

Федеральное агентство по образованию
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ГОУ ВПО «АмГУ»
Факультет социальных наук

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой МСР
_____ М.Т. Луценко
« ___ » _____ 2007 г.

Учебно-методический комплекс дисциплины

Социальная геронтология

Для специальности 040101 «Социальная работа»

Составитель: В.П.Самсонов

Благовещенск
2007

Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета

В.П. Самсонов

Учебно-методический комплекс по дисциплине «Социальная геронтология» для студентов очной, заочной и заочно-сокращенной форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа». – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2007. - ____ с.

Учебно-методические рекомендации ориентированы на оказание помощи студентам всех форм обучения по специальности 040101 «Социальная работа» для формирования специальных знаний по дисциплине «Социальная геронтология».

ВВЕДЕНИЕ

Предлагаемый учебно-методический комплекс составлен в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования и входит в блок специальных дисциплин.

Требования к уровню освоения содержания курса – студент должен:

- 1) знать механизмы и причины старения организма, основные заболевания пожилых людей и меры их профилактики;
- 2) знать физические, социальные и психологические особенности людей старшего возраста и уметь применить эти знания на практике;
- 3) знать основы законодательства в области социальной защиты пожилых;
- 4) знать структуру и принципы работы системы социальной защиты престарелых;
- 5) иметь практические навыки по уходу за престарелыми;
- 6) уметь оказать первую медицинскую помощь при болезнях старости.

Учебное содержание дисциплины изучается в ходе лекций, семинаров, самостоятельной работы под руководством преподавателя, выполнения контрольных работ (рефератов) по выбранным темам, контрольных аттестаций.

В ходе *лекций* даются основы систематизированных знаний по дисциплине, раскрываются ее наиболее важные теоретические положения.

На *семинарских занятиях* у обучаемых формируются навыки применения полученных знаний. В ходе семинаров осуществляется также формирование целостного, обобщающего видения студентами своего места и роли как будущих специалистов в разрешении социальных проблем пожилых клиентов, в уточнении организационной стороны предстоящей деятельности. Основной упор сделан на активные формы обучения студентов.

Во время *самостоятельной работы* основной упор делается на изучение студентами законодательных актов, учебной и научной литературы, периодических изданий, оформление тематических докладов, стендов и т.п.

Контроль успеваемости, качества обучения и теоретической подготовленности студентов осуществляется в следующих формах:

- а) входящий – оценивание базового уровня знаний, умений и навыков, необходимого для изучения данной дисциплины;
- б) текущий – защита рефератов, проведение зачета по тематическим блокам, защита контрольной работы, индивидуальное собеседование, опросы и другие формы по усмотрению преподавателя;
- в) итоговый – в процессе экзамена или зачета по результатам изучения учебной дисциплины.

Проверить качество освоения материала по данной дисциплине помогут предлагаемые *тестовые задания*.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЁ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Цель изучения дисциплины – дать представление о старении организма человека, основных заболеваниях пожилых людей и мерах их профилактики, сформировать у студентов представление о пожилых, как особой социально-демографической группе, нуждающейся в социальной помощи и являющейся объектом социальной работы.

Задачи изучения дисциплины:

- 1) изучение геронтологии с позиций биологии старения, медико-социальных аспектов старения и старости;
- 2) рассмотрение социальных аспектов старения человека и межпоколенческих отношений;
- 3) изучение влияния социальной среды на старение;
- 4) знакомство студентов с основным содержанием социальной защиты пожилых людей.

Перечень основных умений и навыков, приобретаемых студентами при изучении дисциплины:

- 1) оценка анатомо-физиологических признаков старости;
- 2) расчёт уровня жизни пожилого человека;
- 3) определение социального статуса пожилого человека;
- 4) расчетные нормативы пенсионного обеспечения в России;
- 5) знакомство с системой учреждений геронтологической помощи населению;
- 6) обучение технологии работы в библиотеке, в сети «интернет» и др. по разделам геронтологии и гериатрии.

Межпредметные связи. Преподавание дисциплины связано с другими дисциплинами государственного образовательного стандарта: «Теория социальной работы», «Социальная этнография и демография», «Социология», «Психология», «Организация работы с различными группами населения», дисциплины правового цикла.

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1. Распределение часов курса по темам и видам работ

Очная форма обучения

№	Тема	Лекции	Практ. занятия	Самост. работа
1.	Предмет геронтологии и гериатрии	2	2	2
2.	Теории старения и старости	2	4	10
3.	Пожилые как особая социально-демографическая группа	2	2	4
4.	Изменение социального статуса пожилого человека	2	4	4
5.	Социальные проблемы пожилых людей	2	4	10
6.	Питание и потребление в пожилом возрасте	2	2	0
7.	Экономические проблемы пожилых людей	2	2	4
8.	Пожилые в семье	2	4	3
9.	Социальные аспекты сексуального поведения пожилых людей	2	2	6
10	Психология старости	2	2	6
11	Болезни пожилых	2	2	4
12	Социальная активность пожилых людей	2	4	4
13	Вредные привычки и старение	2	4	6
<i>Всего 117 часов:</i>		<i>36</i>	<i>18</i>	<i>63</i>

Курс – 3, семестр – 6

Экзамен - 6 семестр

Заочная форма обучения

№	Тема	Лекции	Практ. занятия	Самост. работа
1.	Предмет геронтологии и гериатрии. Теории старения и старости	2	2	13
2.	Пожилые как особая социально-демографическая группа. Изменение социального статуса пожилого человека	2	2	13
3.	Социальные проблемы пожилых людей. Питание и потребление в пожилом возрасте	2	2	13
4.	Экономические проблемы пожилых людей	2	2	13
5.	Пожилые в семье. Социальные аспекты сексуального поведения пожилых людей	2		13
6.	Психология старости. Болезни пожилых. Вредные привычки и старение	2	2	13
7.	Социальная активность пожилых людей	2		14
Всего 117 часов:		14	10	93

Курс – 5, семестр – 9

Зачет - 9 семестр

2.2. Федеральный компонент

Понятие и задачи геронтологии. Медико-биологические, демографические, этнографические, социально-гигиенические вопросы старения человека. Роль и место пожилых и старых людей в современном обществе. Сравнительный анализ отношения государства и общества к пожилым и старым людям в России и за рубежом. Проблемы социальной работы с пожилыми и старыми людьми.

