда и дополнительную финансовую помощь, и помогая советом и опытом. Такое изменение в приоритетах по отношению к семье их детей часто совпадает с появлением и даже ростом беспокойства о своих собственных пожилых родителях. Но в этих случаях часто считается, что это (вообще, хотя не всегда) женские обязанности, т. е. сохраняется разделение в гендерных ролях.

Ролевое поведение бабушек можно представить в виде определенных стадий прародительства. В нормальном цикле жизни женщина, имеющая семью, проходит последовательно три стадии.

Первая стадия начинается с момента рождения внука. Часто это событие совпадает с активной трудовой деятельностью женщин, которые, тем не менее, берут на себя долговременные обязательства по уходу или помощи в уходе за внуком.

Вторая стадия начинается после того, как внук достигает возраста 10-11 лет и уже в меньшей степени нуждается в опеке со стороны старших членов семьи.

Третья стадия начинается с появления обязанностей у взрослых детей и выросших внуков по отношению к старим членам семьи, которые нуждаются в помощи и уходе в связи ухудшающимся состоянием здоровья.

Стадии «прародительства» отличаются индивидуальным многообразием, так как зависят от возраста внуков, социального статуса пожилых женщин и состояния их здоровья.

Гендерные образы в СМИ. Мужчины и женщины имеют различные образы пожилых людей и старения. Это связано с представлениями и ожиданиями общества от стареющих мужчин и стареющих женщин, которые представлены в «медиа-образе». Благодаря СМИ, известны несколько ролевых моделей пожилых женщин и пожилых мужчин. Обычно именно женщины наделены точными и строгими культурными стандартами относительно физической внешности, поэтому негативные аспекты старения, относящиеся к внешности (например, морщины, седые волосы и проч.) легко связываются с их поздним возрастом. Таким образом, западная культура обеспечивает такой образ стареющих женщин, который представляет для них угрозу. С другой стороны, благодаря тому, что в обществе распространено большое количество ролевых моделей успешных и сильных пожилых и старых мужчин, сами мужчины полагают, что их внешность становится «представительнее» в позднем возрасте. Их «медиа-образы» связаны с представлениями о позднем возрасте, которые полностью отличны от представлений женщин. Поздний возраст, по мнению мужчин, – время аккумуляция опыта, сил и богатства, они не верят, что их способности понизятся.

Образы пожилых людей меняются в зависимости от культурных и социальных норм. Как показывают исследования, средства массовой информации имеют уникальную способность влиять на представления

общества о пожилых людях, в том числе женщинах. Очень часто СМИ маскируют их сложность и разнообразие, что умаляет роль женщин как продуктивных членов общества. Больше того, СМИ имеют тенденцию искажать реальность жизни старых женщин, их окружение или вовсе избегают их изображать, описывать или показывать, поэтому авторы часто говорят о «невидимости» старых женщин. Ученые пытаются понять и осмыслить, как такое «непредставление» или недостаток представления в СМИ образа старых женщин влияет не только на политическое и экономическое неравенство, но и на отношение общества к современным старым женщинам и женщинам всех возрастов, как образы старых людей влияют на отношение к ним в целом.

Средства массовой информации (СМИ) способствуют формированию определенного образа пожилых людей в обществе, что трансформируется в соответствующие стереотипы. Если люди разных поколений имеют ограниченный опыт общения друг с другом или вовсе не имеют его, взаимодействуя, например, только со своими ровесниками, то они получают информацию друг о друге от иных источников, например, из СМИ, которые способны оказать воздействие на общественное мнение о пожилых людях.

Представления и образы помогают определить, упорядочить окружающий мир. Они могут упрощать реальность или строить новые реальности, основанные на иллюзиях, неправильных представлениях. Информация на многих людей оказывает влияние, которое усиливает существующие представления и мнения о мире и ведет к игнорированию новых проблем. Влияниям таких представлений подвергаются класс, гендер, этническая группа, возраст. То, что отражают средства массовой информации, может соответствовать происходящему в реальной жизни, но может и, наоборот, влиять на реальность. СМИ часто по-своему модифицируют те или иные представления людей о жизни, недостаточно представляют все профессиональные роли женщин (старых или молодых).

Остается не отраженным новый опыт старых женщин в их повседневной жизни, например, бабушек, которые не могут все время заботиться о своих внуках, т. к. они работают, или специфические вопросы процесса старения, его влияние на подвижность, проворство или медлительность, или новая работа после выхода на пенсию и т. д. Также «невидимым» остается консультирование «старых профессионалов», их обучение более молодых людей.

Различные *этнические группы* представляют собой пример больших социальных групп. Этническая принадлежность индивида фиксирует определенные характеристики той микросреды, в условиях которой формируется личность.

В отечественной научной литературе этническая общность определяется как межпоколенная группа, устойчивая во времени, для которой характерна стабильность состава, а каждый ее член обладает устойчивым этническим статусом, его невозможно «исключить» из этноса. Благодаря этим качествам этнос является для человека надежной группой

поддержки (Т.Г. Стефаненко, 2003).

Исследованием этнических групп пожилых людей, а также изучением отношения общества к этой группе занимается *этногеронтология* – раздел геронтологии, изучающий старение в различных этнических/культурных группах.

Существуют различия в опыте старения разных этнических групп, например, в отношении ощущения или переживания старения (самоидентичность, мораль, удовлетворенность жизнью и др.) или социального контекста (структуры семьи и общества, социальных норм и др.). Этнические группы различаются по культурным факторам, которые оказывают влияние на оказание семейной помощи (объем оказания помощи, отношение и представления взрослых детей о старении и инвалидности). Этничность может выступать как ресурс или набор стратегий для жизни, включая стратегии адаптации к позднему возрасту.

Общества различаются по своему отношению к старым людям. В литературе часто описывается традиционное различие между Западом и Востоком в отношении к старшим людям. В общем в восточных странах, где старики являются хранителями традиций, поздняя жизнь пользуется большим уважением, чем в западных. Относительно «примитивные» неиндустриальные общества имеют высокий уровень уважения к старикам, согласно их специальному статусу, в результате их относительной немногочисленности. Однако очень старые люди с умственным и физическим ухудшением не желательны для общества. Остаются открытыми вопросы о том, в какой степени принадлежность к определенному этносу влияет на переживания старения, какова роль социальной идентичности в поздней жизни и как изменяются этнические группы в процессе старения.

Этнический статус как правило остается неизменным на протяжении всей жизни человека. Но процесс становления этнической идентичности не заканчивается в подростковом возрасте. Внешние обстоятельства могут толкать человека любого возраста на переосмысление роли этнической принадлежности в его жизни.

Этническая группа может не всегда выступать важным аспектом старения для группы меньшинства. Исследования, например, показывают, что азиаты или афро-карибцы, проживающие в Великобритании, не демонстрируют какие-то особенные, отличительные черты в представлениях или образе жизни, т.е. не отличаются этим от большинства населения страны, которое имеет больше различий в социальных классах, чем в этносе.

Однако по культурным факторам, в частности, в объеме оказания помощи и в представлениях о важности ухода за пожилыми родителями этнические группы существенно различаются, что сказывается на оказании семейной помощи. В некоторых странах родственники предпочитают ухаживать за пожилыми на дому, в семье, в то время как в других более позитивно относятся к профессиональной помощи. Например, исследование по изучению семейной солидарности в Европе показало, что культурные модели действительно продолжают действовать и сейчас. Так, в государствах с сильными традициями семейной солидарности, пожилые люди обращаются

к своим детям за материальной помощью (Испания, Греция). В Испании, например, пожилые люди неохотно обращаются к профессионалам, если им требуется обслуживание на дому.

Как правило, в обществе мало известно об истории жизни представителей этнических меньшинств, представлениях и влиянии многих факторов на процесс старения. Для описания отношения общества к группам этнических меньшинств, где старый возраст обесценивается, выдвинута **гипотеза двойного риска**, или **двойной дискриминации** (предубеждение к старым людям усугубляется их этнической идентичностью), и даже **тройного риска**, или **тройной дискриминации** (в дополнение к указанным выше проблемам добавляются трудности коммуникации, связанные с незнанием языка этнического большинства. Иногда выделяют три других фактора – возраст, бедность и этническую принадлежность, но значение термина остается тем же). Чаще всего проблемы пожилых членов этнических групп связаны с трудностями получения практической помощи и со значительной разницей между негативным отношением к старости в том обществе, в котором они проживают, и традиционным уважением на своей родине, где их возраст считается показателем мудрости или нормальным этапом жизни человека.

Однако в отношении старения и этнической принадлежности есть другая гипотеза – **возраст как уравниватель**, или **выравниватель**: в поздней жизни слабеют различия между этническими группами. Согласно этой гипотезе, относительное неравенство представителей национальных меньшинств уменьшается с возрастом, поскольку все люди старшего возраста испытывают одинаковую депривацию вне зависимости от этнической принадлежности, т. к. страдают от **эйджизма**.

Эйджизм – это процесс систематической негативной стереотипизации и дискриминации людей по возрасту, связанный с ощущением неприязни к стареющим людям, болезням, инвалидности, страхом перед беспомощностью, бесполезностью и смертью.

То же самое относится к материальным обстоятельствам жизни, когда в позднем возрасте они оскудевают. Эти гипотезы подходят к исследованиям всех пожилых людей, а не только принадлежащих к этническим меньшинствам, т.к. аналогичные заключения могут быть сделаны в отношении любого источника социальных различий. В контексте этой гипотезы было сделано предположение, что до тех пор, пока пожилые люди, принадлежащие к этническим меньшинствам, могут поддерживать свои культурально стилизованные социальные взаимоотношения, они могут быть в какой-то степени защищены от стресса, обусловленного положением изгоев в более широких социальных кругах вследствие расистских установок и действий.

Социальные классы. Социальные психологи отмечают особый статус таких больших социальных групп как социальные классы. Сущность социально-психологического анализа социальных классов состоит в выявлении связи между психологическими характеристиками группы и

особенностями поведения ее членов. Социально-психологические исследования пожилых и старых людей с точки зрения их принадлежности к социальным классам до сих пор не проводились. Более того, при интерпретации результатов других работ исследователи редко указывают принадлежность человека позднего возраста к определенному *классу*, чаще всего ограничиваясь его *социально-экономическим статусом*.

Понятие «класс» отличается от такой важной детерминанты позднего периода жизни, как «социально-экономический статус».

Объективный социально-экономический статус определяется уровнем дохода индивида или его семьи.

Субъективный социально-экономический статус, или удовлетворенность финансовым состоянием, – его представлениями о своем финансовом благополучии.

В социологии определение класса касается производительной сферы, собственности, контроля над средствами производства и позиции власти как ключевых *индикаторов* положения класса. Согласно этой концепции, неработающие молодые и старые люди находятся вне классовой системы в целом, потому что обычно они не вовлечены в производственную сферу. Когда проводятся эмпирические и теоретические исследования, изучающие социальные классы, то в выборки не включают людей моложе 25 и старше 65 лет (т.е. тех, кто еще или уже не участвуют в производственной сфере).

Поэтому трудно составить полную картину социальных классов в возрастном аспекте, классовых изменений в цикле жизни, влияния класса на жизнь человека позднего возраста.

Ключевое предположение, лежащее в основе концепции класса, связанной с производительной сферой: социальные отношения в этой сфере затрагивают все учреждения общества; профессиональный опыт и преимущества работы оказывают важное влияние на отношения людей и их поведение. На пожилых людей, исключенных из производственных отношений, но «помнящих» свою позицию («местоположение» класса), это оказывает большое влияние, поддерживает их, возможно даже больше, чем обстоятельства жизни в настоящий период. Чтобы проверить это предположение, необходимо изучить существующие отношения и *классовую идентификацию* пожилых людей. Но такое исследование потребовало бы использования субъективных индикаторов классовых позиций. Кроме того, оно должно быть лонгитюдным, чтобы проверить, насколько ожидания в молодом возрасте оправдываются в более поздних возрастах и насколько сохраняется непрерывность субъективных индикаторов класса в позднем периоде жизни.

Это обуславливает то, что проблема социальных классов переходит в проблему *возрастного неравенства* в современном обществе: старые люди, как правило, бедны и их положение нельзя назвать престижным. Считается, что такие образы и представления основаны на среднестатистических данных, которые маскируют значительные различия среди людей данного возраста: некоторые из них богаты и обладают властью. Кроме того, состоятельные люди с возрастом обычно сохраняют свои преимущества

перед более бедными сверстниками, в то время как положение других ухудшается.

Под *возрастным неравенством* подразумевают факторы социального класса, т.е. класс является одним из источников неравенства в позднем возрасте, хотя дифференциальное воздействие класса в различных возрастных группах относительно мало изучалось до недавнего времени. Возраст и неравенство не могут быть поняты исключительно в терминах социального класса, потому что динамические процессы, связанные с возрастом, влияют на возрастное неравенство. Таким образом, важно исследовать роль возраста как источника неравенства.

Возрастное неравенство как общий феномен распространено в обществах всех типов, возрастные группы имеют разные права, обязанности, статусы, роли и привилегии.

Возрастное неравенство зависит от культуры и исторического периода. Во многих неиндустриальных обществах старых людей часто относили и относят к группе «успешных». Их власть и престиж основаны на контроле важных экономических ресурсов, или управлении ими, практическом или ритуальном знании и опыте, в некоторых группах – на близости к предкам. В таких обществах экономическими иждивенцами являются молодые люди, они не обладают властью в семье и сообществе.

В современных индустриальных обществах (например, в США, Великобритании, Японии), напротив, старость ассоциируется с бедностью. Индикаторы возрастных различий в экономическом статусе – бедность и низкий доход. Так как большая часть старых людей уже не работают, они не имеют доступа к власти в экономической сфере. Скудные экономические ресурсы большинства из них, которые живут одиноко или только с супругом (супругой), ограничивают их влияние на детей или семью. Что касается политической власти, то известны примеры пожилых политических лидеров, хотя в основном в правительствах и законодательных органах доминируют люди средних лет.

Если *социальный престиж* определяется ролями, которые дает занятость, то старость не позволяет стать престижным. Кроме того, широко распространены отрицательные возрастные стереотипы, согласно которым, пожилые люди не имеют личностных характеристик, и это не поддерживает их власть или престиж в современном обществе.

Короче говоря, возрастное неравенство распространено в современных обществах, как в индустриальном, так и неиндустриальных.

Несколько гипотез пытаются объяснить источники социальных различий в позднем возрасте. Выше описана гипотеза *возраста как уравнивателя* в отношении старения и этнической принадлежности. Эту же гипотезу можно применить для объяснения социально-экономического положения: поздняя жизнь ослабляет различия между социально-экономическими группами – люди старших возрастов испытывают депривацию, так как оскудевают их материальные ресурсы.

Другое объяснение социального неравенства и социально-экономических условий в позднем возрасте оформлено в виде гипотезы

зависимости от возраста: возраст сам по себе является главной причиной неудовлетворительных социально-экономических условий в старости, что отражается в стереотипе «старые люди – бедные» или «старые люди бедные, потому что они – старые». Эта гипотеза основана на допущении, что универсальный процесс старения – это физическое и умственное угасание, и именно это ухудшение, а не социальные факторы, негативно влияет на социальную ситуацию старых людей. Более того, в позднем возрасте требуется больший доход в связи с возрастающей потребностью пожилого человека в медицинском лечении и уходе.

Согласно гипотезе *кумуляции*, которая противопоставляется гипотезе зависимости от возраста, существует ожидаемое взаимодействие между возрастом и социально-экономическими различиями, т. е. в старом возрасте увеличивается влияние социально-экономического статуса и принадлежности к определенной социальной группе. Допущение гипотезы заключается в том, что ценность экономических и социальных ресурсов увеличивается тогда, когда ухудшается здоровье в связи со старением индивида. Например, тот, кто не может больше совершать длительные прогулки пешком или водить машину, останется мобильным только в том случае, если имеет возможность платить за такси. Несмотря на то что потребность в уходе относительно независима от социально-экономических факторов, таких, как образование, доход или престижность бывшей работы, вполне возможно, что вид помощи определяется спецификой социального класса, к которому принадлежит индивид.

Согласно гипотезе *социально-экономической непрерывности*, которая поддерживает гипотезу кумуляции, социально-экономические условия индивида, находящегося на пенсии, определяются его принадлежностью в зрелом возрасте (перед выходом на пенсию) к определенному социальному классу. Различия в этих условиях не являются следствием хронологического возраста и не связаны с ухудшением здоровья. Они варьируют в зависимости от принадлежности к социально-экономической группе (социальному классу) и, таким образом, связаны с ранними стадиями цикла жизни индивида. Принадлежность на ранних стадиях жизни к определенному социальному классу влияет на финансовую ситуацию, социальное участие и социальные взаимодействия, и эти характеристики сохраняются в старости. Таким образом, членство в социально-экономической группе и принадлежность к социальному классу объясняют различия в социальной ситуации людей позднего возраста.