2.3. Краткое содержание лекционных занятий

Тема 1. ПРЕДМЕТ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ.

Определение геронтологии и гериатрии, их соотношение. Историческая справка о становлении геронтологии как науки. Предмет и задачи геронтологии.

Старость как социальную проблему следует считать феноменом XX века — до этого число пожилых людей было незначительно даже по самым оптимистичным оценкам. Средняя продолжительность жизни в первобытном обществе составляла 15–22 года, в Древнем мире — 20–30 лет. Незначительно увеличившись в Средние века и эпоху Возрождения (25–30 лет), в XVII–XVIII веках она в целом не превышала 40 лет. К концу XIX столетия средняя продолжитель-

ность жизни уже составляла 47–50 лет и постепенно росла в течение всего XX века. И уже в 1990-е годы «старение населения» начинает восприниматься как угроза социуму. Но и в предыдущие эпохи отношение к старости отнюдь не было однозначным. Изучение исторических форм восприятия старости, репертуара общественно значимых ролей, отводимых пожилым, представляется значимым для более полного понимания старости как социального явления.

Проблематика старости в значительной мере связана с тем, как наше общество пытается осмыслить и решить вставшие перед ним новые задачи собственного воспроизводства. Процесс смены поколений — уход одних и приход других — затрагивает основы нашего бытия: рождение, жизнь, старение, смерть. Сдвиги в возрастной структуре общества, изменение межпоколенческих взаимоотношений влияют на отношение к жизни и смерти. Оно трансформируется, но не сразу и не во всех общественных группах одновременно. Поэтому в сознании общества сосуществуют отложения разных эпох, представления разных общественных групп, прослеживаются следы воззрений, имеющих весьма разное культурно-историческое происхождение.

Для первобытных коллективов следует отметить коммуникативную и даже социоантропогенетическую функцию стариков как лучших (в силу опыта) знатоков языка. Допустимо предположить значительную роль пожилых людей в воспитании подрастающего поколения, в то время как трудоспособная часть племени была занята решением хозяйственных проблем. Определенное участие старики принимали и непосредственно в хозяйственной жизни коллектива. Пожилые люди могли следить за очагом (огонь даже сегодня стараются поддерживать постоянно некоторые наиболее отсталые племена); несомненно их участие в изготовлении орудий труда — довольно сложном и трудоемком процессе, требующем специальных навыков. Следует назвать и развитие рыболовства в конце верхнего палеолита, в частности, появление крючка и широкое применение различного рода ловушек, т. е. способов добычи пищи, не требующих большой физической силы и быстрой реакции (как охота) или масштабных поисков (как собирательство). При загонных охотах старики, прекрасно зная повадки потенциальной добычи, могли принимать участие или руководить гоним зверя. В мезолите вышеперечисленные функции пожилых людей из-за перехода к полукочевому образу жизни стали, видимо, утрачивать прежнее значение.

Пожилым человеком был основным хранителем знаний и священных традиций первобытной локальной группы. Это справедливо для всех бесписьменных обществ. Знания стариков, реализуемые более молодыми и сильными соплеменниками, были одним из важнейших факторов развития, гарантией оптимальной успешности первобытной локальной группы.

Такая роль, отводимая именно пожилым людям, была связана с определенной оторванностью стариков от хозяйственной жизни коллектива, по крайней мере, от тех ее областей, которые требовали значительной физической активности (вооруженные конфликты с иноплеменниками, охота), что также давало возможность обобщения богатого жизненного опыта с включением в него знаний, полученных от других, формулировки его в виде общих правил и наставлений, накопления знаний (например, появление сложных астрономиче-

ских представлений и календаря, необходимых при сезонных охотах и собирательстве).

Пожилые люди в силу меньшей сосредоточенности на хозяйственных проблемах коллектива с угасанием физических возможностей при сохранении умственных способностей могли быть авторами каких-либо изобретений и усовершенствований. Предположу, что рост творческой активности кроманьонцев, кроме прочих факторов, мог быть связан также с увеличением средней продолжительности жизни.

По всей видимости, уважительное отношение к старику как к хранителю знаний и полноправному члену коллектива было характерно для ранних этапов развития человеческого общества. Лишь экстремальные условия существования эпохи мезолита (гибель мамонтовой фауны для всей ойкумены, неблагоприятные экологические условия отдельных территорий в дальнейшем) заставляют коллектив жертвовать нетрудоспособными членами. «Ренессанс» уважительного восприятия старости, позднее приведший к принципиальному изменению отношения к ней, происходит уже в обществах с производящим характером экономики и достаточным прибавочным продуктом, где в отношении коллектива к индивиду уровень трудоспособности последнего больше не играет определяющей роли.

Но и в культурах одного уровня отношение бывает различно. Следует отметить, что уважительное отношение к пожилым людям основывается в первую очередь на их роли в общественной жизни или авторитете, а не на возрасте как таковом. У австралийцев состарившиеся мужчины, неспособные охотиться, нередко получают лучшую часть добычи.

Различное отношение к пожилым людям в первобытных культурах может быть объяснено характером их экономики. По предложенной Дж. Вудберном классификации экономических отношений в первобытных обществах возможны системы двух категорий — немедленного и отсроченного возврата; в последней между вложенным трудом и результатом проходит более-менее длительное время, причем под «трудом» и «возвратом» здесь в категориях Дж. Вудберна справедливо понимать не только хозяйственную деятельность как таковую, но и, например, обычай регулярной помощи родственникам жены. Такие системы предполагают обязательное наличие определенной системы социальных отношений. В подобных обществах роль и авторитет пожилых людей в жизни коллектива заметно выше; случаев геронтицида здесь практически нет, напротив, характерно наличие специального геронтократического института — совета старейшин.

Совет старейшин — состоящий из старших мужчин коллегиальный орган управления коллективом, основными функциями которого являются хранение и воспроизводство традиций и контроль над их выполнением; вообще же функции старейшин были достаточно разнообразны. Старейшиной мог стать только уважаемый, как правило, зажиточный человек, состоящий или состоявший в браке, имеющий детей. Зачатки власти старейшин, предположительно, появляются уже у неандертальцев. Лишь у некоторых наиболее отсталых племен совет старейшин как сложившийся институт отсутствовал; впрочем, и в таких об-

ществах обычно существовало деление на возрастные группы с соответствующими привилегиями. Предполагалось, что старейшины могут вступать в контакт с умершими, что могло являться дополнительным механизмом социальной стабильности.

Авторитет старейшин, как правило, был очень высок — например, у чеченцев особые камни для сидения старейшин на деревенской площади нередко привозились издалека с помощью быков, сиденья для самых старших были обработаны вручную. Власть вождя, не пользующегося поддержкой старейшин, обычно была неустойчива, возрастала вероятность его насильственного смещения и/или убийства; неслучайно при назначении вождя европейские колонизаторы стремились согласовать свое решение со старейшинами. Иногда старейшина исполнял функции военного лидера. Некоторые авторы склонны рассматривать совет старейшин как институт, препятствующий вождю узурпировать власть, с чем нельзя не согласиться.

При определенных условиях (харизматичность, личные способности, общественно признанная ценность и объем знаний) пожилому человеку могла отводиться роль «стратега» эволюционной единицы, какой являлся первобытный коллектив. В известных нам по этнографическим материалам первобытных племенах вождем или неформальным лидером является старейший мужчина. При одряхлении пожилого лидера у некоторых племен практиковалось в различных формах двоевластие. Во многих раннеклассовых обществах дряхлость правителя была веским основанием для смещения или даже убийства. В месопотамской традиции обряд убийства постаревшего вождя принял формы временного символического устранения царя от власти, ритуалы избавления царя от возраста известны из хеттской традиции.

В раннегосударственных образованиях первые формы власти также тесно связаны со старейшинами, в чьих руках обычно сосредоточены законодательные, административные, религиозные функции. В отсутствие традиции наследования власти правитель мог выбираться из представителей совета старейшин. Здесь члены совета старейшин выполняют посольские и другие политические функции.

В более развитых культурах советы старейшин, разумеется, уже не имели общегосударственного значения, выполняя функции местной администрации, связующего звена между общиной и государством. Высокий авторитет старейшин позволял исполнять им на местах судебные функции, являться хранителями «стандартов», свидетельствовать сделки (например, в Вавилонии типично было брать в свидетели людей старшего возраста; слово «s.ibu» в аккадском языке, кроме значения «старец, старейшина», имело также значение «свидетель»).

В современных обществах совет старейшин может играть значительную роль в культурной и политической жизни там, где наблюдается стремление противопоставить модернизации, вызванной внешними влияниями, традиционные ценности (например, современные исламские государства); порой он выступает как интегрирующий фактор в молодых государствах с трибалистической социальной структурой, что особенно характерно для стран Африки.

Падение роли и авторитета совета старейшин на общегосударственном уровне при относительной устойчивости на местах может быть объяснено разрастанием и объединением локальных сообществ, а значит, появлением все большего количества людей, не имеющих со старейшинами ни кровнородственных, ни соседских связей (авторитет же базируется в первую очередь на личностных отношениях); концентрацией ключевых религиозных и законодательных функций в руках государства и его представителей (жрецов, юристов, судей и т. д.); наконец, появлением новых способов хранения знаний (письменность), системы образования, научных представлений о мире и профессиональных носителей такого рода знания — ученых.

Одной из важнейших и древнейших функций пожилых людей была религиозная. Следует оговориться, что старики, разумеется, не обладали монополией в этой области коллективного знания, но ключевая роль опыта и авторитет возраста давали им известное преимущество. Шаман был одной из ключевых фигур первобытного коллектива, нередко более почитаемой и уважаемой, чем вождь. Возможно, само возникновение религиозных практик стало возможным в результате обобщения знаний стариков и придания им сакрального характера на основе их личного авторитета. У древних хеттов гадание было специальностью женщин-ворожей, которых независимо от возраста называли «старые женщины». И китайская, и в еще большей степени индийская культурные традиции поощряют отказ от внешней активности к концу жизни, переход к философскому осмыслению прожитого — например, даосизм во многом ориентирован именно на пожилых людей, оставляющих активную жизнь в обществе.

Следует отметить, что в древних обществах внутрисемейные функции пожилых людей были более значимыми, чем в позднейших индустриальных культурах; чрезвычайно важным было и обратное взаимодействие — в отсутствие государственной поддержки трудоспособные родственники (в традиционных культурах — община) были единственной гарантией обеспечения в старости. Думается, это одна из причин существования характерного для традиционных обществ типа расширенной семьи, где базовая нуклеарная структура дополнена по вертикали, т. е. включает более двух поколений родственников, и по горизонтали, включая группу родственников в пределах двух поколений. Обычная для земледельческих доиндустриальных культур многодетность, кроме прочих факторов (высокая детская смертность, относительно безболезненная социализация, отсутствие затрат на обучение), может быть объяснена теми же причинами.