Возрастное неравенство оказывает влияние на индивидов и на отношения членов различных возрастных групп через динамические процессы, связанные с возрастом. Независимо от класса, возраст связан со специфическими отношениями и поведением, однако в пределах одной возрастной группы наблюдаются классовые различия в образе мышления и типе деятельности. Но такое объяснение не обеспечивают адекватную модель для понимания возрастных различий в отношениях и поведении. Так, относительно скудные материальные и образовательные ресурсы представителей рабочего класса и типы их рабочих мест – общие источники

напряжения и неудовлетворенности, ограничивающие способность к адаптации в позднем периоде жизни. Например, в исследовании изменения в течение жизни доходов американских женщин, переживших Великую депрессию, обнаружено, что, хотя представители рабочих и буржуазных классов пострадали в равной степени, именно женщины из буржуазных классов в старости отличились большим эмоциональным благополучием, чем женщины из рабочих классов. Авторы исследования объяснили это высокими образовательными и психологическими ресурсами, которыми владели женщины из этой группы.

Первые работы, анализирующие множественные изменения в нашем обществе, особенностью которых стала социальная нестабильность, появились в начале 90-х годов прошлого века. Одним из ее проявлений стало резкое усиление социальной стратификации; курс на развитие рыночных отношений обострил разделение социальных слоев по критерию материального обеспечения. К самым бедным слоям были отнесены люди, находящиеся на нижних ступенях социальной стратификации, – пенсионеры, причем они сами себя относили к «неимущим», «обездоленным». Это разделение за прошедшие годы не только сохранилось, но и усилилось.

Таким образом, нынешние пожилые люди в своей массе не могут принадлежать не только к высшему классу («богатых»), но даже к нарождающемуся среднему классу, представители которого станут пожилыми лет через 15–25.

Пожилый человек как член малой группы

Несмотря на то, что проблема малой группы наиболее традиционна и хорошо разработана в социальной психологии, не просто ответить на вопрос: а существует ли для большинства пожилых людей такая реальность, какой является малая группа? К проблемам малой группы относятся вопросы природы и механизмов интеграции социальной общности, группового сознания, групповой активности, сплоченности, структура власти и пр. Однако многие из них не актуальны для пожилого возраста, когда закончена профессиональная деятельность, и автоматически заканчивается участие пожилого человека во многих малых группах, поэтому кооперативное поведение, групповые цели, сходство ценностных ориентаций и взглядов членов группы, коллектива как особого качества группы и пр. именно для него становятся незначимы. Однако немаловажной ценностью в представлении пожилых людей обладают межличностные отношения, которые могут оцениваться и вне группового контекста.

Поэтому проблематика малой группы для пожилого человека переходит в проблематику таких групп, как *семья, группа друзей* и ближайшего окружения. С ними тесно связаны проблемы *социальных сетей* и *межличностные отношения*.

Семья пожилого человека. Каждая семья проходит три важных этапа развития: зарождение семьи; семья с детьми, не начавшими трудовую деятельность; завершающий этап жизнедеятельности семьи (состоящий из

различных стадий). Заключительный этап относится к тому моменту, когда последний из детей начинает трудовую деятельность, дети создают собственные семьи и уходят из родительского дома. В литературе такую ситуацию часто называют *«опустевшее гнездо»*. Этот этап обуславливает новое качественное изменение в жизни семьи: семья, как и старшие ее члены, прекращает воспитательную деятельность. Попытки ее продолжать именно теперь чаще всего вызывают сопротивление взрослых детей.

Однако существует и другой взгляд на заключительный этап семьи. Согласно данным многих авторов, большинство родителей не считают отъезд своих детей из дома поводом для беспокойства, то есть они не переживают расстройство из-за *«опустевшего гнезда»*. Для них завершающий этап ответственности по воспитанию ребенка – это нечто вроде освобождения, и они рады новым возможностям для близких взаимоотношений со своим партнером, личному успеху на службе, возвращению к учебе или общественной деятельности и т.д. Степень расстройства из-за *«опустившего гнезда»* зависит от опыта когорт, например, у женщин, достигших зрелости в исторические периоды, когда изменились их традиционные роли, эта степень выше, чем у живущих в стабильный период.

Ситуация *«переполненного гнезда»* (когда взрослые дети не собираются покидать дом) может быть **большим** источником стресса, чем *«опустевшее»*. Стареющим родителям трудно приспособиться к взрослым детям, живущим дома, особенно если на самих родителях до сих пор лежит большая часть материальных и хозяйственных забот. Беспокойство в гораздо большей степени вызывает *«новое объединение»* семьи, когда пожилые родители вновь начинают жить со своими детьми или наоборот, дети переезжают к пожилым родителям, главным образом в результате ухудшения здоровья родителей или экономической ситуации: безработицы, высокой оплаты за квартиру, неподходящего жилища и др.

Наиболее очевидные сдвиги в повседневной жизни семьи связаны с особенностями возраста ее стареющих старших членов. Постепенное ослабление их физических сил неизбежно увеличивает роль восстановительных функций быта, отдых приобретает для них все более важное значение. С ухудшением здоровья эти проблемы нередко выходят на первый план. В то же время в типичном случае имеет место активное участие старших членов семьи в домашнем труде и уходе за детьми. Новые роли *«бабушек»* и *«дедушек»* особенно много сил требуют в первые годы жизни внуков. Происходит *«перекладывание»* части забот на старшее поколение, что обусловлено трудностями, с которыми сталкиваются дети на первых этапах жизни в собственных супружеских семьях. Завершение жизненного цикла семьи совпадает с завершением трудовой деятельности супругов, выходом их на пенсию и смертью одного из супругов.

На разных этапах жизненного цикла семьи ее функции по отношению к личности меняются. В молодом и зрелом возрасте супруги играют активную роль в семье и имеют возможность произвольно регулировать наступление тех психологических перемен, которые неизбежно должны происходить в

процессе развития внутрисемейных отношений. В поздних возрастах, несмотря на усиливающуюся потребность именно в семейном общении (поскольку другие сферы общения по разным причинам полностью или частично «заблокированы» для пожилых), их лидерские функции в семье почти всегда утрачиваются, появляется переживание собственной несостоятельности, беспомощности.

В то же время пожилые люди, занимающиеся воспитанием внуков, ведением домашнего хозяйства и т. п., значительно более компенсированы в нервно-психическом плане, чем одинокие или находящиеся в социально-психологической изоляции. Основная психологическая функция семьи для пожилого человека состоит в оптимизации условий для поддержания у него представления о собственной необходимости и полезности для других, что поддерживает чувство осмысленности и наполненности жизни. Имеющиеся в этой области данные социологических и психологических исследований, позволяют предположить, что психологическое благополучие старых людей (например, кавказских и киргизских долгожителей), наряду с другими факторами, объясняется особым положением стариков в патриархальных семьях, где у них сохраняется возможность активно участвовать в жизни семьи и в какой-то мере управлять происходящими в ней процессами. Другими словами, при гармоничных взаимоотношениях членов семьи она выполняет по отношению ко всем своим членам психотерапевтическую функцию, которая реализуется путем оказания эмоциональной поддержки, предоставления условий для эмоционального отреагирования, поддержания чувства полезности и необходимости и т.д.

Семья, однако, не всегда реализует эти функции по отношению к старшим членам. В зависимости от характера семейных отношений и индивидуально-психологических особенностей пожилых людей (в первую очередь, их адаптационных ресурсов) в семьях выявляются разные формы приспособления к новой семейной роли; как путем выработки новых стереотипов семейного воздействия, так и посредством компенсации в других сферах отношений (например, в общественной работе и т.п.).

На разных этапах отношения между родственными поколениями меняются. Молодая семья на первом этапе своего жизненного пути, а также при рождении ребенка остро нуждается в помощи родителей и, как правило, эту помощь она получает. В последующие годы, когда родители становятся старше, а дети взрослее и самостоятельнее, то уже старшее поколение нуждается в поддержке детей и внуков, как моральной, так и материальной (эту ситуацию называют *«переворот ролей»*).

«Переворот ролей» – ситуация, в которой индивид/индивиды меняют свое поведение и начинают действовать в зависимости от ожиданий другого человека/группы/общества. Например, в ситуации ухода за недееспособным старым родителем, взрослый ребенок выполняет роль «родителя», в то время как родитель – роль «ребенка».

Однако не всегда показана значимость семьи для пожилых людей. Например, среди людей в возрасте 70-80 лет «с благоприятными формами психического старения», обнаружена их ориентация только на настоящее,

выявлено стремление переосмыслить свой жизненный опыт, прошлую деятельность с позиции их положения старого человека, когда крепость семейных и родственных отношений представляется иллюзорной и исчезает чувство устойчивости внутрисемейных связей.

Семейные взаимоотношения. Исследования показали важное влияние социальных отношений в старшем возрасте на качество жизни, удовлетворение жизни, эмоциональное, субъективное и психологическое состояние. Для пожилых людей имеет большое значение социальные отношения и социальные контакты с семьей, друзьями и ровесниками.

Характер семейных взаимоотношений пожилого человека с семьей и другим ближайшим окружением является одним из условий, смягчающих или, наоборот, усиливающих неблагоприятные последствия прекращения профессиональной деятельности после выхода на пенсию, а также ухудшения здоровья, смерти супруга и других «потерь» позднего возраста.

Таким образом, проблема **межличностных отношений** в семье очень важна. Благополучные семейные отношения создают положительный эмоциональный фон. Формы и характер общения между членами семьи, умение сгладить конфликтную ситуацию, оказать моральную поддержку, создать психологические условия для самовыражения имеют решающее значение для каждого члена семьи на всех этапах жизненного цикла человека. Для пожилых людей общение в семье выполняет особую компенсаторную функцию в период выхода на пенсию. Если в течение трудовой деятельности потребность в общении могла быть в значительной степени удовлетворена за счет социальных контактов в трудовом коллективе, то после выхода на пенсию удовлетворение такой потребности возможно в большинстве случаев только в семье, так как последняя становится основной сферой межличностных контактов и коммуникативных связей.

Было выделено четыре типа взаимодействия пожилых родителей и их взрослых детей: 1) равенство статуса – взаимодействие двух дружественных взрослых; 2) статус-кво – ребенок подконтролен родителю; 3) конфликт статуса – борьба за права и власть; 4) обмен статусом (переворот ролей) – родитель зависит от взрослого ребенка.

У взрослых детей возникает много проблем, если они сохраняют со своими родителями детско-родительские отношения, которые требуется менять. Бывает и по-другому: многие люди шестидесяти-семидесяти лет обращаются к психологам избавиться от диктата взрослых детей, которые с удивлением узнают, что родители вовсе не желают следовать их советам.

Понимание и принятие взрослыми детьми возрастных изменений, происходящих в пожилом возрасте с родителями, ведут к тому, что отношения в паре пожилой родитель – взрослый ребенок сохраняются на уровне доверительности, взаимопонимания и взаимоподдержки.

Непринятие возрастных изменений ведет к появлению конфликтов, основой которых является убеждение пожилого человека в негативных переменах, связанных с возрастом, появлении физической слабости, недомогания, а также непонимания этих изменений взрослыми детьми.

Люди старших возрастов не всегда могут контролировать отношения с семьей, особенно, если взрослых детей обременяет забота о родителях, семейные обязанности по отношению к ним. Потеря мобильности в результате слабого здоровья или появление трудностей в пользовании транспортом, ведут к зависимости, утрате контроля над взаимоотношениями.

Семейные роли. Достижение пенсионного возраста и прекращение профессиональной деятельности пожилым человеком ведут к потере важных *социальных ролей*. Эти потери могут усугубиться возможным вдовством и взрослением детей.

Потеря ролей, в свою очередь, ведет к уменьшению ответственности, а ухудшение здоровья – к увеличению зависимости. Это влечет понижение участия пожилых людей в социальной жизни и увеличение их маргинальности, исключение не только из общества, но и из семьи. Например, в одном из исследований показано, что дети дошкольного возраста не понимают роли, которые играет старшее поколение в семье: только одна пятая часть дошкольников ввели в состав семьи бабушку и дедушку. Редкие контакты между поколениями не позволяют детям воспринимать их с позиции родственников. Однако некоторые пожилые люди умышленно идут на снижение своей вовлеченности в социальную и семейную активность.

Иногда «возврат в семью» пожилых людей (после выхода на пенсию) сопровождается негативными моментами, из-за усиления их внутрисемейной деятельности. Зачастую в таких семьях возникают трения, чувство обиды, если старшее поколение считает, что «их эксплуатируют». Значительная часть пенсионеров обнаруживает трудности в адаптации к новым семейным ролям и возрастанию объема некоторых своих функций. При этом пожилые люди сталкиваются с непониманием со стороны среднего поколения, считающего, что семья должна составлять чуть ли не единственный объект их интересов, и воспринимающего вклад последнего в жизнедеятельность семьи как само собой разумеющееся. Распространено мнение: единственная сфера, в которой пожилые люди могут оказать существенную помощь, – дело воспитания в пределах семьи подрастающего поколения – уход за внуками. Такое своеобразное ограничение возможностей человека не является адекватным и указанная роль не всегда считается справедливой и принимается пожилыми людьми.

Семейная взаимопомощь. Пожилые люди продолжают оказывать членам своей семьи поддержку и помощь и получать взамен от них то же самое. Это называется *семейной взаимопомощью*, которая зависит от многих факторов, в первую очередь, от состояния здоровья пожилых людей.

Проживая вместе или недалеко друг от друга и поддерживая частые контакты друг с другом, пожилые родители и их взрослые дети оказывают взаимные жизненно важные услуги и помощь. Иногда услуги и помощь со стороны взрослых детей имеют для родителей большую ценность, т. к. в некоторых случаях они являются единственно значимыми для них

контактами с людьми.

Исследования 1990-х годов социальных отношений показали наличие межпоколенных социальных обменных процессов в семьях. Пожилые люди, участвуя в таких отношениях, не только получают поддержку, но в свою очередь и оказывают ее, причем речь не обязательно идет о материальном обмене, а скорее, об информационной и эмоциональной помощи. Родители помогают в ведении домашнего хозяйства, присматривают за внуками, проживая вместе, вносят свой финансовый вклад, например, пенсию в общие расходы на ведение хозяйства.

Данные исследований показывают, что обмен помощью зависит от возраста: родители в возрасте 65-69 лет в целом делают для своих взрослых детей больше, чем получают от них, но затем, постепенно картина меняется и становится обратной, когда родители достигают 70-75 лет и больше. Обмен услугами и помощью несравнимо выше между родителями и взрослыми детьми, проживающими вместе или недалеко друг от друга, чем между живущими на значительном расстоянии.

Однако относительно мало известно о качестве контактов родственников, роли общих ценностей и традиций двух поколений во взаимной поддержке. Кроме того, пока еще не установлены те влияния и закономерности, которые способствуют «включению» пожилого человека в семью. То же самое относится и к среднему поколению, которое имеет как личные желания, интересы и стремления, так и ответственность и обязательства перед своими детьми и пожилыми родителями.

Пожилые и старые люди являются как получателями, так источниками практической помощи и эмоциональной поддержки. Данные американских исследований показывают, что даже среди людей в возрасте 75 лет и старше с различными функциональными ограничениями по состоянию здоровья две трети оказывают своей семье поддержку в таком же размере, как получают. Многие авторы отмечают, что рост численности пожилых людей ассоциируется с ростом численности людей, требующих ухода и опеки. В целом по России около 1,5 млн. пожилых нуждаются в постоянной помощи и услугах (примерно 5 % из общего состава людей пенсионного возраста). Далеко не каждому пожилому человеку требуется помощь на протяжении всей своей старости. Число пожилых людей, обходящихся без постоянной помощи в занятии домашней работой, во много раз превышает число нуждающихся в такой помощи.

Главным ее источником, к тому же наиболее желанным, является семья, которая оказывает первую помощь, вызывает врача в случае необходимости, выполняет его рекомендации, заботится о больном, дает лекарства. Чаще всего такие опекунские функции над больными выполняют члены семьи – женщины (иногда – соседки, в случае отсутствия семьи или ее возможностей). Число женщин при взаимном обмене услугами и помощью значительно превышает число мужчин, что объясняется как характером преобладающих услуг, традиционно считающихся женскими, так и большим количеством одиноких незамужних/вдовых женщин.

Проблема прародительства. Изучение прародительства включает анализ особенностей проявлений взаимоотношений прародителей и внуков, вклад старших членов семьи в семейную жизнь. Приобретение новой внутрисемейной роли (роли бабушки или дедушки) сопровождается существенной перестройкой сложившейся иерархии отношений. Освоение прародительского статуса так же, как и новой роли, требует выработки новой внутренней личностной позиции, которая оказывает влияние на младшее поколение в семье.

Один из мифов о взаимной отчужденности поколений в Америке – представление о том, что там не существует почти никаких отношений между дедушками и бабушками, с одной стороны, и внуками – с другой. Действительно, для США нехарактерна ситуация, довольно типичная для нашей страны, когда дед или бабушка полностью принимают на себя родительские роли (за исключением неполных семей). У американцев не принято, чтобы родители отправляли детей к дедушке и бабушке на все время летних школьных каникул и при этом не ехали вместе с ними сами. Но это не означает, что большинству американских прародителей нет никакого дела до собственных внуков или, наоборот, что большая часть внуков не встречаются с дедушками и бабушками.

Американские социологи и геронтологи условно выделяют три группы прародителей. Первую составляют так называемые «компаньоны». Они живут поблизости от внуков и часто навещают их, берут на себя ответственность за детей, когда родители временно отсутствуют, но неохотно соглашаются исполнять дисциплинарные и властные родительские функции, предпочитая быть старшими друзьями, вместе посещать места отдыха, рассказывать истории из прошлого и поддерживать преемственность в семейных отношениях. Большинство американских прародителей принадлежит именно к этой категории.

Другой тип можно назвать «отдаленными» прародителями, поскольку они живут на значительном расстоянии от внуков, что затрудняет регулярные встречи. В таких случаях общение, как правило, ограничивается частыми телефонными разговорами, перепиской. Некоторые из дедушек и бабушек живут неподалеку от одного из своих детей и его семьи и поддерживают с ней компаньонские отношения, с другими же детьми и внуками, живущими далеко, контакты не столь тесные.

Третий тип – прародители, «вовлеченные» в воспитание внуков, в повседневную жизнь младшего поколения, выполняющие многие родительские роли. Обычно они заменяют отсутствующих мать и отца, которые чрезмерно заняты на работе, ежедневно помогают больным или поддерживают разведенных, нуждающихся в помощи.

Приведенная классификация вполне может быть применима к нашей стране. Наиболее распространенный, как и в США, является второй тип; вместе с тем, третий тип на сегодня является более массовым. Во-первых, в России очень много сложных семей, особенно среди молодых пар с маленькими детьми, которые не отделились еще от старшего поколения. Во-вторых, многие российские матери, имеющие детей старше трех лет,

работают вне дома.

Большинство американских пожилых людей утверждают, что продолжают чувствовать обязанность помогать детям в случае необходимости, но при этом не стремятся вмешиваться в их жизнь. Они относительно часто контактируют с детьми и внуками. При этом родители часто оказывают своим детям самую разнообразную помощь – от денежной поддержки и присмотра за детьми, до советов.

При создании предложенных типологий, или классификаций, авторам, как правило, требовалось обратиться к опыту современных пожилых людей и провести анализ его соответствия культурным и социальным ожиданиям общества.

Исследования социальных сетей и социальных отношений

В настоящее время развивается тенденция, которая исходит из социологии, – применение ***теорий социальных сетей*** к процессу старения.

В эту область включены исследования:

- характеристик социальных сетей пожилых людей;
- функционирования сетей, выполняющих поддерживающую функцию;
- влияния сетей на состояние личности.

Сети пожилых людей чаще всего представлены семьей с несколькими друзьями. Обычно размер сети пожилого человека составляет пять-семь человек (большей частью состоит из родственников) по сравнению с 20+ для групп более молодого возраста.

Обнаружено, что конкретный тип сетей помогает индивиду лучше справляться с личностным кризисом, решать проблемы здоровья и использования личностных ресурсов.

В позднем возрасте могут наблюдаться отрицательные последствия социальных отношений, например, в случае отсутствия взаимного обмена или наличия гиперопеки (которая укрепляет зависимость).

Многие исследователи, рассматривая социальные отношения пожилых, большей частью обращают внимание на частоту контактов, т.е. на их количественную характеристику. Например, приводятся данные исследований, которые показали, что для пожилых людей, имеющих многолетние близкие отношения менее чем с *тремя* людьми, весьма велика вероятность смерти в ближайшие три года (*Д. Майерс, 2004*). Однако не менее важны и качественные показатели, которые свидетельствуют об уровне сплоченности, взаимопонимании, согласии, хорошем настроении между партнерами по общению.

Характеристики сети включают:

- представления каждого члена о своих персональных ресурсах, компетентности и выполнении обязанностей;
- представления об этом других членов сети;
- компетентность и ожидания от себя и других членов сети;
- представления всех членов сети о характеристиках физического окружения, в котором они взаимодействуют,
- влияние представлений членов сети на функционирование пожилых.

Социальная сеть оказывает жизненно важное влияние на функционирование и состояние пожилых людей. Представления и ожидания членов сетей в отношении возможностей пожилых очень важны, так же как личностные и психологические факторы, представления пожилых людей об окружении и их интеграции в социальную сеть.

Объем социальной сети человека косвенным образом может быть индикатором социальной изоляции: средний размер сети старого человека – 5-7 человек (сеть состоит в основном из родственников) по сравнению с 20 и более для представителей более молодого возраста.

Пожилый человек, находящийся в реальной обстановке старения, имеет достаточно психических сил, чтобы самостоятельно регулировать вопрос своего одиночества, объективно его оценивая и вырабатывая в этом плане адекватные формы поведения. Нередко при наличии детей и родственников он добровольно избирает одинокий образ жизни, в основе его выбора лежит желание сохранить свой мир, сохранить себя как личность.

Исследования дружеских отношений. Социальные контакты пожилых людей влияют на их удовлетворенность жизнью и психологическое состояние. Особое место среди них занимают дружеские отношения.

Дружба – это отношения выбора, который соотносится с понятием добровольности и основывается на общности интересов и стилей жизни. Это взаимные отношения, которые устраивают обе стороны и не дают финансовой выгоды.

Дружбу определяют как очень близкие, эмоционально положительные взаимоотношения основанные на взаимной открытости, полном доверии, общности интересов, преданности, постоянной готовности прийти друг другу на помощь. Поскольку на дружбу влияет личный опыт, ее характер в значительной степени зависит от качества и типа взятых друзьями взаимных обязательств. Кроме того, дружба основана на равенстве социальных ролей (поначалу принимая характер приятельства или товарищества); отношения дружбы не имеют фиксированных границ, и через какое-то время они могут стать более глубокими и значащими или распадаться. Нарушение норм и правил, которыми руководствуются люди в своих взаимоотношениях, ведет к разрушению дружбы.

Каждая дружба индивидуальна, сложна и динамична и может продолжаться годами и десятилетиями. Изменения жизни часто влияют на дружбу и отношения, и личные обстоятельства людей затрагивают их возможности для дружбы. Кроме того, культурные и психологические особенности затрудняют или облегчают дружбу.

В жизни человека дружба возникает как закономерное явление. Считается, что появляется дружба в раннем юношеском возрасте, когда у молодого человека возникают первые проблемы и вопросы личного характера, в которых он самостоятельно не может разобраться.

С возрастом и повышением уровня психологического развития человека меняются не только содержание, но и формы дружеских отношений. От общения на личные темы друзья переходят к совместной

продуктивной деятельности, включая творческую работу.

Широко признана значимость дружбы для *эмоционального состояния* пожилых людей. Дружба способствует чувствам безопасности и принадлежности, которые потенциально противостоят тревожности, изоляции и одиночеству. Она облегчает социальную интеграцию через совместную деятельность и общие интересы на работе и досуге, обеспечивает положительную обратную связь и эмоциональную поддержку. Результаты исследований показали, что контакты с друзьями снижают чувство одиночества у пожилых вдов, повышают чувства собственной пригодности и уважения со стороны других. Исследования показали, что состояние здоровья тех людей, которые являются одинокими или не имеют друзей, как правило, хуже, чем состояние здоровых людей, сохранивших отношения с окружающими.

Дружба и близкие друзья иногда более важны в предотвращении *одиночества*, чем общение только с членами семьи. Недостаток супруга/супруги и детей может не приводить к большему чувству одиночества, если в поздней жизни остаются друзья. В то время как семья оказывает первичную помощь, например, в долговременном уходе, друзья более важны в обеспечении эмоционального благополучия и удовлетворенности жизнью. Был обнаружен высокий уровень контактов между пожилыми людьми и их друзьями, причем те, кто жили одиноко или не имели близких родственников, стремились компенсировать это поддержанием более тесных связей с друзьями.

Было определено три группы качества отношений:

- «трогательная» близость;
- взаимность и автономия;
- «неблизкая» асимметрия.

Эти группы динамические, продолжающие изменяться. В позднем периоде жизни выявлено четыре траектории динамики дружбы:

- 1) поддерживаемая асимметрия, в конечном счете ведущая к эмоциональному отчуждению;
- 2) достигнутые автономия и независимость;
- 3) основанное на сопереживании продолжающееся движение к дружбе;
- 4) активная поддержка взаимосвязей и «трогательная» близость.

Женщины более дружелюбны, чем мужчины. В позднем периоде жизни женщины, продолжающие поддерживать отношения с социальными сетями, в том числе с членами семьи, а также имеющие опыт работы, лучше справляются с проблемами одиночества, чем мужчины или те женщины, которые в течение жизни поддерживали ограниченные контакты и были только домохозяйками. Исследования показали, что у мужчин, выходящих на пенсию, наблюдаются негативные изменения в дружбе.

Данные некоторых исследований показали, что при наличии высокого уровня дружеской поддержки пожилые люди имеют хорошее физическое здоровье. Согласно другим исследованиям, старение изменяет характер дружбы, и дружба среди пожилых людей (мужчин и женщин) имеет

отличительные признаки. Например, поскольку будущее время у пожилых людей ограничено, они стремятся поддерживать меньшее количество дружеских контактов, сохраняя эмоционально очень близкие отношения.

Потенциальное влияние дружбы на физическое и умственное состояние пожилых людей было предметом нескольких исследований, которые подтвердили, что друзья важны для пожилых людей.

Те, кто включен в тесные дружеские связи с другими людьми, лучше справляются со стрессами, в том числе по поводу переживания тяжелых утрат. Исследования показали, что те пожилые люди, которые имеют друзей и близких, проявляющих к ним поддержку и заботу, считают себя более благополучными по сравнению с теми, кто не имеет друзей.

Дружба и близкие друзья иногда более важны в предотвращении одиночества, чем общение только с членами семьи. Недостаток супруга/супруги и детей может не приводить к большему чувству одиночества, если в поздней жизни остаются друзья. В то время как семья оказывает первичную помощь, например, в долговременном уходе, друзья более важны в обеспечении эмоционального благополучия и удовлетворенности жизнью. Исследования позволили обнаружить высокий уровень контактов между пожилыми людьми и их друзьями, причем те, кто жили одиноко или не имели близких родственников, стремились компенсировать это поддержанием более тесных связей с друзьями.

Женщины более дружелюбны, чем мужчины. В позднем периоде жизни женщины, продолжающие поддерживать отношения с социальными сетями, в том числе с членами семьи, а также имеющие опыт работы, лучше справляются с проблемами одиночества, чем мужчины или те женщины, которые в течение жизни поддерживали ограниченные контакты и были только домохозяйками. Исследования показали, что у мужчин, выходящих на пенсию, наблюдаются негативные изменения в дружбе.

Друзья, родственники, знакомые и другие люди, создающие социальное окружение (социальные сети), играют важную роль в жизни любого человека. Они обеспечивают социальные контакты, эмоциональную поддержку и помощь в критических ситуациях. Степень важности этих отношений зависит от индивидуальной компетентности и образа жизни индивида. Исследования показали, что социальные контакты и активность определяются социальной принадлежностью, полом, семейным положением и функциональными способностями.

Вопросы и задания для самопроверки:

1. Что такое социальная группа?
2. Какие существуют разновидности социальных групп?
3. Какую роль в жизни людей выполняют малые группы?
4. В чем заключается анализ психологических характеристик особой социальной группы – группы пожилых?
5. Какие существуют направления в области исследования психологии группы пожилых?

6. Какие подходы существуют для описания особенностей возрастных ролей в позднем возрасте?
7. Чем отличаются социальные характеристики пожилых мужчин и женщин?
8. Каковы гендерные особенности поведения пожилых мужчин и женщин?
9. Какие проблемы этнической психологии наиболее важны для позднего возраста?
10. Что представляет собой социальный характер группы пожилых?
11. Какой набор социальных ролей характерен для группы пожилых?
12. В чем состоит сущность социально-психологического анализа социального неравенства в позднем возрасте?
13. В чем заключается анализ малой группы для пожилого человека?
14. Какие существенные особенности имеет заключительный этап семьи?
15. Почему важна проблема межличностных отношений в семье для пожилого человека?
16. Каковы особенности взаимодействия между взрослыми детьми и их пожилыми родителями?
17. В чем важность социальных сетей для пожилого человека?
18. Как сделать так, чтобы не позволять пожилым людям втягиваться в негативный имидж старения? Как помочь им увидеть и понять, что источник их проблем лежит в ситуации, но не в них самих?
19. Что сделать для того, чтобы пожилые могли принимать ответственность за свою жизнь там, где это возможно?
20. Чем можно стимулировать деятельность пожилых людей, которая бы поддерживала их ощущение интегрированности и целостности жизни?

Литература для углубленного изучения темы

1. *Андреева Г.М.* Социальная психология: Учебник для выших учебных заведений / Г.М. Андреева. – 5 е изд., испр. и доп. – М.: Аспект Пресс, 2003. – С. 151-167.
2. *Биксон Т.К., Пепло Л.Э., Рук К.С., Гудчайлдс Ж.Д.* Жизнь старого и одинокого человека // Психология старости. Учебное пособие / Ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2004. – С. 659-687.
3. *Краснова О.В., Лидерс А.Г.* Социальная психология старения. – М.: Академия, 2002. – С. 64-107.
4. *Немов Р.С., Алтунина И.Р.* Социальная психология: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2008.
5. *Смелзер Н.* Возраст и неравенство // Психология старости. Учебное пособие / Ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2004. – С. 57-90.
6. *Стюарт-Гамильтон Я.* Психология старения. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – С. 147-148.

7. Инновационные технологии социально-психологической работы с пожилыми людьми и пожилыми инвалидами

Одним из основных факторов успешной социальной адаптации пожилых людей и инвалидов является сохранение их потребности в социальной активности, в выработке курса позитивной старости.

Существует несколько способов компенсации эмоционального напряжения, в котором находятся пожилые люди и инвалиды, повышения их уровня социально-психологической адаптации.

Социальное обслуживание пожилых людей и инвалидов ориентировано на предоставление услуг по обеспечению максимально возможной независимой жизни пожилым людям и инвалидам в собственном доме, на предоставление им возможности оставаться активными и полезными гражданами, на создание условий для повышения их качества жизни.

7.1. Формы социальной реабилитации пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья

Университеты «третьего возраста»

Чтобы помочь пожилым людям социализироваться, приобрести некоторую занятость, освоить целеполагание внедряется форма социальной работы «Университеты третьего возраста».

Имеется обширный не только зарубежный, но и отечественный опыт данного направления работы. Например, французские «университеты» основаны на том, что преподавание ведет профессура (особенно та ее часть, которая уже в отставке) и лучшие студенты научно-образовательных учреждений. В Великобритании та же форма организации «университетов» кардинально отличается: преподавание ведется в непринужденной, клубной атмосфере, преподаватели – из числа наиболее грамотных, деятельных и образованных представителей «третьего возраста», которые делятся с другими своим жизненным опытом. Фактически, это самоорганизация и самообучение, а участие учебных заведений сводится к предоставлению помещений и учебных пособий. Британская модель адаптировалась в Австралии, Доминиканской Республике, Новой Зеландии, и в Южной Африке. А во Франции, Испании и Италии ориентируются на обмен опытом между специалистами.

В России «Университеты третьего возраста» чаще всего имеют статус общественных инициатив.

«Университеты третьего возраста» преследуют основные цели:

- 1) Стимулирование жизненной и общественной активности пожилых людей;
- 2) Предупреждение преждевременного старения, профилактика одиночества;
- 3) Развитие социально-одобряемых форм деятельности, интересов, потребностей.

Модель «Университета третьего возраста» состоит в организации обучения пожилых людей-клиентов силами сотрудников квалифицированных специалистов: психологов, юристов, музыкальных работников, специалистов по социальной работе, имеющих дополнительное образование программиста, флориста и т.д. В университете могут действовать факультеты: информатики, правовой грамотности, психологической поддержки, творческого развития.

Важная особенность обучение – преподают, как правило, сравнительно молодые люди, которые, в силу своего возраста, являются источником оптимизма и непринужденным примером, стимулом для пожилых людей к сохранению активности, мобильности, быстрому восприятию и закреплению информации.

Обязательное условие существования университета – создание его атрибутики, которая рождает колорит и настроение молодости, оптимизма, познания. Неотъемлемыми атрибутами университета являются: логотип, девиз, корпоративные цвета, диплом, гимн университета. Обучение должно быть построено так, чтобы «студенты» получали знания на определенном, ими выбранном, факультете. Если «студентам» интересно что-то еще, то после завершения обучения они имеют возможность продолжить его на другом факультете, либо овладеть более углубленными знаниями, но уже в виде факультативных индивидуальных занятий в вечернее время.

Преподаватели ведут журналы посещений занятий, выдают каждому студенту программу обучения, график занятий, «памятку студенту» и т.д. Главные критерии успешности обучения пожилых людей – это проявляемый интерес к занятиям и применение полученных знаний, умений, навыков в жизнь.