Внутрисемейная иерархия в древних обществах отличалась гораздо большей жесткостью, чем в современных культурах. Для многих первобытных племен характерна убывающая с возрастом динамика занятости членов семьи. В Древнем Риме власть «отца» (*pater*) над семейством была полной и пожизненной. Отец мог убить, продать в рабство или лишить наследства любого из подвластных членов семейства. Фактически все имущество младших членов принадлежало отцу. Лишь трехкратная продажа в рабство выводила сына из-под власти отца. Ни преклонный возраст, ни высокая должность подвластных ему членов семьи, ни женитьба, ни даже безумие не лишали «отца семейства» его

власти. Традиционно считается, что на ранних этапах истории тотальная власть отца в Древнем Риме препятствовала дроблению земельного надела, позволяя вести его обработку сообща, что обеспечивало наиболее эффективную обработку земли. В менее военизированных обществах отцовская власть была не столь абсолютной.

Традиция усыновления отпущенного на свободу раба или бедняка для помощи в старости, отработки за усыновившего трудовой повинности, продолжения династии и ведения заупокойного культа была широко распространена во многих доиндустриальных обществах. Известны случаи усыновления богатыми людьми, бездетными в силу естественных либо культурных причин (например, обет жреческого безбрачия). Невыполнение усыновленным своих обязанностей считалось тяжким религиозным проступком.

Термином «отец» в древних обществах могли обратиться к начальнику или учителю. Непочтительное отношение к родителям во многих культурах считалось преступлением и наказывалось по закону. В Вавилонии содержание матери порой выдавалось мукой, а не зерном — показательный момент, т. к. растирание зерна на зернотерке требовало приложения значительных усилий. В Древнем Китае убийство матери понималось как преступление, «оскорбляющее великие основы государства».

С другой стороны, старость представлялась нежелательной, ее внешние признаки отталкивающими — неслучайно появление рецептов от поседения волос и морщин еще в Древнем Египте и Месопотамии. За редким исключением (Цицерон, Сенека) большинство античных писателей описывает старость в довольно мрачных тонах. В средневековых трактатах понятие возрастов жизни занимает значительное место; здесь позднему возрасту приличествуют занятия наукой, обращение к богу; как особый период выделяется сенильность — т. е. дряхлость, старческий распад.

С момента своего появления государство стремится поддерживать нетрудоспособных членов общества прямыми или косвенными методами. Для государств со значительной ролью бюрократического аппарата характерно наличие в их социальной политике геронтологических компонентов в виде льгот для пожилых либо освобождения их от налогов и/или прочих повинностей. Например, в инкской империи люди, достигшие 50-летнего возраста, работали значительно меньше других, а по достижении 60 лет освобождались от всякой трудовой повинности. Поля для нетрудоспособных обрабатывались сразу после храмовых полей и до «личных». В Древнем Шумере крупные расходы по лечению бедняков пытались брать на себя храм и государство. Еще в доконфуцианском Китае властные структуры в своей налоговой политике старались не обидеть вдов и сирот; после Конфуция понятие справедливости в суждении о налогах становится центральным, что находило свое проявление, например, в освобождении от общественных работ или запрете на садоводство для прочих возрастных категорий. Ранг китайского чиновника не понижался даже после оставления службы по старости. В трудах по социальной геронтологии уже давно нашел отражение тот факт, что специальные дома для престарелых были впервые организованы на Древнем Востоке.

При этом характерно стремление государства поддерживать функционирование традиционных моделей поддержки нетрудоспособных — законодательно закреплялась обязанность детей или усыновленных заботиться о состарившихся родителях, пресекалось неуважение к пожилым людям.

Объектом особого внимания древних государств были состарившиеся солдаты. В Древнем Египте и Римской империи ветераны обеспечивались государством земельными наделами, нередко значительными, им выдавались единовременное или регулярное денежное пособие, им даровалось право беспопытной торговли, прочие льготы и привилегии, размер которых зависел от звания перед выходом в отставку и срока службы. Ветераны и их потомки могли рассчитывать на получение римского гражданства. Наделение ветеранов земель в колониях для создания надежной основы римского господства на местах — один из центральных элементов римской колонизации. Следует отметить высокий авторитет и состоятельность ветеранов. Впрочем, практически везде общественные нормы предписывали относиться к пожилым людям с уважением независимо от их социального статуса.

В эпоху Возрождения эвтаназия и суицид в пожилом возрасте начинают оправдываться в отличие от средневековой Европы. В Новое время в европейских урбанизированных культурах с разрушением общины система коллективной поддержки нетрудоспособных приходит в упадок, усиливается дискриминация по половозрастным признакам, а нуклеарные семьи уже не в силах обеспечить своим старшим членам достойную старость. Общественная поддержка пожилых в начале Нового времени была незначительна при все увеличивающемся разрыве между поколениями в мировоззренческих позициях. Положение представителей третьего возраста в урбанистических индустриальных культурах изначально было маргинальным — в предшествующих им обществах с жесткой сословной иерархией, определявшей судьбу человека, ценность ранних возрастов была существенно ниже; в этом смысле рост уровня социальной мобильности негативно сказался на престиже пожилых.

Постепенно главную роль в поддержке нетрудоспособных начинает играть государство. Первый закон об ответственности государства за немощных и неимущих стариков был введен в Англии в 1601 году (The poorlaw relief act). Общественная поддержка пожилых в начале эпохи была сведена к минимуму — в спрессованном пространстве города физическая близость сосуществует с духовной отдаленностью при все увеличивающемся разрыве между поколениями в ценностях, идеалах, образе мыслей. В результате уже к XVI–XVII векам старик стал восприниматься как развалина, исчерпавший себя человек; в целом до XVIII века пожилые оставались чем-то смешным, лишь в XIX веке возникает образ уважаемого старца с богатейшим опытом жизни.