Результатами социальной работы с пожилыми и инвалидами в рамках деятельности университета, являются любые успехи «студентов»:

- случаи трудоустройства в результате получения знаний, необходимых на новом месте работы;
- сформированные навыки работы на компьютере, умение пользоваться техникой цифрового формата;
- умение составлять претензии и исковые заявления;
- наблюдаемые успехи в физическом и эмоциональном состоянии пожилых людей (устранение дефицита общения, более активный образ жизни, улучшение самочувствия, настроения и т.д.).

Данная технология направлена на улучшение качества жизни пожилых людей и инвалидов, развитие их интеллектуального и творческого потенциала; освоение новых знаний; развитие чувства уверенности, востребованности и самоуважения.

Специальное обучение позволяет сформировать необходимые для новых занятий навыки и умения даже в преклонном возрасте. Это обучение основано на концепции непрерывного образования, исходящей из того, что учение является нормальной и необходимой для человека деятельностью во все периоды его жизни. Она подразумевает возможность в любом возрасте обновлять, дополнять и применять ранее приобретенные знания и умения,

постоянно расширять свой кругозор, повышать культуру, развивать способности, получать новые компетенции и совершенствоваться в них

Социальный туризм

Как отмечают психологи, интерес к игровой деятельности, спорту и путешествиям не ослабевают с возрастом. В качестве средства интенсификации жизни старых людей их привлекают к туризму. Такая деятельность происходит в группе единомышленников, а потом формирует адекватный, пусть даже и не очень широкий, но устойчивый круг общения, расширяет временную перспективу.

Одним из направлений социокультурной реабилитации пожилых людей и клиентов с ограниченными возможностями здоровья является социальный туризм.

Существует несколько определений ***туризма***. По определению ООН, туризм – это активный отдых, влияющий на укрепление здоровья, физическое развитие человека, связанный с передвижением за пределы постоянного места жительства.

В материалах Всемирной конференции по туризму, проведенной ВТО в 1981 г. в Мадриде, дано следующее определение: туризм – один из видов активного отдыха, представляющий собой путешествия, совершаемые с целью познания тех или иных районов, новых стран и сочетаемые в ряде стран с элементами спорта.

По источникам финансирования туризм подразделяется на социальный и коммерческий.

Социальный туризм (social tourism) – чисто экономическая категория, разновидность любых видов туризма, субсидируемая из средств, выделяемых на социальные нужды, в целях создания условий для путешествий пенсионерам, инвалидам, ветеранам войны и труда и иным гражданам, которым государство, государственные и негосударственные фонды, иные благотворительные организации и фонды оказывают социальную поддержку, как наименее обеспеченной части населения, при использовании их права на отдых.

В программу «Социальный туризм» обычно входят следующие виды туризма: паломнический туризм, познавательный туризм, с целью отдыха, спортивный туризм, лечебно-оздоровительный туризм, экологический туризм.

Туризм с целью изучения культуры. Туризм, ориентированный на познание культуры, подразделяется на познавательный и паломнический.

Паломнический туризм – посещение мест, имеющих особое религиозное значение.

Познавательный туризм – посещение исторических, культурных или географических достопримечательностей. Несмотря на преклонный возраст, или ограничения здоровья, люди активно принимают участие в поездках, что дает им импульс развития творчества: рождаются стихи, рассказы, музыка, хорошее настроение.

Туризм с целью отдыха. Данный вид туризма заключается в

кратковременном или более продолжительном отдыхе с целью физического или психологического восстановления организма. Это поездки на рыбалку, за грибами, проведение соревнований по рыбной ловле и сбору грибов.

Спортивный туризм. Вид активного отдыха; активные и целенаправленные виды физической подготовки и упражнений, тренировки.

Экологический туризм – посещение мест с относительно нетронутой природой и хорошо сохранившимся культурно-историческим наследием. Экотуризм призван обеспечить общение с природой и способствовать усилению интереса туристов к природоохранным мероприятиям. На территории ЦСО существует «Экологическая тропа здоровья» – это маршрут, проложенный по территории парка, с целью организации отдыха и оздоровления пожилых людей и инвалидов. Сотрудники проводят знакомства с деревьями, кустарниками, цветами и другими растениями территории, с легендами, которые связаны с природой.

Обучение компьютерной грамотности различных категорий клиентов

«Компьютерный класс». Главной задачей данного направления деятельности является интенсивное обучение населения и клиентов центров социального обслуживания населения основам компьютерной грамотности, освоение новейших способов коммуникаций.

Занятия проводятся студентами, волонтерами.

Обучение компьютерной грамотности в настоящее время проводится в три этапа:

– 1 этап рассчитан на двухнедельный курс обучения (10 занятий по 2 академических часа);

– 2-ой и 3-й этапы – на недельный курс обучения (5 занятий по 2 академических часа).

Полный курс обучения рассчитан на 40 часов.

Уровни обучения:

«Нулевой» уровень обучения (основы работы на компьютере: возможности, которые открывает ПК, устройство компьютера, обучение элементарным навыкам работы).

«Продвинутый» уровень обучения включает в себя более углубленное изучение «Всемирной паутины», получение навыков работы в различных поисковых системах.

Навыки работы в прикладной программе Power Point: клиенты учатся создавать слайд-шоу и презентации.

Обучение проводится с использованием современных технических средств: проектора и экрана, для демонстрации учебного видеоматериала, что повышает процесс усвоения знаний клиентами.

Обучение компьютерной грамотности инвалидов по слуху

Программа курса обучения компьютерной грамотности инвалидов по слуху учитывает специфику слабослышащих людей.

Специфика обучения компьютерной грамотности инвалидов по слуху

состоит в том, что занятия с ними проводятся одновременно двумя специалистами: преподавателем компьютерной грамотности и сурдопереводчиком, который языком жестов объясняет материал.

Обязательное условие проведения подобных занятий – сурдопереводчик должен быть уверенным пользователем персонального компьютера.

Обучение компьютерной грамотности инвалидов на дому

С целью повышения качества жизни маломобильных граждан, создание благоприятных условий для их самообразования, активизации творческого потенциала, сохранения позитивного отношения к жизни можно организовать обучение компьютерной грамотности инвалидов на дому.

Занятия с каждым учеником проводятся по индивидуальному плану в зависимости от уровня владения компьютером («нулевой уровень», «продвинутый уровень» или пожелания ученика в овладении той или иной компьютерной программой).

Система on-line-приёма посредством программного комплекса «Skype»

Во многих центрах Управления социальной защиты населения активно развивается система on-line-приёма посредством программного комплекса «Skype».

Внедрение системы on-line-приёма значительно расширяет возможности социального обслуживания клиентов, в первую очередь одиноко проживающих пожилых людей, инвалидов.

Социально незащищенным категориям населения устанавливаются веб-камеры, разрабатываются схемы взаимодействия органов исполнительной власти и местного самоуправления с населением посредством программы «Skype».

Программа «Информационно – коммуникативное общение в режиме реального времени» является инновационной формой социального обслуживания населения (пенсионеров, инвалидов, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, детей-инвалидов, многодетных семей и других категорий людей, находящихся в трудной жизненной ситуации).

Основные цели программы «Информационно – коммуникативное общение в режиме реального времени»:

- повышение уровня и качества жизни клиентов;
- повышение доступности и оперативности предоставления социальных услуг;
- обеспечение условия для эффективного решения задач социальной защиты за счет создания и развития информационно-технологической системы.

Основные задачи программы «Информационно – коммуникативное общение в режиме реального времени»:

- предоставление квалифицированной консультативной помощи клиентам;

- минимизация времени доступа к социально – значимым учреждениям;
- организация общения специалистов системы социальной защиты с клиентами в режиме реального времени.

Результаты программы «Информационно – коммуникативное общение в режиме реального времени»:

- снижение социальной изоляции граждан;
- расширение круга общения и информационного пространства;
- получение полной статистики по взаимодействию клиента с сайтом учреждения социальной защиты населения;
- широкомасштабное использование в деятельности специалистов социально-значимых учреждений столицы;
- повышение социально-инновационной активности государственных учреждений.

Используя бесплатное программное обеспечение «Skype», специалисты центров имеют возможность не только проводить индивидуальные консультации, обмениваться информацией с клиентами, но и проводить веб–конференции.

Веб-конференции позволяют непосредственно общаться с собеседником. При этом передается не только звуковая информация, но и жесты, выражение лица. Для маломобильных слоев населения появилась возможность информирования и консультирования посредством веб-камеры.

Группа взаимной поддержки

На протяжении многих лет отношение к инвалидам изменялось: это путь от обычного ухода в соответствующих медицинских учреждениях до организации комплексной социальной реабилитации в учреждениях социальной защиты. Благодаря социальной интеграции инвалиды стали более активно создавать общественные организации, которые выступают за улучшение условий жизни данной категории населения. Появились такие цели социальной работы, как интеграция и включение инвалидов в активную жизнь общества, отражающие растущее понимание потенциальных возможностей людей с ограниченными возможностями.

На сегодняшний день более 100 тыс. москвичей страдают тяжелыми психическими заболеваниями, 60% из них – инвалиды трудоспособного возраста.

Многие считают, что лица, нуждающиеся в психиатрической, психотерапевтической помощи неизлечимы, непредсказуемы и опасны, поэтому стараются держаться от них подальше. Иногда так думают и сами больные; они начинают ощущать себя неполноценными членами общества. Человек, заболевший психическим расстройством, часто наталкивается на непонимание со стороны близких ему людей, оказывается в изоляции.

В марте 2004 г. в Москве создана региональная общественная организация «Клуб взаимной поддержки». Цель деятельности Клуба – объединение людей, имеющих проблемы в области психического здоровья. Основной формой деятельности является организация и проведение групп

взаимной поддержки членов Клуба.

Цель проекта: формирование, осознание личностного потенциала лиц, нуждающихся в психотерапевтической помощи. Основной задачей деятельности «Группы взаимной поддержки» является объединение людей, имеющих проблемы в области психического здоровья.

Принципиальным отличием «Группы взаимной поддержки» от других форм социальной реабилитации является то, что группу этого клуба ведут непрофессионалы. И участники, и лидер группы, – все равны, все имеют проблемы в области психического здоровья.

Группа основана на принципе конфиденциальности и самопомощи, члены группы всё делают сами. Когда человек сам пытается устроить свою жизнь, что-то изменить в судьбе, значительно меняется его мироощущение, появляются и самоуважение, вера в собственные силы, исчезает комплекс неполноценности и т.д.

Вот некоторые вопросы, обсуждаемые на встречах:

- как стать самостоятельным?
- как ощущать себя в гармонии с окружающим миром?
- наши любимые занятия;
- мои планы на жизнь;
- формирование жизненной мотивации.

«Группа взаимной поддержки» оказывает действенную помощь. Имеется пример, когда женщина, не работавшая 11 лет, посетив несколько встреч группы поддержки, устроилась на работу. Другой пример: мужчина и женщина, встретившись в группе, полюбили друг друга и не расстаются уже более года. Но и у тех, кто не достиг столь ощутимых результатов, все равно повышается качество жизни, настроение. В группе завязываются социальные контакты, люди начинают общаться вне стен Центра. Они перезваниваются, ходят друг к другу в гости, вместе отмечают дни рождения, посещают музеи, театры, выставки, концерты, летом выезжают на природу и т.д.

Группа взаимной поддержки – это объединение людей, имеющих сходные проблемы: трудности в общении, недовольство собой, необходимость где-то получать информацию о своей болезни, методах лечения, лекарствах. Все эти проблемы становятся легче, если не замыкаться в себе, а обсуждать их в коллективе единомышленников, в котором каждый имеет возможность получить понимание, помощь или поддержку.

Информационные технологии в социальной работе

Большую роль в социальной адаптации пожилых людей и инвалидов играют средства массовой информации. Работа средств массовой информации – не только способ формирования общественного мнения, но и доступный источник знаний о работе социальных служб, возможность вовлечения пожилых людей в общественную деятельность, в обсуждение проблем, привнесение конструктивной критики. В тесном взаимодействии со средствами массовой информации осуществляется информирование населения о реализации социальной политики, ведётся формирование позитивного имиджа социальных служб.

Повышение качества жизни пожилых людей путем реализации программы «Центр активного долголетия»

Необходимость отработки новых форм и методов социальной защиты и адресной поддержки пожилых и нетрудоспособных граждан, семей с детьми и реабилитации инвалидов ведет к разработке новых программ: обучение слушателей навыкам пользования цифровыми фотоаппаратами, видеокамерами, информационно-платежными терминалами и банкоматами; обучения пожилых людей поведению в экстремальных ситуациях, соблюдению личной безопасности; повышение правовой грамотности, просвещения пожилых людей в вопросах законодательства, осуществление юридической поддержки; обучение позитивному мышлению, на котором пожилые люди получают психологическую поддержку, развивают навыки межличностного общения, осваивают сеансы релаксации и аутотренинга.

С целью создания условий для повышения качества жизни пожилых людей, а так же введения новых форм социально-культурной реабилитации и адаптации граждан пожилого возраста, разработаны предложения по организации программы «Центр активного долголетия».

Задачи программы:

- ✓ Создание условий для формирования возможностей, установок, мотивов ведения здорового образа жизни людьми старшего возраста;
- ✓ Сохранение, развитие у пенсионеров и инвалидов привычного образа жизни, социальных контактов;
- ✓ Создание условий для активного творчества и профессионального долголетия пожилых и инвалидов;
- ✓ Организация оздоровительных мероприятий для лиц пожилого возраста с целью улучшения и поддержания состояния здоровья, увеличения продолжительности жизни.

Внедрение новых форм работы с пожилыми людьми в «Центре активного долголетия» позволит лицам старшего возраста:

- ✓ Сохранить способность к длительному самообслуживанию;
- ✓ Повысить качество жизни пожилых людей, инвалидов;
- ✓ Повысить уровень активности путем приобщения к деятельности Центра;
- ✓ Сформировать навыки поддержания здорового образа жизни;
- ✓ Укрепить состояние здоровья клиентов Центра;
- ✓ Расширить круг общения лиц старшего возраста, людей с ограниченными возможностями;
- ✓ Найти занятия по интересам.

7.2. Тренинговая работа с пожилыми людьми и лицами с ограничениями здоровья

Зачастую лица пожилого возраста не могут справиться самостоятельно с решением конкретных проблем (психологических, телесных, социальных, экономических), возникающих при различных психотравмирующих ситуациях (изменения привычного уклада жизни,

выход на пенсию, отделение от детей, одиночество, ухудшение физического самочувствия, семейные конфликты), на фоне чего возникают неврозы позднего возраста, психосоматические заболевания, депрессия, тревожно-депрессивные синдромы и другая невротическая симптоматика.

В настоящее время старение рассматривается как фаза жизни, протекание которой многофакторно обусловлено прошлым, настоящим и ориентацией на будущее.

Поведение человека пожилого возраста определяется не столько объективными моментами ситуации, сколько формой и характером их субъективного восприятия и переживания. В следствие этого необходима многосторонняя ориентация мер вмешательства (психотерапевтическая, психологическая, трудотерапевтическая, социальная и пр.).

Симптомы и личность пациента определяют стратегию психотерапевтического воздействия, а также выбор применяемых психотерапевтических методов и приемов. В наименьшей степени в пожилом возрасте подходят глубинно-психологические и психоаналитические методы психотерапии. Наиболее интенсивно в последнее время развиваются поведенческие формы, тренинги, позитивная психотерапия, семейная, арттерапия, симптоматическая (аутогенная тренировка, самовнушение), логотерапия (по Франклу), групповая психотерапия лиц пожилого возраста.

Зачастую врач-психотерапевт выявляет дисфункциональность – неспособность человека быть вовлеченным в окружающую среду и отсутствие целенаправленного поведения и создает мотивацию пациента на сотрудничество с психологом, настраивая пациента на деятельность, в которой он может реализовать индивидуальные интересы и склонности.

Тренинги по улучшению памяти.

Существуют три основных способа запоминания:

механический («зубрежка»);

логический или осмысленный (логическая или смысловая связь);

мнемотехнический (запоминание по определенным правилам или ассоциативно переводится в другую знаковую систему, в иные образы, которые легче запоминаются.)

Формируется группа пациентов с незначительным снижением памяти. Каждому предлагается представиться, назвать свое имя и постараться запомнить имена других членов группы. Далее предлагается выполнить ряд упражнений.

1. В течении трех минут клиентам предлагается наблюдать за движением секундной стрелки на часах.

2. Упражнение «муха». Каждому выдается лист с расчерченным на нем девятиклеточным игровым полем 3х3. Суть задания заключается в том, что перемещение «мухи» (карандаш, поставленный в центре листа), с одной клетки на другую происходит по команде (вверх, вниз, вправо, влево) на соседнюю клетку. Участники должны следить за перемещением «мухи», не допуская ее выхода за пределы игрового поля. Упражнение требует постоянной сосредоточенности и тренирует внимание.

3. «Воспроизведение рассказа». РАССКАЗ: «Корабль вошел в бухту (1), несмотря на сильное волнение моря (2). Ночь простояли на якоре (3). Утром подошли к пристани (4). 18 моряков отпустили на берег (5,6). 10 человек пошли в музей (7,8), 8 матросов решили просто погулять по городу (9,10). К вечеру все собрались вместе (11), зашли в городской парк (12), плотно поужинали (13). В 23 часа все вернулись на корабль (14,15). Вскоре корабль отправился в другой порт (16)».

Пациенту предлагается запомнить, записать и прочитать содержание текста. Порядок изложения фрагментов не учитывается.

4. Клиентам предлагается выполнить ряд упражнений на внимание: суть задания состоит в составлении логической цепочки из подобранных картинок с последующим рассказом данного сюжета.

Тренинг практического общения (установление контакта)

1. Психолог предлагает участникам группы расположиться большим полукругом. Просит каждого из участников по очереди выходить в центр и пытаться любыми доступными ему средствами, не пользуясь речью, установить контакт с каждым участником занятия. После чего психолог акцентирует внимание участников на средствах и признаках, которые свидетельствуют о том, что контакт установлен.

2. Группа разделяется на две подгруппы, которые располагаются полукругом (стоя или сидя). Участников упражнения просят по очереди выходить из своего полукруга и поворачиваться к нему спиной. Члены его подгруппы будут задавать ему любые вопросы, отвечать на которые необходимо, называя имя спрашивающего. Очередность в подгруппах устанавливается пожеланию. В процессе упражнения участники группы легче запоминают имена.

3. Участники садятся в круг. Психолог просит членов группы представить, что они все вместе отправляются в поход. В центре круга лежит воображаемый рюкзак, который нужно собрать для похода. Сделать это необходимо без слов. Все внимательно следят затем, что кладет в рюкзак каждый из участников, стараясь не повторяться. В ходе упражнения улучшаются коммуникативные способности, устанавливается контакт между членами группы, улучшается настроение.

Тренинг сензитивности (способность наблюдать, видеть, слышать – тренировка восприятия)

1. Психолог просит участников занятия сесть в круг, сам выходит за него и дает задание к упражнению, стоя за кругом: «У вас есть две минуты в ходе которых надо внимательно посмотреть друг на друга». По истечении времени психолог просит всех повернуться на стульях спиной в круг, подходит к одному из участников группы и говорит, обращаясь к нему, например: «Иван Иванович, я иду по кругу и прохожу одного, второго, третьего, останавливаюсь около четвертого человека (вправо или влево от участника). Кто это?» Если ответ неверен, то повторить вопрос и дать время подумать. После верного ответа психолог просит участника упражнения

описать внешность того члена группы, рядом с которым он стоит (одежда, цвет волос, цвет глаз, пр.). Аналогичное задание дается всем членам группы по очереди.

2. Участники группы сидят по кругу, психолог предлагает членам группы проверить, насколько у каждого из них развито чувство времени. Далее он просит закрыть глаза и постараться после команды «Начали!» уловить тот момент, когда пройдет минута. При этом не надо считать про себя. Как только, по мнению участников занятия, минута пройдет, психолог просит открыть глаза и поднять руку, при этом сидеть молча до тех пор, пока все не откроют глаза. В ходе упражнения психолог фиксирует всех участников, которые: поднимают руку раньше того момента, когда минута истечет; своевременно поднимают руку; поднимают руку позже. После завершения упражнения психолог сообщает участникам результаты своих наблюдений и предлагает обменяться впечатлениями.

3. Участники группы разбиваются на пары и садятся напротив друг друга. Психолог дает задание членам группы: каждый из участников пары по очереди говорит одну фразу, начиная со слов «Я вижу...», содержание которой касается внешнего облика партнера. Например: «Я вижу, что ваши руки лежат на коленях»; «Я вижу, что вы посмотрели вправо»; «Я вижу, что вы наклонили голову». Во время выполнения упражнения участники должны воздерживаться от использования оценочных понятий. Это упражнение позволяет осознать различие между тем, что «я вижу» и тем, что «я представляю, интерпретирую», что «мне кажется».

Тренинг креативности (творческое мышление)

1. Участники группы сидят по кругу. У психолога в руках мяч.

Участникам предлагается бросать мяч друг другу. Тот, кто бросает мяч, говорит одно из трех слов: «воздух», «земля», или «вода», а тот, кто ловит – говорит, если прозвучало слово «воздух» – название птицы; «земля» – название животного; «вода» – название рыбы. Реагировать нужно как можно быстрее.

По ходу работы психолог побуждает участников увеличить темп. Упражнение направлено на развитие беглости мышления.

2. Участникам предлагается сесть в круг, психолог держит в руках мяч.

Мяч передается любому участнику группы. Задание дается следующее: «Сейчас вы будете бросать этот мяч друг другу, при этом кто бросает мяч – называет какой-либо цвет, а кто ловит – объект такого цвета. Будьте внимательны и постарайтесь не повторять те цвета и объекты, которые уже называли. Каждому из членов группы дается возможность принять участие в упражнении.

Использование слова «объект», а не «предмет» дает больше возможностей для порождения ассоциаций.

3. Все члены группы садятся в круг. Мяч находится у одного из участников занятия. Ему предлагается бросить мяч кому-либо из сидящих в кругу и сказать, где окажется тот, кому адресован мяч, при этом можно

направлять своих партнеров в самые необычные, даже фантастические места (в холодильник, в Древнюю Грецию, на пальму...).

Поймав мяч, надо быстро назвать три предмета, которые необходимо взять с собой, туда, куда был направлен участник упражнения. Необходимо быть внимательным, чтобы не повторять те места, где уже «побывали «другие», и те предметы, которые были названы. Упражнение способствует развитию воображения, гибкости, оригинальности мышления.

Реабилитационные методики

У многих больных преобладает установка на лекарственные препараты, что, по-видимому, зависит от пассивной позиции и укоренившегося традиционного представления пожилых людей о лечении.

Учитывая то, что человек постоянно взаимодействует с окружающей средой, участвует в каких-либо событиях, общаясь с людьми постоянно, что-то узнавая и получая информацию извне, необходимо включить в реабилитационные методики для людей с неврозами позднего возраста, депрессиями, занятостью с учетом увлечений больных. Этот вид трудовой деятельности стимулирует и формирует интересы и будущие увлечения пациента, настраивая его на сотрудничество с психологом, с продолжением некоторых видов деятельности в домашних условиях, в семейном коллективе. Адаптация посредством труда основана на гуманистическом подходе к решению проблем пожилого человека. Внимание психотерапевта фокусируется на трудотерапию занятостью, как основную фундаментальную потребность здорового человека, что имеет огромный терапевтический эффект, т.к. является орудием для развития нормальных адаптационных возможностей человека и тренировки необходимых навыков (стимуляция стенными газетами, новостями, чтением).

Чтение рассматривается как фактор, отвлекающий от мыслей о болезни, помогающий переносить физическое страдание и рассматривается как вспомогательная часть лечебного процесса при неврозах и психосоматических заболеваниях.

Психотерапевт с психологом (по возможности с библиографом) подбирают литературу, которая имеет максимальное сходство ситуации в книге и ситуации, в которой находится пациент.

Трудотерапия при нарушениях речи

Основные термины:

Дизартрия – нарушение звукопроизношения, темпа, ритма речи, дискоординация процесса говорения и дыхания.

Афазия – нарушение всех видов речевой деятельности (устная речь, речевая память, понимание речи, а также другие высшие психические функции: чтение, письмо, ориентировка во времени и пространстве и т.д.).

У пожилого человека часто возникает проблема с целеноправленным движением руки и пальцев рук. Обычно этот феномен является последствием кровоизлияния в мозг и нередко сопровождается нарушением речи.

Из анатомии известно, что центр речи расположен поблизости с

двигательным центром руки. Многими авторами доказано, что развитие руки находится в тесной связи с развитием речи.

Таким образом, в трудотерапии основной целью должно стать развитие действий с предметами, что положительно влияет на формирование не только познавательных психических процессов, а также и на активизацию речевой функции.

Для развития ручной умелости можно предложить:

- разминание пальцами пластилина, глины;
- катать по очереди каждым пальцем камешки, бусинки и т.д.;
- на специальной тренировочной доске застегивать пуговицы, крючки, молнии, замочки;
- шить, вязать на спицах.

В дополнение ко всему в форме групповой терапии можно проводить арттерапию, которая способствует созданию положительных эмоций у не говорящего пациента (афазия), что способствует коммуникации с окружающими посредством рисунка. В процессе этих занятий можно использовать ароматерапию, которая создаст атмосферу комфортности и раскрепощения.

Желательно пациентов с нарушением речи включать в группу с нормально-говорящими, чтобы любыми способами достигнуть понимания между ними.

Одним из речевых методов можно предложить метод растормаживания речи, который можно использовать со всеми пожилыми пациентами. Данный метод включает в себя:

- договаривание пословиц, поговорок (сначала говорится первая часть пословицы, а затем задание усложняется тем, что говорится только вторая часть). Если пациент сказать не может, то на специальных карточках подбирает нужный ответ;
- пение хорошо знакомых песен (можно использовать магнитофонную запись).

У большинства пациентов, перешедших рубеж шестидесятилетнего возраста, страдает речевая память. Для тренировки памяти и развернутого высказывания хорошо использовать короткие тексты, соответствующие интересам пациентов, которые желательно пересказать, а при необходимости к контексту подбираются наводящие вопросы.

Вопросы и задания для самопроверки:

1. В чем эффективность социального туризма в пожилом возрасте?
2. Перечислите и раскройте инновационные технологии работы с пожилыми людьми?
3. Каковы возможности становления пожилого человека в обществе?
4. В чем специфика обучения компьютерной грамотности инвалидов по слуху?
5. Какие особенности тренинговой работы с пожилыми людьми?
6. Разработайте программу «Школа общения для пожилых людей».

7. Разработайте инновационную модель организации социального обслуживания пожилых людей.
8. Предложите новые технологии групповой работы с пожилыми людьми.

Список литературы для углубленного изучения темы

1. *Краснова О.В. Геронтопсихологический словарь.* – М., 2010. – 326 с.
2. *Краснова О.В. Социально-психологическое сопровождение выхода на пенсию.* – Москва: Изд-во: «Принтер», 2000. – 52 с.
3. *Психология социальной работы: Учебник для вузов. 2-е изд. /Под ред. М.А. Гулиной.* – СПб.: Питер, 2010. – 384 с.
4. *Технологии групповой работы с пожилыми людьми. Методические материалы в помощь специалистам системы социальной защиты населения города Москвы.* – М., 2009. – 14 с.
5. *Технологии активизации пожилых людей. Методические материалы в помощь специалистам системы социальной защиты населения города Москвы.* – М., 2009. – 14 с.
6. *Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учебное пособие / Е.И. Холостова.* – 6-е изд. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010. – 344 с.
7. *Хухлина В.В. Инновации в социальном обслуживании населения: Учебно-методическое пособие.* – М., 2010. – 56 с.

Практикум для работы с пожилыми людьми

1. В чем заключаются особенности потребностей пожилых людей?

Для того чтобы эффективно оказывать социальную помощь пожилому человеку, необходимо опираться на знание некоторых его индивидуально-психологических особенностей, в том числе и особенностей мотивационно-потребностной сферы.

Чтобы было более понятным представление потребностей пожилых людей, рассмотрим иерархию потребностей, предложенную А. Маслоу¹⁰. По его мысли, существует определенная иерархия потребностей человека, которая выглядит следующим образом:

физиологические, базовые потребности – пища, вода, сон и т. п.;

потребность в безопасности, защите – стабильность, порядок;

потребность в любви и принадлежности – семья, дружба, социальная сеть;

потребность в уважении – самоидентификация, самоуважение, признание;

потребность в самоактуализации, в свершении жизни – развитие способностей.

Согласно этой иерархии, прежде чем говорить о личностном развитии кого-либо, нужно удовлетворить его базовые (витальные) потребности, и человек должен осознавать удовлетворенность своих основных нужд. Для того чтобы добиваться личностных свершений, надо иметь «кров и стол». Большинство проблем пожилых людей связаны с основной потребностью выживания – многие из них живут в бедности, плохих жилищных условиях, испытывают трудности в приобретении одежды и других вещей, теряют социальные связи (умирают ровесники, друзья пожилого). Если нет защищенности, затруднена идентификация, проблематична *самооценка*, труднее почувствовать удовлетворенность от свершений.

Однако потребности не находятся в раз и навсегда заданной жесткой иерархии. Нельзя говорить о том, что более высокие потребности возникают только после того, как удовлетворяются более элементарные. Известны случаи, когда очень часто потребность в самоактуализации или в самоуважении являлась доминирующей и определяла поведение человека несмотря на то, что его физиологические потребности не были удовлетворены, а иногда и препятствовали их удовлетворению. Впоследствии сам Маслоу отказался от столь жесткой иерархии, объединив все потребности в два класса: потребности нужды (дефицита) и потребности

¹⁰ Абрахам Маслоу (1908-1970) – ведущий представитель гуманистической психологии, возникшей в середине XX века. Одним из первых он исследовал достижения личного опыта, раскрыл пути для саморазвития и самосовершенствования любого человека.

развития (самоактуализации).

Говоря о пожилых людях, следует помнить, что существуют некоторые особенности их мотивационно-потребностной сферы. Своеобразие личности пожилого человека обусловлено не столько изменениями содержания его потребностей, сколько спецификой их иерархии.

Ведущая группа потребностей включает в себя потребность в избегании страданий, в спасении, в постоянстве (привязанность человека к определенным людям, предметам), в стремлении избегать новых, неожиданных ситуаций и контактов.

Средняя группа – потребность в автономии, выступающая в идее собственной независимости, свободы, стремлении идти по жизни своим путем, сопротивляться принуждению. Упрямство и неприятие чужого мнения – также являются проявлением потребности в автономии. Это путь защиты собственной независимости. В эту же группу входят:

- **потребность в защите:** имеется в виду потребность в защите своего «Я» от постороннего вмешательства, нежелание раскрываться, стремление сохранить свой внутренний мир;
- **потребность в заботе** о других, которая существенно значимее преобладает у женщин;
- **потребность во власти.**

Третья группа – «подчиненные потребности»: потребность в любви, эротике, в отталкивании (враждебное, презрительное отношение к другим людям), потребность в творчестве.

Сам комплекс потребностей, характерных для пожилого человека, не представляет собой ничего специфического. Специфика заключается в том, что эти потребности смещены в определенном направлении. Такие потребности как потребность в любви, творчестве, т. е. весьма значимые, обычно играющие решающую роль в жизни человека, скажем, среднего или молодого возраста, оттеснены и имеют меньшее значение в более позднем возрасте. Потребность в избегании страданий и защищенности занимает ведущее положение в иерархии. Проведенные опросы пожилых людей в нашей стране показывают, что, действительно, для пожилых людей, особенно проживших трудную жизнь, ведущей мотивацией является потребность в безопасности.

2. Как учитывать потребности пожилых людей в социальной работе?

Изучение мотивации пожилых людей помогает, во-первых, ответить на вопрос: почему некоторые пожилые ведут наполненную, активную жизнь, продуктивны и удовлетворены жизнью, в то время как другие чувствуют скуку, депрессию, бесполезность? При этом можно подходить к проблеме мотивации пожилых людей с точки зрения базовых потребностей, а можно большую роль приписывать другим факторам: социальным, средовым.

Кроме того, если потребностные факторы заложить в основу оказания социальной помощи пожилым, то каждая организация должна ответить на

вопрос: какого рода потребности ваша служба готова удовлетворить?

Каждая организация в системе социального обслуживания удовлетворяет определенное (часто – ограниченное) количество потребностей пожилых людей. Потребности можно представить в виде своеобразного айсберга. На поверхности видна только их часть, которую можно удовлетворить в какой-то момент:

потребность в медицинском уходе,
потребности, связанные с жилищем,
эмоциональные потребности,
социальные потребности и т. д.

Большинство служб удовлетворяют потребности в медицинском обслуживании, а они определяют и социальные потребности, которые составляют большую часть потребностей пожилых людей, но не всегда удовлетворяются социальной службой. Поэтому важно определить, какие «участки» нужд намерена удовлетворить каждая конкретная организация социальной службы. Это позволит «айсбергу потребностей» таять, уменьшать значимость потребностей по мере их удовлетворения. Тогда граница станет ниже, а следовательно, у клиентов – пожилых людей станет меньше неудовлетворенных потребностей.

Поэтому любой организации, работающей с пожилыми, требуется ответить на следующие вопросы:

- Как потребности отдельного человека связаны между собой?
- Как учитывается чувство защищенности и безопасности пожилых?
- Возможно ли работать по решению проблем депрессии пожилых?

По преодолению горя, работе горя?

- Не вызвано ли негативное самочувствие пожилых отсутствием необходимого окружения?

После этого следует обсудить самый важный вопрос: как вы представляете перемены в своей организации по улучшению социального обслуживания пожилых людей? Именно ответы на эти вопросы помогут реально решать задачи по оказанию помощи людям.

3. Что такое «приобретения» и «потери» пожилых людей?