В конце XVII и в XVIII веке намечается тенденция отделения домов для престарелых от больниц, появляются первые теории, ратующие за необходимость назначения пенсий по старости. Со второй половины XIX века геронтология начинает оформляться в самостоятельную науку, появляются первые серьезные статистические исследования по старости. С этого же времени начинается осуществляться действительная социальная забота о нетрудоспособных.

Одна из наиболее последовательных программ социального страхования XIX столетия была воплощена в Германии Отто фон Бисмарком в 1880-е годы. В целом же выплату пенсий и страхование от безработицы в XIX веке могли позволить себе лишь наиболее эффективные компании (например, железнодорожные). Несмотря на существование различных благотворительных организаций и небольших пособий, старость для рабочего XIX века была «настоящей катастрофой, прихода которой стоически ожидали».

Со временем помощь престарелым стала считаться не благотворительностью, а общественным долгом, но полная «реабилитация» старости происходит уже во второй половине XX века, и сегодня она понимается как «ценный для общества период жизни». Изменилось само содержание слова «старость». Если раньше критерием старости служила нетрудоспособность, то теперь — переход через законодательно оформленный формализованный возрастной порог, после которого человек имеет право на пенсионное обеспечение.

Проблема третьего возраста нашла свое отражение в киноиндустрии, для пожилых людей выходят специализированные журналы и телепередачи. В научной литературе последних лет появляется все больше исследований по всему спектру социальных проблем старости — от творческого потенциала пожилых людей до темы секса в позднем возрасте.

Для современной западной культуры характерно «исчезновение» старости — теперь это «человек в солидном возрасте», «очень хорошо сохранившийся». В США не употребляется даже само слово «пожилой», его заменил термин «третий возраст». Здесь пожилые люди хорошо выглядят, ухожены, водят автомобили, много путешествуют, посещают специальные клубы для лиц «золотого возраста».

Смена воззрений на ценность человеческой жизни есть следствие смены режимов воспроизводства населения. На протяжении каких-то десятков лет человечество кардинально изменило способ приспособления к среде, поддержания размера популяции. На смену быстрому обороту поколений при многочисленности составляющих их индивидов пришло сокращение численности новых поколений при увеличении средней продолжительности жизни. Человечество пока не успело приспособиться к этому новому состоянию. Проблема старости оказалась в самом центре еще не разрешенных противоречий.

Раньше представлялось естественным, что человеческое тело, мозг изнашиваются за сорок лет жизни. Теперь этот процесс резко замедлен, тех же ресурсов хватает на вдвое более длительный срок. Старики стали жить дольше. Но их роль как носителей родового предания и родовой мудрости упразднена. На смену большой трехпоколенной семье приходит нуклеарная, в которой есть пара родителей и ребенок/дети, либо еще более редуцированные варианты — неполная семья, дети на пансионе в школе, дети-сироты и пр. Для «старых» в этой системе места нет. Бабушки (и изредка дедушки) если и используются в процессе семейной социализации, то в качестве заменителей мамы и папы. Базовые ценности теперь транслируются не по линии бабушка/дедушка — внуки, а по более короткому и быстрому контуру: СМИ — дети.

За те два-три поколения, что отделяют наше общество от патриархального деревенского быта, оно не изжило полностью традиционного отношения к старости. В общественном сознании сохраняются следы представлений, что старики являются носителями какого-то особого знания, которое они должны передать самым молодым. Остаются и представления о том, что состарившиеся люди должны уйти. То же думают о себе и старики. Собственно, они вынуждены думать о своем опыте и знаниях как о чем-то безусловно ценном — вне зависимости от конкретного содержания последних, и думать о своем существовании как безусловно лишнем, вне зависимости от его реального наполнения и от обстоятельств жизни. В этом состоит феномен старости. Потому-то старики и пристают ко всем со своими соображениями и воспоминаниями и в то же время мучаются тем, что «мешают».

Следы описанного слоя представлений о старости тем явственнее, чем слабее включенность социальных субъектов в то, что именуется нормативной культурой, чем ниже их оснащенность присущим ей символическим капиталом и прежде всего книжными/школьными знаниями. В сознании образованной части общества эти архаические мотивы представлены в ослабленном виде. Их подавляет другая система воззрений. Исходным в этой публичной и бытовой философии является утверждение абсолютной ценности человеческой жизни безотносительно к тому, чья это жизнь — младенца или старика, мужчины или женщины. Такие универсалистские и секулярные по своей природе взгляды суть дальние изводы этики Возрождения.

Представление о старости как финальном этапе жизни не остается неизменным. В России первые труды, посвященные вопросам продления активной старости относятся к середине XVIII века, например, книга русского врача И.Фишера «О старости, ее степенях и болезнях».

Основоположителем научной геронтологии в России считается выдающийся русский ученый И.И. Мечников. Геронтология в современном ее понимании сформировалась к середине XX века. Одной из задач геронтологии является изучение особенностей старения, связанных с влиянием средовых факторов, образа жизни, труда, социальных связей и взаимоотношений /5, с. 14/.

Научные исследования процессов старения и изучение возможностей оказания медицинской и социальной помощи пожилым людям ведутся в рамках геронтологии, рассматривающей старение с биологической, психологической и социальной точек зрения и представляющая собой, таким образом, междисциплинарную область исследований.

На биологическом уровне рассматривается физиологическая сторона старости, на психологическом — мыслительные и психические аспекты старения, на социальном — старость в социальной контексте.

Это измерение, в свою очередь, имеет три различных направления: индивидуальные переживания пожилых людей (здесь старое рассматривается в социальных рамках семьи, общества и культуре в целом); стремление определить место пожилых людей в обществе; изучение проблем старости и их разрешение на уровне социальной политики государства.