«Приобретения» и «потери» пожилых людей рассматриваются как источники (причины) внутренней мотивации. Очень важно определить относительную важность «приобретений» и «потерь» как функцию предшествующего опыта и настоящей ситуации пожилого человека..

При этом каждая «потеря» представляет собой уменьшение или ограничение личной свободы и автономности как индивидуальной функциональной способности, а «приобретение», соответственно, увеличение параметров свободы и автономности. Когда потери накапливаются и увеличиваются по качеству и объему, возможны две основные стратегии поведения пожилых. Первой стратегии следуют те пожилые люди, которые надеются повлиять на свою ситуацию (обладающие интернальным локусом контроля), изменяя свое поведение, социальное

окружение и поведение. Другая стратегия характерна для тех, которые считают, что они сами ничего не могут сделать (обладают экстернальным локусом контроля), становясь менее мотивированными на активную жизнь, более пассивными. И тогда организациям, работающим в системе социальной службы, следует определять свои шаги, согласуясь со стратегиями пожилых для достижения наибольшей эффективности своих действий.

4. Назовите права пожилых людей

Фундаментальные основы прав пожилых людей на уход прописаны в издании Министерства здравоохранения Великобритании «Дома для того, чтобы в них жить» (1989 г.). Это учебник, модель для инспекторов, проводящих осмотры домов-интернатов для пожилых людей (далее – *стационары*). Права, записанные в этой книге, и перечисленные ниже, подходят не только пожилым, проживающим в домах для престарелых, но и всем людям. Это общая методология отношения к пожилым людям, которая может быть применима и в российских условиях.

Безопасность – окружающая обстановка и структура поддержки, которые обеспечивают покой, помощь, предоставляемую с готовностью в нужное время, и разумную защиту от опасности.

Право принадлежать самому себе – право быть оставленным в покое или свободным от вмешательства, публичного внимания к своей жизни.

Достоинство – признание внутренней ценности людей, выраженное в уважении к их уникальности и личным нуждам, независимо от сложившихся обстоятельств.

Независимость – возможность мыслить и действовать без ссылки на другого человека, включая готовность принять на себя определенный риск.

Права – сохранение всех прав, связанных с гражданством.

Право выбора – возможность самостоятельного выбора из ряда вариантов.

Удовлетворенность достигнутым – воплощение личных устремлений и способностей во всех аспектах повседневной жизни.

В указанной книге сформулированы принципы ухода за престарелыми в стационарах, на которых основан процесс инспектирования и оценки, а также принципы стационарного ухода в виде модели для оценки качества предоставляемого ухода и качества проживания в домах для престарелых.

5. Что такое эйджизм?

Социальные работники могут быть подвержены влиянию *эйджизма*, и иногда не обладают социально-психологической компетентностью, которая требуется для работы с пожилыми людьми и инвалидами.

Дискриминация по возрасту, или эйджизм, означает отрицательное или унижающее отношение к человеку из-за его возраста, пренебрежение и негативное отношение к любой возрастной группе, хотя чаще всего речь идет именно об отношении к пожилым и старым людям. Эйджизм часто

соотносится именно с ними, то есть общественным сознанием пожилые люди наделяются негативными характеристиками, например считаются «бременем для государства». Иногда случаи жестокого отношения к пожилым людям можно прямо связать с распространением эйджизма: пожилые люди становятся уважаемы меньше, чем остальные, поэтому с ними обходятся, как с людьми, не заслуживающими равных прав.

Часто сотрудники тех организаций, которые оказывают услуги пожилым людям, так же восприимчивы к эйджизму, как и все общество. Многим социальным работникам свойственны эйджистские тенденции. Например, отсутствие социально-психологической компетентности социальных работников и, как следствие, увеличение трудностей в общении с пожилыми, приобретение навыков манипулирования пожилыми, усиление агрессивности и враждебности по мере увеличения стажа работы показывают направленность их деятельности, которая, во-первых, нарушает право пожилого на достоинство и уважение (основной принцип социальной работы) и, во-вторых, ориентирована на достижение скрытой (от пожилого) цели, не совпадающей с открыто декларируемой целью. Социальные работники, являясь обычными людьми, не выходят за круг эйджистского поведения и предубеждения. В российском обществе понимание незрелой и несовершенной природы «новой» профессии социального работника и некоторых эйджистских допущений и приписываний – императив для социальной работы. В научной литературе встречаются такие цифры: 86 % слушателей факультета переподготовки социальных педагогов разделяют негативные стереотипы, связанные с восприятием позднего времени жизни.

Кроме социальных работников, непосредственно работающих с пожилыми людьми, есть еще и специалисты по социальной работе, которых готовят высшие учебные заведения и которые работают не в таком тесном контакте с пожилыми клиентами (иногда таких контактов не бывает вовсе) как социальные работники, обслуживающие пожилых на дому или в стационарах. Эти специалисты относительно далеки от индивидуальных пользователей социальных услуг, т. е. инвалидов и пожилых людей, и с «полным основанием» используют эйджистские стереотипы и представления.

6. Что такое жестокое отношение к пожилым людям и какие виды жестокости можно выделить?

Жестокое отношение к пожилым людям, которое может быть как со стороны тех, кто их обслуживает, так и со стороны членов семьи пожилого человека, является важной проблемой.

Попытка описать феномен жестокого обращения с пожилыми людьми сталкивается с необходимостью определить и идентифицировать это понятие. Данный термин часто понимается по-разному: «плохое отношение к пожилым», «пренебрежение», «эксплуатация», «экономическая жестокость», «оскорбление действием», «физическая жестокость» и др. Эти определения

имеют разное содержание и используются в разных контекстах.

Можно предложить следующую классификацию жестокости.

Физическая жестокость: рукоприкладство; побои; угроза физическим насилием; сексуальное насилие; ограничение движений; стеснение свободы; умышленное телесное повреждение, вызывающее смерть; убийство.

Психологическая жестокость: словесное оскорбление; обзывание; продуцирование страха возможным плохим обращением или помещением в дом престарелых; угрозы, изоляция; вымогательство; вызывающее поведение, влекущее за собой грубость со стороны пожилого человека; поведение, подрывающее личность пожилого; поведение или отношение, которые вызывают у пожилого чувство отчаяния, безнадежности; безжалостность; бессердечие.

Эксплуатация – экономическая жестокость: финансовая эксплуатация; отказ в доходе, зарплате, пенсии; воровство денег; использование силы или юридических мер для нанесения ущерба пожилым.

Нарушение прав: нарушение законов, гарантирующих всем гражданам равные права.

Пренебрежение (активное): игнорирование; поведение, в результате которого остается брошенным слабый, выведенный из строя или умственно неполноценный человек, не способный заботиться о себе; помещение семей людей, имеющих физические или умственные недостатки, в дом-интернат; нарушение долга или договора (принятых на себя обязательств), выражающееся в нанесении вреда, обиды или нарушении прав.

Пренебрежение (пассивное): непреднамеренное, неумышленное пренебрежение, которое, тем не менее, приводит к психологическому или физическому дискомфорту пожилого человека.

Общепризнанна тяжелейшая проблема определения психологической жестокости. Ученые считают, что такие проявления неизбежны со стороны социальных или медицинских работников, которые не прошли соответствующую психологическую подготовку, поэтому есть опасность недооценки субъективного фактора.

7. Кто может быть «жертвой» и «преступником» в ситуации взаимодействия специалиста и пожилого человека?

Под «жертвами» и «преступниками» понимаются, соответственно, люди, пострадавшие в результате жестокого обращения со стороны тех, кто о них заботится, и члены семьи или помощники, ухаживающие за ними. В некоторых случаях они могут меняться местами и тогда «жертвой» становится помощник или член семьи, а в качестве «преступника» выступает пожилой человек.

Особой проблемой является отсутствие специального обучения специалистов по теме жестокого отношения к пожилым людям. Чаще всего в программах обучения для социальных работников встречаются только юридические меры для защиты умственно неполноценных людей, которые

представляют собой перечень льгот и благоприятных условий, необходимых для этих людей. Должна быть четкая, направленная программа решения этой проблемы.

Необходим общий методологический подход к сбору статистики и анализу данных по изучаемой тематике, включая информацию о характере «жертв» и «преступников», необходимо изучать социальную, психологическую и экономическую ситуацию там, где допускается жестокость.

В этом случае социальных работников нужно обучать сбору информации, ее регистрации и определению типов жестокости. Такой сбор информации поможет развивать психосоциальный и медико-терапевтический подходы для обеих групп – «жертв» и «преступников» – и с помощью превентивных мер предотвращать случаи жестокости.

Бывает, что тот, кто выступает как «преступник», на самом деле является «жертвой» обстоятельств и «жертвой» общества, которое вовремя не распознало проблему, не оказало необходимую поддержку.

Ухаживающий за пожилым человеком может сам длительное время находиться в состоянии стресса, достигнув некоего предела, порога. Поэтому важно вовремя определить уровень этого порога для ухаживающих. Жестокое отношение может быть вызвано чрезмерными требованиями пожилых людей.

Список типичных ситуаций, вызывающих стрессы у помощников: зависимость от членов семьи, недостаток общения, внезапное изменение образа жизни, ролевая перестановка, травмы, повреждения, апатия, депрессия, неудовлетворительные жилищные условия, изоляция. Кроме того, жестокость может возникать в результате употребления алкоголя или наркотиков.

Пожилые люди легко уязвимы, поэтому их обычно записывают в «непосредственные жертвы». Однако известны и такие ситуации, когда в качестве агрессора выступал пожилой человек, а социальный работник становился жертвой.

Жестокость может стать долговременной характерной особенностью отношений между пожилым человеком и тем, кто за ним ухаживает. Поэтому внимание должно быть сосредоточено не на степени зависимости пожилого от кого-либо, а на характере их отношений.

8. Что относится к факторам риска, провоцирующего жестокое отношение к пожилым людям и инвалидам?

К факторам риска относятся следующие:

- ситуации, в которых жестокость выступает как реакция «преступников» на стресс;
- реакция пожилых людей на свою зависимость и ухудшение состояния или ухода за ними;
- психологические проблемы и личностные черты социальных работников;

- социальная изоляция;
- негативные социальные процессы и аттитюды к пожилым людям, включающие возрастную сегрегацию;
- отсутствие или недостаток коммуникативной компетентности.

Необходимо принимать во внимание недостатки существующей системы ухода, так как это помогает выявить неудовлетворительные формы ухода о пожилых. К этим недостаткам относятся:

- отсутствие необходимого оборудования для немощных пожилых в местах их проживания;
- отсутствие необходимых институтов социального содействия и проверок, касающихся выполнения социальными работниками своих обязанностей по отношению к пожилым;
- недостаточная координация действий между работниками социального обслуживания и семьей (что часто приводит к решениям, принимаемым против желания пожилых);
- неровное распределение обязанностей в обслуживании;
- недостаточное обучение (или его полное отсутствие) по уходу за пожилыми.

9. В чем заключается стратегия преодоления жестокости?

В любой социокультурной среде существуют определенные факторы, которые провоцируют жестокость или злоупотребление силой. Во многих странах наблюдается маргинализация пожилых людей. Это – следствие урбанизации, индустриализации и модернизации общества, которое не имеет позитивной и реалистичной модели старения.

Поэтому стратегия предотвращения жестокости должна включать преодоление негативного отношения к пожилым людям. Часто используют образовательные программы, которые с помощью средств массовой информации повышают общественную сензитивность к пожилым, формируют позитивное представление о роли пожилых людей. Главная цель таких программ – расширить участие пожилых людей в общественной жизни, повысить их социальную интеграцию в общество и понизить их маргинальность.

Общественные организации могут внести свой вклад в повышение роли пожилых людей в обществе. Защитить пожилых от жестокого отношения может, например, помощь добровольцев по телефону 24 часа в сутки, – услуга, которая признается во многих странах эффективным методом борьбы с жестокостью по отношению к пожилым и средством их поддержки. Другим действенным способом является обеспечение социальными службами пожилых людей информацией об их правах и создание центров для психологического консультирования.

10. Как можно преодолевать уязвимость социальным работникам и тем, кто работает с инвалидами и пожилыми людьми?

Работа с инвалидами и пожилыми людьми рождает огромное число проблем для тех, кто ею занимается. Как и многие другие виды предубеждений, распространенные негативные представления, влекущие за собой эйджизм или жестокое отношение, обычно полезно обсудить с коллегами, чтобы полностью осознать свои собственные чувства и представления о позднем возрасте, которые могут быть сложными и неоднозначными. Для этого нужны тренинги, которые бы проводились не только на стадии подготовки специалистов, но и в процессе их работы.

Одни люди с детства выносят негативный опыт общения со своими прародителями, а другие – позитивный. Повседневный опыт также влияет на представления о позднем возрасте. Например, много ли социальных работников общаются с пожилыми людьми вне своей работы? Часто опыт общения с «нормальными» пожилыми людьми ограничен. Если мы не имеем позитивного опыта общения с пожилыми людьми в повседневной жизни, то увеличивается риск видеть всех пожилых в одинаковом свете, а именно в том, в каком мы видим их на своей работе. А видим мы их как инвалидов, беспомощных, имеющих много проблем. Более того, социальные работники обычно контактируют с пожилыми людьми и их семьями в то время, когда они находятся в сложной, кризисной жизненной ситуации. Таким образом, если работающие с пожилыми людьми имеют опыт общения с ними только как со своими пациентами и клиентами, то у них обычно появляется уверенность, что пожилой возраст – это время инволюции и трудностей самого разного плана. А ведь пожилые люди способны учиться, развивать умения, приобретать новые интересы.

Всегда требуется обращать внимание на заботу о социальном работнике и меры, которые необходимо предпринять для защиты от его уязвимости. Тем, кто оказывает услуги пожилым людям, включая и семейных помощников, волонтеров, социальных работников, специалисты советуют принимать следующие меры:

1. Релаксация, отдых, расслабление.
2. Физические упражнения.
3. Диета как один из способов ухода за собственным здоровьем.
4. Юмор/смех (даже в самой тяжелой ситуации можно найти смешное. Не нужно чувствовать себя виноватым, если позволишь себе посмеяться).
5. Система поддержки (часто организуемое мероприятие в местах работы, включающее помощь психологов).
6. Использование проверенных стратегий (как человек в прошлом справлялся с трудными ситуациями).

Кроме того, социальный работник должен быть компетентным специалистом; для этого требуется постоянное повышение его квалификации.

11. Что нужно делать, чтобы не позволять пожилым людям считать себя «старыми»?

Социальным работникам приходится выслушивать пожилых людей,

которые рассказывают им о своей жизни; они могут чувствовать при этом их печаль, уныние, разочарование. Однако пожилые люди имеют не только горький опыт. О многих событиях, которые имели место в их жизни, они не вспоминают. События для пожилых людей становятся значимыми только в том случае, если они находят отражение в их поздней жизни.

Часто это отражение имеет место в начале беседы (контакта) пожилого человека и социального работника, которому больно слышать, что, например, пожилой человек потерял ребенка 40 лет назад или что его женитьба/замужество не удалась. Социальный работник начинает чувствовать отчаяние пожилого человека, его ощущение, что «жизнь прошла зря». Пожилые люди, особенно в нашей стране, имеют еще и «травматическую память» – о войнах, репрессиях.

Конечно, мы должны сочувствовать пожилым, но, следуя этому сочувствию, попадаем в ловушки, рассматривая всех пожилых людей как жертв неудачного прошлого, которое угнетает их; все они кажутся беспомощными жертвами тяжелых ситуаций. Такие неосознаваемые стереотипы пожилых людей – разновидность эйджизма, который ведет к обеднению практики. Социальным работникам кажется, что они уже знают (после предыдущего контакта), чего им ожидать от пожилого человека, чего он хочет. Поэтому они с ним уже не консультируются, то есть действуют, как они считают, в интересах клиента. Однако такие действия социальных работников вызывают раздражение и тревогу у пожилых людей.

Хорошо применять метод биографического интервьюирования, для того чтобы высветить позитивные события в жизни пожилого человека. Стимуляция воспоминаний может облегчить принятие пожилым своей жизни, вызвать понимание, что она «не прошла зря». Такая работа с пожилыми требует специальной профессиональной подготовки. Требуется изрядная доля *толерантности*, чтобы выслушивать скучные, бесконечно повторяющиеся, а иногда преувеличенно раздутые и выдуманные истории, терпеть эксцентричные выходки некоторых пожилых людей.

Требуется подумать о том, как бы мы сами хотели быть обслужены в подобной ситуации. Например, многие из нас посещали дома-интернаты для престарелых и говорили, что мы не хотели бы там оказаться, даже в самых элитных условиях. Трудно представить свою жизнь в ограничениях свободы и выбора, как это принято в подобных заведениях. Но если это не подходит для нас, может быть, это не годится и для тех, с кем мы работаем? Стоит задуматься: неподходящие условия в домах-интернатах – это результат отсутствия финансирования, недомыслие тех, кто обязан заниматься пожилыми по долгу службы, или результат бытующего мнения, что старые люди могут «подождать»? Если это первое или второе, то нужно просвещать политиков и финансистов, которые считают, что процесс старения их никогда не коснется или вовсе не думают об этом явлении. Если же это последнее, то это эйджизм, его необходимо распознавать и разрешать как проблему.

Часто в основе профессионального поведения, которое лишает клиента собственной активности, лежит идея типа: «*Только я могу помочь этому человеку*» или другие ее варианты. Специалисту следует усвоить, что он не может предложить слишком многое и, главное, он не лучший среди тех, кто в состоянии оказать поддержку, так как представляет лишь звено в сети возможных и реально имеющихся источников помощи.

При оказании профессиональной помощи следует исходить из следующего **принципа**: пожилой человек – взрослый, зрелый, умудренный опытом, способный овладеть новым опытом. Такой подход в корне отличается от отношения к пожилым людям как к уязвимым объектам, нуждающимся в восстановлении, или как к невинным жертвам негативных воздействий угнетающей социальной системы. Осознание ограниченности профессиональной поддержки не препятствует сохранению гордости специалиста, возникающей как следствие компетентности и возрастающего мастерства. Отношение к клиенту как к самостоятельному человеку не означает, что специалист оказывается слеп к его потребностям и чувствам. Вера в то, что пожилой человек обладает способностью овладевать новым опытом, не должна мешать специалисту выявлять случаи, когда клиент не делает этого, а снова и снова повторяет один и тот же вариант зависимого, уязвимого поведения.

12. Как можно способствовать тому, чтобы инвалид или пожилой человек мог жить по возможности независимо?

Для этого требуется подумать о том, какие действия следует предпринять. Каждая организация в состоянии улучшить качество и перечень услуг для этих категорий граждан. Нужно последовательно решить следующие задачи:

- подготовка профессиональных кадров,
- повышение качества предлагаемых услуг,
- проведение стандартизации предлагаемых услуг,
- решение вопросов финансирования.

Важным вопросом является кадровая политика, которая должна включать не только постоянное повышение квалификации своих сотрудников, но и привлечение волонтеров, или добровольцев. Для этого можно организовать и развивать школу добровольцев.

Этих целей возможно достигать при тесной совместной работе органов социальной защиты и общественных организаций с помощью особого инструмента – разработки и развития совместных программ государственным и общественным сектором, проработки отдельных проблем, макетирования и распространения этого опыта. Для этого требуется отрабатывать модель заказа и осуществления услуг. Главный упор в этой работе следует делать на независимом секторе.

При успешной работе таких проектов следует проводить мониторинг реализации совместных проектов по пересмотру дальнейшего развития, расширения услуг.

Как источники финансирования в условиях постоянной нехватки денег могут рассматриваться выдвижение проблем (проектов) на гранты, привлечение спонсоров из коммерческих структур.

Кроме того, каждая организация может осуществлять следующие виды деятельности:

- 1) улучшение информирования о тех услугах, которые инвалиды и пожилые люди могут получить;
- 2) помощь в трудоустройстве;
- 3) предоставление возможности для повышения образовательного уровня и отдыха.

Следующим важным вопросом является оценка и принятие решения о том, какой пакет услуг требуется инвалиду или пожилому человеку. Прежде чем составлять определенный контракт, по которому ему будут доставляться услуги, нужно провести оценку его нуждемости.

13. Какие принципы лежат в основе предоставления услуг инвалидам и пожилым людям?

Любая работа с такими категориями населения, как инвалиды и пожилые люди должна основываться на трех основополагающих принципах:

- обеспечение достоинства,
- признание независимости,
- предоставление возможности выбора.

14. Как можно получать информацию о инвалиде или пожилым человеке?

Получение информации о инвалиде или пожилым человеке возможно с помощью целого ряда опросников. В такие опросники включают вопросы, которые помогают найти ответы в соответствии с целью получения информации. Например, вопрос *«Что для пожилого человека (инвалида) самое трудное в повседневной жизни?»* связан с задачей выявления тех факторов, которые представляют риск для его жизни. Пример вопроса из опросника для анализа ситуации при постановке пожилого человека на социальное обслуживание на дому:

- Назовите худшее, что может случиться при обслуживании пожилого человека (есть ли риск в окружающей обстановке для пациента, для социального работника).

Ответы: Четыре варианта ответа на каждый пункт:

- | | |
|-------------------|---------------|
| - никакой угрозы, | - невероятно, |
| - мелкая травма, | - вряд ли, |
| - крупная травма, | - возможно, |
| - смерть | - неминуемо. |

Другой целью получения информации может быть изучение социальных условий жизни инвалида или пожилого человека, например, для организации уборки в его комнате. Прежде чем обсуждать повседневный распорядок и повседневную активность, необходимо получить информацию

о бытовых обязанностях, требуемой помощи в умывании, пользовании туалетом и т. д.

Питание также является важной частью бытовой жизни. Поэтому важно выяснить, трудно ли готовить пищу инвалиду или пожилому человеку; в достаточной ли мере он питается; какой вид пищи готовит и т. д.

Эти вопросы могут вести к разговорам о здоровье и к медицинским проблемам. Пожилые люди часто охотно говорят о своем опыте госпитализации и общения с докторами. Кроме того, они обычно беспокоятся о своем здоровье, любят излишне подробно рассказывать о своих болезнях (к сожалению, достаточно многочисленных в позднем возрасте). Нужно осознавать, что люди имеют различные взгляды на свои болезни. Однако, хотя социальные работники не должны становиться «медицинскими работниками», от них требуется выслушивать своих клиентов, и это важно, потому что большинство проблем близки между собой, и у социального работника должно быть о них четкое представление.

Для стимуляции социальной жизни важно изучать духовные и религиозные потребности человека, его отношение к домашним животным и растениям.

Важно получать информацию о семье, друзьях. Бывают семьи, которые хотят контролировать деньги инвалида или пожилого человека, например, не отдают им деньги, пособия и пенсию.

Важная область оценки – достигнуть полной картины, в которой показано состояние умственного здоровья инвалида или пожилого человека, процесс его социализации и адаптации.

Таким образом, для того чтобы произвести оценку, нужно получить информацию с целью определения следующего:

- факторы риска (трудно ли пойти в туалет, принимать самостоятельно ванну и т. д.),
- оценка риска (например, что случится, если пожилому человеку не помогут принять ванну),
- насколько вероятно для него получить травму (например, упасть в ванной или в туалете и т. д.).

Такая оценка способствует пониманию обществом инвалидов и пожилых людей и тех, кто с ними работает, привлекает внимание к мнению клиентов и лиц, обеспечивающих уход, и вовлекает их в процесс планирования и предоставления услуг.

15. Как нужно реагировать специалисту на потери и утраты, переживаемыми инвалидами и пожилыми людьми?

Любая работа с инвалидами и пожилыми людьми затрагивает аспект переживания ими горя и разного рода потерь: от потерь здоровья, функциональных способностей до потери близких. Каждый человек имеет свой уникальный опыт, на основе которого пытается справиться с проблемами. Пожилые люди находятся в группе повышенного риска, так как у них ухудшается здоровье, социальная и финансовая ситуация и т.д. Все это

ведет к множественным потерям, которые, накапливаясь, усугубляют психическое состояние человека.

Специалист поэтому должен понимать природу утрат и переживания горя, как они отражаются на людях. Следует понимать, что горе может быть достаточно продолжительным по времени, и это состояние протекает у всех по-разному.

Работа с инвалидами и пожилыми людьми подразумевает, что специалист должен также знать особенности переживаний и учитывать реальность потерь. Это трудная, болезненная и деликатная тема, поэтому очень полезно разобраться в своем собственном отношении к утратам.

16. Как можно повышать уровень социально-психологической адаптации пожилых людей?

Исследования показывают, что существует несколько способов компенсации эмоционального напряжения, в котором находятся пожилые люди, повышения уровня их социально-психологической адаптации. Это общение с природой, увлечение искусством (как в плане творчества, так и в плане восприятия), появление новой значимой деятельности, новых интересов, перспективы дальнейшей жизни (это особенно важно для людей старше 70 лет).

Общение с природой, домашними животными (кошками, собаками и другими), уход за комнатными цветами, садом и огородом существенно снижают уровень напряженности, компенсируют недостаток общения пожилого человека. У людей, много времени проводящих на природе, менее выражен страх одиночества, ниже уровень агрессии и практически не наблюдается депрессивное состояние.

Не менее значимое воздействие оказывает и увлечение искусством. Пожилые люди, которые часто ходят в театр, консерваторию, посещают музеи и выставочные залы, психически намного устойчивей и в меньшей степени подвержены депрессиям, чем их сверстники, которые равнодушны к искусству. По мнению многих авторов, эти интересы, входя в структуру личности, образуют устойчивую мотивацию, которая не изменяется с кризисом и не подвержена динамике в зависимости от статуса, круга общения и других возрастных факторов. Такое поведение становится тем стилем жизни, который придает устойчивость адаптационному процессу в целом.

Самостоятельное творчество, независимо от его уровня, так же как и любое другое увлечение (хобби), становится таким же смыслообразующим мотивом, который, возглавляя иерархию мотивов личности, помогает придать смысл другим стремлениям и потребностям пожилого человека.

Погруженность в собственную или чужую творческую деятельность способствует социально-психологической устойчивости пожилых также и в связи с тем, что увеличивает креативность, инновационные стремления, которых часто недостает пожилым людям в силу их возрастных особенностей. Это необходимо пожилым для реализации их социальной

активности, для адекватного разрешения непредвиденных, неопределенных ситуаций, из которых нельзя выйти на основе стереотипного поведения. В то же время весь предпенсионный и начало пенсионного периода фактически и являются той новой и неопределенной ситуацией, которая требует проявления творчества, неадаптивной стратегии поведения, прогрессивного развития личности, а эти качества развиваются даже в пожилом возрасте при общении с искусством.

17. В каких случаях пожилые люди начинают учиться вновь?

Специальное обучение позволяет сформировать необходимые для новых занятий навыки и умения даже в преклонном возрасте. Исследования принципиального вопроса о том, происходит ли в зрелом возрасте усвоение нового опыта, позволяет дать на него положительный ответ. В современном обществе трудовая деятельность выполняет несколько функций. Она не только обеспечивает человеку средства существования, дает определенный статус, но и реализует социальную активность индивида. Для любого человека трудовая деятельность служит условием и показателем его полноценности, интересной жизни, творческой активности, поэтому работа необходима пожилым, у которых круг личных интересов значительно сужается.

Концепция непрерывного образования основана на признании учения как нормальной и необходимой деятельности человека во все периоды его жизни. Она подразумевает возможность и необходимость для человека любого возраста обновлять, дополнять и применять ранее приобретенные знания и умения, постоянно расширять свой кругозор, повышать культуру, развивать способности, получать новые специальности и совершенствоваться в них. Несмотря на то, что концепция непрерывного образования признается социальной необходимостью, в разработке психологии развития взрослых людей и дальнейшего образования пожилых существуют значительные пробелы.

Концепция обучаемости взрослых получила экспериментальное развитие в ряде работ, связанных с изучением общих тенденций возрастного развития, особенностями созревания и взаимодействия различных интеллектуальных функций. Однако, несмотря на это, пока крайне мало известно о закономерностях развития взрослой, зрелой личности, не изучена взаимосвязь обучения и психологического развития взрослых людей, еще меньше мы знаем об обучаемости пожилых.

Наиболее полно проблема обучаемости в связи с интеллектуальным развитием разработана по отношению к детскому возрасту, а психология обучения во взрослом и пожилом возрастах представляет собой мало изученную область. Применение лонгитюдного метода позволило установить, что умственное развитие взрослых, происходящее под влиянием обучения, заключается в усвоении содержания учебного материала и связано с глубинными изменениями интеллектуальных функций и механизмов их взаимодействия. Под влиянием обучения происходит повышение уровня

развития отдельных сторон психических функций и изменяется их структура, что приводит к изменениям в характере межфункциональных связей. Обучение ускоряет процесс умственного развития взрослого человека, выступая необходимым условием активизации скрытых резервов интеллектуальной деятельности взрослого человека в период зрелости.

Анализ социальной ситуации, в которой пожилые люди начинают учиться, проведенный немецкими психологами в начале 1990-х годов, показал, что это происходит в случаях переживания одиночества, феминизации общества, увеличения процентного количества пожилых людей. Выделено пять мотивов учения: возможность освоить новую деятельность, послепрофессиональная деятельность как обретение нового жизненного смысла, исполнение юношеской мечты, возможность новых контактов, самотерапия.

Как отмечают психологи, интерес к игровой (спорт, коллекционирование, живопись) и особенно учебной деятельности не ослабевает с возрастом. Не менее важен и тот факт, что такая учебная или продуктивная деятельность происходит в группе единомышленников, а потому формирует адекватный, пусть даже и не очень широкий, но устойчивый круг общения.

18. Насколько важна для пожилых людей временная перспектива?

Эмпирически установлено, что с возрастом стремление к будущему уменьшается, но если деятельность личности ограничивается только решением задач сегодняшнего дня, то ее психологическая организация обедняется, так как по своим творческим возможностям человек может решать более сложные проблемы. Прогрессивное развитие личности как способ существования обеспечивается проявлением активности в разрешении противоречий между изменяющимися условиями бытия и реальными возможностями удовлетворения потребностей и интересов. Поэтому, хотя пожилым людям более свойственна ориентация на прошлое, при планировании определенной деятельности возможна и ориентация на будущее. При этом длительная перспектива, как правило, не имеет такого эффекта, как краткосрочная, примерно от полугода до полтора лет. Такая перспектива позволяет пожилому человеку строить определенные планы, снимает депрессию и страх смерти, помогает преодолеть болезни, так как дает уверенность в завтрашнем дне и открывает реальные пути достижения целей.

19. Каковы характеристики депрессии как психического состояния инвалидов и пожилых людей?

Характерными особенностями депрессии у инвалидов и пожилых людей являются: постоянно грустное и угрюмое настроение, замедление моторики (иногда – активности) и процессов мышления, понижение самооценки, обострение чувствительности к любым внешним факторам. Депрессивные пожилые люди пассивны, неразговорчивы, мнительны,

зависимы от мнения других людей. Среди выраженных проявлений называют сниженный уровень поведенческих реакций, дефицит социальных контактов, повышенную чувствительность к неприятным объектам или ситуациям, фиксацию внимания на них.

Причин возникновения депрессии несколько. В частности, она может быть следствием мозговых нарушений, может быть сопутствующим явлением психиатрических заболеваний (при патологическом, болезненном старении). В случае «нормального» старения (не отягощенного разного рода патологией) депрессия как эмоциональное состояние возникает из-за реальных или мнимых безнадежности, беспомощности, потери ценностей окружающего мира.

Правила корректного языка в общении с инвалидом

То, как мы говорим, тесно связано с тем, что мы думаем и как ведем себя по отношению к другим людям. Корректный язык помогает в общении формировать позитивный образ собеседника.

Не нужно думать, что инвалиды требуют какого-то специального обхождения, однако необходимо учитывать ряд особенностей установления контакта с инвалидом.

Когда вы говорите или пишете об инвалидах:

Используйте	Избегайте
Инвалид, человек, имеющий инвалидность, люди, имеющие инвалидность, инвалиды. Человек с ограниченными возможностями, человек с ограниченными функциями.	Больной, калека, искалеченный, деформированный, неполноценный, дефективный (никогда!).
Не инвалид, обычный, типичный человек.	Нормальный, здоровый.
Человек, использующий инвалидную коляску.	Прикованный к инвалидной коляске.
Врожденная инвалидность	Врожденный дефект, несчастье.
Имеет ДЦП (или другое).	Страдает ДЦП.
Перенес полиомиелит, имеет инвалидность в результате полиомиелита; человек, который перенес болезнь, пережил болезнь, стал инвалидом в результате...	Страдает от полиомиелита, от последствий полиомиелита, жертва полиомиелита.
Умственно отсталый человек,	Отсталый, умственно неполноценный,
Ребенок с задержкой в развитии. Человек с задержкой в развитии.	«Тормоз» (никогда!), слабоумный.
Человек с синдромом Дауна	"Даун", "монголоид" (никогда!)
Человек с эпилепсией. Люди, подверженные припадкам. Люди, подверженные эпилептическим припадкам.	Эпилептик, припадочный.
Душевнобольные люди. Люди с душевным или эмоциональным расстройством.	Сумасшедший, псих.
Слепой человек. Плохо видящий человек. Человек, который плохо слышит.	Слепой, как крот (никогда), совершенно слепой; глухонемой, глухой, как пень.

Глухой человек. Глухой (глухота – это культурное явление, в данном случае слово должно быть в кавычках).	
Человек с трудностями в общении, затруднениями в речи.	Немой.

Некоторые из оборотов кажутся, на первый взгляд, надуманными и нелепыми. Скорее всего, в повседневной речи не будет широко использоваться «человек с ограниченными возможностями». Во-первых, этот оборот слишком длинный, неуклюжий, а, во-вторых, неточный: по большому счету, возможности любого человека в той или иной степени ограничены. Точно так же люди вряд ли будут употреблять в устной речи «человек, имеющий душевные расстройства» или «человек, испытывающий трудности при передвижении».