Геронтология (дословно) - наука о старости.

Геронтология подразделяется на фундаментальную геронтологию, социальную геронтологию и гериатрию.

Сегодня можно выделить несколько важнейших стратегических направлений развития геронтологии:

- 1) разработка подходов к лечению болезней, встречающихся преимущественно в пожилом возрасте;
- 2) обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида;
- 3) организация медицинской помощи пожилым;
- 4) социальная защита пожилых;
- 5) проблемы пенсионного обеспечения.

Фундаментальная геронтология изучает механизмы старения, занимается вопросами предупреждения преждевременного старения и продления жизни.

Социальная геронтология занимается вопросами взаимодействия пожилого человека и общества, существованием пожилых людей в социальной среде.

Гериатрия – частный раздел геронтологии, изучает проблемы оказания медицинской помощи пожилым людям.

Геронтологи и гериатры среди причин старения особо выделяют факторы, приводящие к изменениям физиологических функций: эндогенные (супероксиды, перекисные радикалы кислорода и др.) и экзогенные факторы (уменьшение приема пищи на 50-60%, физической нагрузки, вредные привычки, психоэмоциональные факторы).

Отмечается три важнейших причины, ведущих к старению и смерти.

1. Со временем в генах накапливается большое количество повреждений или мутаций, что нарушает работу организма. Едва ли не решающее значение в разрушении организма придаётся повреждающему действию свободных радикалов. Одной из существенных причин старения является возникновение так называемых сшивок молекул в клетках. Под воздействием глюкозы (гликозилирование) важнейшие для организма белковые молекулы сцепляются или склеиваются друг с другом (перекрёстное связывание) и теряют способность к выполнению своих функций. Организм также разрушается из-за радиационного излучения, недостатка кислорода, стрессов, накопления вредных веществ внешнего и внутреннего происхождения, хронического переутомления, и др.

2. Организм теряет способность к самообновлению и восстановлению. Эта способность наблюдается в первой половине жизни и постепенно исчезает во второй. Какие бы повреждающие факторы не действовали на организм, но если клетки обновляются быстрее, чем происходит процесс накопления повреждений, то организм остаётся молодым и здоровым. Однако с определённого момента процесс обновления замедляется, а затем и вовсе прекращается, и организм погибает.

Концы хромосом защищены своеобразными наконечниками - теломерами. При каждом делении клетки теломеры сокращаются, пока не истощатся полностью. После этого, клетка больше обновляться не может. Одна из основ-

ных функций теломер заключается в защите концов хромосом от действия повреждающих факторов разной природы, которые могут нарушить целостность хромосом.

3. Включение организмом таких процессов, которые способствуют его саморазрушению, старению и гибели.

Накапливается всё больше научных данных, что после исполнения своих репродуктивных (оставление потомства) функций организм запускает механизмы, способствующие более быстрому старению и гибели. ...в природе существуют бессмертные клетки: например, раковые, некоторые бактерии. Почти неограниченно могут обновляться клетки крови, эпидермиса, желудочного эпителия и т.д. Существуют бессмертные животные из числа простейших: гидра или актиния. Итак, старение и смерть вовсе не являются неизбежными. Почему же должны умирать клетки человеческого организма? Есть все основания полагать, что смерть клетки запрограммирована, как запрограммировано отмирание органов, - у растений это осенний листопад, у головастика - исчезновение хвоста, когда он превращается в лягушку, у человеческого эмбриона - рассасывание хвоста и жабер.

С возрастом происходит изменение физиологических функций в основном за счет их снижения. Уменьшается способность к учащению сердечного ритма при нагрузке за счет снижения чувствительности β -адренергических рецепторов и пострецепторной передачи. Снижается барьерная и иммунная функция кожи, способность синтезировать витамин D. Низкий уровень эндорфинов влияет на неадекватную реакцию на стресс. Практически за каждые 10 лет на 10% снижается аэробная нагрузка. Потеря костной и мышечной массы при увеличении доли жировой ткани характерна для лиц пожилого возраста.

Основными проблемами гериатрии являются: снижение интеллекта, короткий остаток бытия, малая подвижность, нестабильность походки и падение, постоянное плохое самочувствие. К этим пяти «драконам гериатрии» следует добавить депрессию.

Одной из задач геронтологии и гериатрии является разработка механизмов и методов увеличения продолжительности жизни. Эта деятельность представлена *двумя важными направлениями* - геропротекция и профилактика заболеваний.

Геропротекция – совокупность факторов, замедляющих процесс старения. Изучением этих вопросов традиционно занимается фундаментальная геронтология, однако, геропротекция имеет не только научно-медицинский смысл, но является важнейшей социальной проблемой. Геропротекция должна быть направлена не просто на продление жизни, а на продление здоровой, качественной, полноценной жизни. Геропротекция должна сегодня перейти из теоретической науки в практическую плоскость, необходимо более широко взглянуть на существо вопроса.

Фундаментальная геронтология изучает клеточные и молекулярные основы старения. Среди достижений последних десятилетий нельзя не выделить открытие *апоптоза* – механизма запрограммированной клеточной смерти. С каждым делением клетка становится старше, что-то теряет (например, часть

генов, в таких клетках как эритроциты, нейтрофилы, ядра либо исчезают вовсе вместе со всеми хромосомами и генами, либо скручиваются, уменьшаются в размерах), что-то приобретает, становится все более специфичной, синтезирующей строго определенные вещества. Отсутствие апоптоза присуще клеткам рака – при этой болезни клетки практически не умирают, становятся бессмертными. Известны клетки опухоли Хеля, полученные от одной больной, которые перевивают (пересаживают из одной чашки с питательной средой в другую) уже десятки лет, в сотнях и тысячах лабораторий мира.