С другой стороны, есть сленг, которым пользуются инвалиды, общаясь между собой. Они считают нормальным употребление таких слов, как «опорник», «спинальник», «шейник», «колясочник». Однако вряд ли можно ожидать, что эти выражения могут употребляться широко и будут понятны публике.

Еще одно, на что нужно обратить внимание: выбирая слова и выражения, следует избегать стереотипов. «Жертвы» – это излишне драматический образ вечно несчастного и беспомощного человека. «Герой», который, «несмотря на что-то», «преодолеет» и ведет «нормальную» жизнь – тоже очень распространенный образ. Создавая его в таком ключе, автор незаметно впадает в покровительственный тон. Кроме того, помните, что, стремясь к аккуратности и корректности, нужно избегать обобщений и предположений. Не стесняйтесь спрашивать, как будет правильнее, у самих инвалидов.

Уже несколько лет, например, одни принципиально употребляют выражение «человек с ограниченными возможностями», а другие считают, что слово «инвалид» гораздо более подходящее. Надо сказать, что можно употреблять любое слово, важнее изменить стереотипы, которые существуют вокруг него.

Корректная русская терминология по отношению к инвалидам складывается только сейчас.

Наша речь связана с этикетом. Но, даже используя корректные выражения, можно поставить в неловкое положение и себя, и вашего собеседника, если не принимать во внимание некоторые нюансы, связанные с его инвалидностью. Когда не знаешь, как правильно себя вести, чувствуешь себя неловко и скованно.

Истина, которая, наверное, покажется очевидной в какой-либо другой стране: если вы видите инвалида на улице – это совершенно не означает, что он вышел туда просить милостыню. Не нужно проявлять излишнюю сердобольность и навязчивое сочувствие: то, что Вы изначально не видите в

нем равного себе – оскорбительно.

Общие правила этикета в общении с людьми с ограниченными возможностями здоровья

Эти правила используются работниками общественных служб США. Они составлены *Карен Мейер*, Национальный Центр Доступности США.

1. Когда вы разговариваете с инвалидом, обращайтесь непосредственно к нему, а не к сопровождающему или сурдопереводчику, которые присутствуют при разговоре.

2. Когда вас знакомят с инвалидом, вполне естественно пожать ему руку – даже те, кому трудно двигать рукой, или кто пользуется протезом, вполне могут пожать руку – правую или левую, что вполне допустимо.

3. Когда вы встречаетесь с человеком, который плохо или совсем не видит, обязательно называйте себя и тех людей, которые пришли с вами. Если у вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент вы обращаетесь и назвать себя.

4. Если вы предлагаете помощь, ждите, пока ее примут, а затем спрашивайте, что и как делать.

5. Обращайтесь со взрослыми инвалидами как со взрослыми. Обращайтесь к ним по имени и на ты, только если вы хорошо знакомы.

6. Опирайтесь или повиснуть на чьей-то инвалидной коляске – то же самое, что опираться или повиснуть на ее обладателе, и это тоже раздражает. Инвалидная коляска – это часть неприкасаемого пространства человека, который ее использует.

7. Когда вы разговариваете с человеком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, когда человек сам закончит фразу. Не поправляйте его и не договаривайте за него. Никогда не притворяйтесь, что вы понимаете, если на самом деле это не так. Повторите, что вы поняли, это поможет человеку ответить вам, а вам – понять его.

8. Когда вы говорите с человеком, пользующимся инвалидной коляской или костылями, расположитесь так, чтобы ваши и его глаза были на одном уровне, тогда вам будет легче разговаривать.

9. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помажьте ему рукой или похлопайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко, хотя имейте в виду, что не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Разговаривая с теми, кто может, расположитесь так, чтобы на вас падал свет, и вас было хорошо видно, постарайтесь, чтобы вам ничего (еда, сигареты, руки) не мешало.

10. Расслабьтесь. Не смущайтесь, если случайно допустили оплошность.

Взаимодействие с инвалидами

Люди, испытывающие трудности при передвижении

Нужно помнить, что инвалидная коляска – неприкосновенное

пространство человека. Нельзя на нее облокачиваться, толкать, класть на нее ноги без разрешения. Начать катить коляску без разрешения – то же самое, что схватить и понести человека без его разрешения.

Всегда требуется спрашивать, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее, предложить помощь, если нужно открыть тяжелую дверь или пройти по ковру с длинным ворсом.

Если принято предложение о помощи, нужно спросить, что нужно делать, и четко следовать инструкциям.

Если разрешили передвигать коляску, сначала требуется катить ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.

Нужно всегда лично убеждаться в доступности мест, где запланированы мероприятия. Заранее поинтересоваться, какие могут возникнуть проблемы или барьеры, и как их можно устранить.

Не надо хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.

По возможности нужно расположиться так, чтобы лица были на одном уровне, избегать положения, при котором собеседнику нужно запрокидывать голову.

Если существуют архитектурные барьеры, нужно предупредить о них, чтобы человек заранее имел возможность принимать решения.

Как правило, у людей, имеющих трудности при передвижении, нет проблем со зрением, слухом и пониманием.

Не стоит думать, что необходимость пользоваться инвалидной коляской – это трагедия. Это способ свободного (если нет архитектурных барьеров) передвижения. Есть люди, пользующиеся инвалидной коляской, но они не утратили способности ходить и могут передвигаться с помощью костылей, трости и т.п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

Люди с плохим зрением и незрячие

Нарушение зрения имеет много степеней. Человек может быть полностью слепым или плохо видеть, иметь остаточное зрение, различать свет и тень, иногда цвет и очертания предмета. У одних слабое периферическое зрение, у других – слабое прямое при хорошем периферическом. Все это надо выяснить и учитывать при общении.

Обычно рекомендуется, предлагая помощь, направлять человека, не стискивая его руку, идти в обычном темпе. Не нужно хватать слепого человека и тащить его за собой.

Не стоит обижаться, если помощь отклоняют.

Требуется описать ситуацию. Например: «В центре зала, примерно в шести шагах от вас, стоит стол». Или: «Слева от двери, как заходишь, – кофейный столик». Также нужно предупреждать о препятствиях: ступенях, лужах, ямах, низких притолах, трубах и т.п., обращать внимание на наличие бьющихся предметов.

Рекомендуется использовать, если это уместно, фразы, характеризующие звук, запах, расстояние, хотя не всем это нравится, при этом делиться увиденным.

С собаками-поводырями нужно обращаться не так, как с обычным домашним животным: нельзя командовать, трогать и играть с ней.

Ни в коем случае нельзя отнимать или стискивать трость человека.

Всегда нужно выяснять, в какой форме человек хочет получить информацию: Брайль, крупный шрифт, дискета, аудиокассета. Если у нет возможности перевести информацию в нужный формат, можно отдать ее в том виде, в котором она есть – это лучше, чем ничего.

Если вы собираетесь читать незрячему человеку, сначала предупредите об этом. Говорите нормальным голосом. Не пропускайте информацию, если об этом не попросят. Если это важное письмо или документ, не нужно для убедительности давать его потрогать. При этом не рекомендуется заменять чтение пересказом. Когда незрячий человек должен подписать документ, обязательно нужно его прочесть. Инвалидность не освобождает слепого человека от ответственности, обусловленной документом.

Всегда нужно обращаться непосредственно к человеку, даже если он не видит, а не к его зрячему компаньону. Также всегда требуется называть себя и представлять других собеседников, а также остальных присутствующих. Если вы хотите пожать руку, скажите об этом.

Когда вы предлагаете незрячему человеку сесть, не усаживайте его, а направьте руку на спинку стула или подлокотник. Если вы знакомите его с незнакомым предметом, не водите по поверхности его руку, а дайте ему возможность свободно потрогать предмет. Если вас попросили помочь взять какой-то предмет, не следует тянуть кисть слепого к предмету и брать его рукой этот предмет.

В случае общения с группой незрячих людей, нужно каждый раз называть того, к кому вы обращаетесь.

Не заставляйте вашего собеседника вещать в пустоту: если вы перемещаетесь, предупредите его.

Вполне нормально употреблять выражение «смотреть». Для незрячего человека это означает «видеть руками», осязая.

Нужно избегать расплывчатых определений и инструкций, которые обычно сопровождаются жестами, выражений вроде: «стакан находится где-то там на столе», «это поблизости от вас ...». Требуется быть точным: «Стакан посередине стола», «Стул справа от вас». Пытайтесь облечь в слова мимику и жесты.

Если вы заметили, что незрячий человек сбился с маршрута, не управляйте его движением на расстоянии, подойдите и помогите выбраться на нужный путь.

При спуске или подъеме по ступенькам ведите незрячего перпендикулярно к ним. Передвигаясь, не делайте рывков, резких движений. При сопровождении незрячего человека не закладываете руки назад – это неудобно.

Люди с нарушением слуха

Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, нужно смотреть прямо на него.

Не затемняйте свое лицо и не загромождайте его руками, волосами или какими-то предметами. Ваш собеседник должен иметь возможность следить за выражением вашего лица.

Существует несколько типов и степеней глухоты. Соответственно существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если вы не знаете, какой предпочесть, спросите у них.

Некоторые люди могут слышать, но воспринимают отдельные звуки неправильно. В этом случае нужно говорить немного более громко и четко, подбирая подходящий уровень. В другом случае понадобится лишь снизить высоту голоса, так как человек утратил способность воспринимать высокие частоты.

Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, назовите его (ее) по имени. Если ответа нет, можно слегка тронуть человека за руку или плечо или же помахать рукой.

Говорите ясно и ровно. Не нужно излишне подчеркивать что-то. Кричать, особенно в ухо, тоже не надо.

Если вас просят повторить что-то, попробуйте перефразировать свое предложение. Используйте жесты.

Убедитесь, что вас поняли. Не стесняйтесь спросить, понял ли вас собеседник.

Если вы сообщаете информацию, которая включает в себя номер, технический или другой сложный термин, адрес, напишите ее, сообщите по факсу или электронной почте или любым другим способом, но так, чтобы она была точно понята.

Если существуют трудности при устном общении, спросите, не будет ли проще переписываться. Не говорите: «Ладно, это неважно...». Сообщения должны быть простыми.

Не забывайте о среде, которая вас окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень тоже могут быть барьерами.

Не меняйте тему разговора без предупреждения. Используйте переходные фразы вроде: «Хорошо, теперь нам нужно обсудить...».

Очень часто глухие люди используют язык жестов. Если вы общаетесь через переводчика, не забудьте, что обращаться надо непосредственно к собеседнику, а не к переводчику.

Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Лучше всего спросить об этом при первой встрече. Если собеседник обладает этим навыком, нужно соблюдать несколько важных правил.

Помните:

- Что только три из десяти слов хорошо прочитываются.
- Нужно смотреть в лицо собеседника и говорить ясно и медленно,

использовать простые фразы и избегать несущественных слов.

- Нужно использовать выражение лица, жесты, телодвижения, если хотите подчеркнуть или прояснить смысл сказанного.

Люди с задержкой в развитии и проблемами общения

Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу.

Избегайте словесных штампов и образных выражений, если только вы не уверены в том, что собеседник с ними знаком.

Не говорите «свысока». Не думайте, что вас не поймут.

Говоря о задачах или проекте, рассказывайте все «по шагам». Дайте возможность собеседнику обыграть каждый шаг после того, как вы объяснили ему.

Исходите из того, что взрослый человек с задержкой в развитии имеет такой же опыт, как и любой другой взрослый человек.

Если необходимо, используйте иллюстрации или фотографии. Будьте готовы повторить несколько раз. Не сдавайтесь, если вас с первого раза не поняли.

Обращайтесь с человеком с проблемами развития точно так же, как вы бы обращались с любым другим. В беседе обсуждайте те же темы, какие вы обсуждаете с другими людьми, например, планы на выходные, отпуск, погода, последние события.

Обращайтесь непосредственно к человеку. Помните, что люди с задержкой в развитии, дееспособны и могут подписывать документы, контракты, голосовать, давать согласие на медицинскую помощь и т.д. Если это необходимо, можете записать свое сообщение или предложение на бумаге, предложите собеседнику обсудить его с другом или семьей. В записке укажите свой номер телефона, предложите обсудить это при следующей встрече.

Люди с психиатрическими проблемами

Психические нарушения – не то же самое, что проблемы в развитии. Люди с психическими проблемами могут испытывать эмоциональные расстройства или замешательство, осложняющие их жизнь. У них свой особый и изменчивый взгляд на мир.

Не надо думать, что люди с психическими нарушениями обязательно нуждаются в дополнительной помощи и специальном обращении.

Обращайтесь с людьми с психическими нарушениями как с личностями. Не нужно делать преждевременных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.

Не следует думать, что люди с психическими нарушениями более других склонны к насилию. Это миф. Если вы дружелюбны, они будут чувствовать себя спокойно.

Неверно, что люди с психическими нарушениями всегда принимают или должны принимать лекарства.

Неверно, что люди с психическими нарушениями не могут

подписывать документы или давать согласие на лечение. Они, как правило, признаются дееспособными.

Неверно, что люди с психическими нарушениями имеют проблемы в понимании или ниже по уровню интеллекта, чем большинство людей.

Неверно, что люди с психическими нарушениями не способны работать. Они могут выполнять множество обязанностей, которые требуют определенных навыков и способностей.

Не думайте, что люди с психическими нарушениями не знают, что для них хорошо, а что – плохо.

Если человек, имеющий психические нарушения, расстроен, спросите его спокойно, что вы можете сделать, чтобы помочь ему.

Не думайте, что человек с психическими нарушениями не может справиться с волнением.

Не говорите резко с человеком, имеющим психические нарушения, даже если у вас есть для этого основания.

Люди, испытывающие затруднения в речи

Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их – в ваших интересах.

Не перебивайте и не поправляйте человека, который испытывает трудности в речи. Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он уже закончил свою мысль.

Не пытайтесь ускорить разговор. Будьте готовы к тому, что разговор с человеком с затрудненной речью займет у вас больше времени. Если вы спешите, лучше, извинившись, договоритесь о другом, более свободном времени.

Смотрите в лицо собеседнику, поддерживайте визуальный контакт. Отдайте этой беседе все ваше внимание.

Не думайте, что затруднения в речи – показатель низкого уровня интеллекта человека.

Если человека с затрудненной речью сопровождает другой человек, не адресуйте ваши вопросы, комментарии или просьбы компаньону.

Старайтесь задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка.

Не притворяйтесь, если вы не поняли, что вам сказали. Повторите то, как вы поняли, и реакция собеседника вам поможет. Не стесняйтесь переспросить то, что вы не поняли. Если вам снова не удалось понять, попросите произнести слово в более медленном темпе, возможно, по буквам.

Не забывайте, что человеку с нарушенной речью тоже нужно высказаться. Не перебивайте его и не подавляйте. Не торопите говорящего. Не думайте, что человек, испытывающий затруднения в речи, не может понять Вас.

Не играйте с чужими голосовыми приспособлениями, поскольку они – личная принадлежность человека.

Если у вас возникают проблемы в общении, спросите, не хочет ли ваш

собеседник использовать другой способ – написать, напечатать. Люди с гиперкинезами (спастикой).

Гиперкинезы – непроизвольные движения тела или конечностей, которые обычно свойственны людям с детским церебральным параличом (ДЦП). Непроизвольные движения могут возникать также у людей с повреждением спинного мозга.

Если вы видите человека с гиперкинезами, не следует явно обращать внимание на него.

При разговоре не отвлекайтесь на непроизвольные движения собеседника, потому что невольно можете пропустить что-то важное, и тогда вы оба окажетесь в неловком положении.

Предлагайте помощь ненавязчиво, не привлекая всеобщего внимания.

Перед тем, как сесть за стол с человеком с гиперкинезами, поинтересуйтесь, какая сервировка ему удобна. Ему может понадобится соломинка, глубокая или, наоборот, мелкая тарелка, низкая или высокая чашка и так далее.

Если в магазине человек с гиперкинезами попросил вас достать его кошелек и расплатиться или положить покупки ему в сумку, не бойтесь выполнить эту просьбу. При этом не нужно расплачиваться за него. То же самое, если вас попросили набрать телефонный номер – при этом совершенно необязательно вставлять в аппарат свою телефонную карту.

В транспорте: при входе в автобус (троллейбус, трамвай), прежде чем предложить свою помощь, спросите, нужно ли это. Некоторым людям помощь посторонних только мешает. Уступая место, не настаивайте, если человек отказался.

Если вы покупаете билеты в кино или театр для человека или людей с гиперкинезами, выбирайте такие места, где они не будут мешать другим зрителям непроизвольными движениями. Если таких мест нет, нужно договориться с администрацией о дополнительных местах в проходе.

Не бойтесь противоречить человеку с гиперкинезами, боясь его разволновать. Позиция «только не волнуйся», «ладно» приведет к потере времени и нервов. Спокойно излагайте свои аргументы, даже если видите, что ваш собеседник нервничает.

При гиперкинезах встречаются также затруднения в речи. В данном случае советуем прислушаться к рекомендациям, изложенным в разделе «люди с затруднениями в речи».