Наряду с апоптозом изучен и клеточный некроз. Если апоптоз запрограммирован, заложен в наследственной информации, то клеточный некроз развивается или из-за внутриклеточных метаболических нарушений (появление избытка перекисей, свободных радикалов) или из-за внешних причин – недостаток кислорода (гипоксия), воздействия химических и физических агентов. Клеток, устойчивых к факторам, вызывающим некроз нет, хотя чувствительность к ним различна: почечные клетки погибают в течение 2-5 минут гипоксии, тогда как клетки головного мозга могут переживать много минут без кислорода. Таким образом, клетки организма погибают либо из-за внешних воздействий, либо в результате реализации заложенной в них программы самоуничтожения.

Структурно-функциональная иволютивная (возрастная) перестройка органов и тканей, отражающая процесс старения связана с апоптозом и клеточным некрозом и замещением погибших клеток соединительной тканью (склерозом тканей). Но если на апоптоз сегодня практически нет возможности воздействовать, остановка апоптоза лишь только обсуждается, то некроз подвержен терапевтическим вмешательствам – во многих случаях его можно предупредить.

В развитии современной социальной науки о старости можно выделить три основных направления:

- изучение старения как процесса в его биологическом и психологическом измерениях;
- институциональный подход, акцентирующий проблемы ее социоэкономического статуса и социальных ролей престарелых;
- историко-культурологический анализ различных представлений о старости, характерных для разных народов.

В рамках этих направлений создаются различные модели социогеронтологического знания, предметом которого являются процесс старения в его социоисторической динамике, а также социальное положение и психологический опыт пожилых как специфической социовозрастной группы.

Тема 2. ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ И СТАРОСТИ

Понятие термина «старение» в широком и узком значении. Старение – физиология или патология? Историческое развитие взглядов на причины и природу старения (теории Гиппократ, Аристотеля, Галена, Г.Церби, виталистов, Монпелье, Гуфеланда, М.Рубнера, И.И.Мечникова, Ч.С.Минота, Мюльмана, И.И.Павлова и др.). Причины старения (замедление процессов обмена и регенерации, внутренняя интоксикация организма, артериосклероз, цитоморфоз,

функциональные нарушения высшей нервной деятельности, первичная инволюция тканей и органов, гормональная недостаточность, гистерезис коллоидов протоплазмы). Биологический возраст.

Социальные проблемы людей пожилого возраста, их социальный статус, место в современном обществе, в социальной структуре в различных социальных системах, общностях, в собственной семье, взаимоотношения с другими возрастными группами, изменение с возрастом личности - все это еще не стало предметом специальных социологических исследований. Эти проблемы должны рассматриваться особой областью социологии – **геронтосоциологией**. К сожалению, эта область социологии остается одной из самых, а может быть самой, забытой и заброшенной и в нашей, и в зарубежной социологической литературе. Практически отсутствуют синтетические исследования, учитывающие имеющиеся достижения в различных разделах геронтологии: социальной политики в отношении пожилого поколения, социальной психологии, социального статуса пожилого человека в сообществах различных уровней, старения как социального феномена. Ясно, что при нынешней демографической ситуации возникает необходимость **геронтологизации** всего спектра социального знания.

В **теории социальной работы** лица пожилого возраста (*геронтогруппа*) рассматриваются как специфическая социально-демографическая группа, со своими социально-психологическими особенностями, с тягой к ретрокультуре, с глубокой внутренней дифференциацией, определенным делением на подгруппы: возрастные (пожилые, старые, долгожители), территориальные (горожане, сельчане), с различным общественным положением в допенсионном и пенсионном периодах.

В современной России быть пожилым – означает также относиться к **группе социального риска** и считаться потенциальным клиентом социальных служб и учреждений. В пользу последнего утверждения свидетельствуют и статистические данные, которые представляют следующий образ «обычного» пожилого человека – россиянина: скорее всего, это женщина в возрасте за 60 лет, пенсионерка с небольшой пенсией, проживающая в сельской местности.

Из ныне существующих **социogerонтологических теорий**, пытающихся осмыслить феномен старости, заслуживают особого внимания следующие.

1. **Теория разъединения** (Э. Камина и У. Генри) представляет старение как неизбежное взаимное отчуждение, снижение взаимодействия между стареющей личностью и обществом, ведущее по мере старения к полному дистанцированию. В основе этой теории лежит принцип необходимого равновесия между продуктивным (молодым) и непродуктивным (пожилым) населением. В этой связи актуализируется межпоколенное отчуждение, согласно которому в процессе старения люди дистанцируются от молодого поколения, освобождаются от социальных ролей, связанных с трудовой деятельностью. В теории разъединения процесс отчуждения рассматривается как фатальная неизбежность и объективный процесс, когда люди старшего поколения уступают место молодым, способным более продуктивно трудиться. Эту теорию

еще называют «теорией освобождения», потому что старение якобы «освобождает» пожилого человека-пенсионера ото всех обязательств перед обществом.

2. *Теория эйджизма*, т.е. дискриминации, осуществляемой одними возрастными группами по отношению к другим, причем в наибольшей степени эйджизм затрагивает именно пожилых людей.
3. *Теория активности* выступает как альтернатива предыдущим и предполагает, что, вступая в старость, люди сохраняют те же потребности и желания, что и в среднем возрасте, и всячески сопротивляются любым намерениям, имеющим целью исключить их из общества. Согласно этой теории, общество вынуждает пожилых людей расстаться со своими привычными ролями, ощутить утрату смысла жизни и свою ненужность в обществе. Для сохранения их самооценки и самосознания им необходимо предоставить посильные для них другие виды деятельности. Исполнение пожилыми людьми новых социально значимых ролей сохраняет их психологическое равновесие.
4. *Теория субкультуры* (А. Роуз), согласно которой культура становится стержнем, объединяющим людей пожилого возраста, создает особую близость между ними и в то же время обособливает их от других возрастных групп. Причем автор теории утверждает, что культура пожилых особая, отличная от культуры всех других возрастных групп. Пожилые люди рассматриваются как носители специфической субкультуры, представляющей собой систему особых ценностей, норм и стереотипов. Оформление этой субкультуры зависит от следующих факторов: от ограничений коммуникаций и общественных связей с другими социальными группами и от принадлежности к одной возрастной группе. Возрастная субкультура позволяет пожилым людям адаптироваться к новым условиям, формировать новые связи и отношения, перестроить свои психологические установки. В практическом плане А. Роуз предлагал создание поселков, жилых домов, домов-интернатов для пенсионеров.
5. *Теория возрастной стратификации*. Общество разделено на возрастные страты. Каждое старшее поколение обладает уникальным опытом, который невозможно повторить, однако отдельные элементы этого опыта могут использовать последующие поколения.
6. *Психологические концепции* старения рассматривают развитие человека на всем протяжении жизненного пути в аспекте необратимых возрастных изменений личности и сопутствующих социально-психологических негативных проявлений старения организма.
7. *Теория интенциональности* (Ш.Бюлер). Согласно этой теории, человек проходит пять фаз своего развития. Последняя фаза жизни (65-70 лет) характеризуется тем, что люди перестают преследовать цели, которые ставили в юности.
8. *Эпигенетическая теория* (Э.Эриксон) рассматривает развитие личности на всем протяжении жизни. Только в старости, по мнению Э.Эрик-

сона, приходит настоящая зрелость, позволяющая человеку оценить предшествующий опыт и достижения. Этот полюс обозначен им как мудрость. На другом полюсе находятся старые люди, не реализовавшие себя, осознающие невозможность начать все сначала. Для социальной работы данная концепция полезна тем, что проблемы людей старшего поколения рассматриваются в ней как определяемый возрастом особый психосоциальный кризис и объясняются по аналогии с конфликтами и фрустрациями предшествующих возрастных периодов.

9. *Теория символического интеракционизма* (Дж.Мид). Положения теории построены на фундаменте идей из различных областей науки. Коммуникации рассматриваются как средства взаимоприспособления индивидов, являющегося важнейшим условием существования и развития общества. Для пожилого человека это приспособление: а) к представителям новых, молодых когорт; б) к «обобщенным другим», которые в данном случае выступают как изменившееся общество в целом; в) к самому состоянию старости, то есть к самому себе в новом качестве. С другой стороны, общество должно приспособиться к тому, что значительной его частью являются люди старших возрастов, что его демографическая структура приняла новый вид – «седого общества». Дж.Мида разработал трехфазную схему жизни человека, одним из этапов которой является старость. На первой стадии, еще задолго до наступления реальной старости, человек подспудно «примеряет» на себя образ старика, в общении с людьми старшего возраста, с бабушкой, бабушкой. На второй стадии, в непосредственно предпенсионном возрасте, человек осваивает правила поведения в сообществе пенсионеров – принимает моду, отказывается от прежней моды и привычек, усваивает принятые правила поведения стариков. На третьей стадии, собственно пенсионной, он использует приобретенное на второй стадии, обретает символы старости, адаптируется к новому отношению к себе со стороны окружающих. Важным моментом является своевременность вступления во вторую и третью стадию, при этом возможны преждевременность и опоздание. И в том, и в другом случае человек оказывается вне собственной возрастной группы, как бы застревает в переходе.

Среди теорий старения можно выделить относительно новое направление – *сосудистую (эндотелиально-тромбоцитарную) теорию*. Суть теории следующая: все ткани для жизнедеятельности нуждаются в постоянном поступлении кислорода и питательных веществ. Это обеспечивается нормальным функционированием сосудов и током по ним крови. Если сосуды сужаются или по ним не течет кровь, то клеткам не доставляется нужное количество кислорода и питательных веществ, и они погибают.

Сосуды подвержены постоянному воздействию болезнетворных факторов. Так, наиболее известное заболевание сосудов – атеросклероз. *Атеросклероз* – заболевание преимущественно крупных сосудов – нормальные клетки стенки сосудов (эндотелиальные клетки) замещаются на соединительную ткань

- склерозируют. Мелкие сосуды также подвержены склерозу, но оно развивается в результате воспаления – например, при гриппе или простуде, воспалении легких или инфекционном поражении почек – пиелонефрите. При всех этих состояниях повреждаются мелкие сосуды (капилляры), их стенка и прилежащие ткани в последующем склерозируются и питаемые этим сосудом несколько клеток гибнут. Со временем накапливаются очажки погибших и заменившихся соединительной тканью клеток, они – участки склероза – могут сливаться между собой, приводя к нарушению функций практически всех органов и тканей. Обусловленные таким процессом болезни известны как пневмосклероз с развитием эмфиземы легких, цирроз печени, кардиосклероз с развитием сердечной недостаточности, нефросклероз с развитием почечной недостаточности.

Особенностью организма является огромный запас прочности. Подсчитано, что клинически выраженные проявления склероза органа появляются тогда, когда 70-80% составляющих его клеток погибнет и заместиться соединительной тканью. Поэтому склероз – удел пожилых, людей, которые перенесли за свою жизнь множество инфекций, травм и т.д. Совокупность склерозированных участков в различных органах приводит к их функциональной недостаточности, причем недостаточность одного органа усугубляет недостаточность другого.

В настоящее время широким признанием пользуются два типа теорий старения: *генетическая* и *свободно-радикальная*, в рамках которых находят удовлетворительное объяснение некоторые особенности процесса старения и связанных с ним патологий. Однако есть явления, трудно объяснимые в рамках этих теорий: в частности, увеличение максимальной продолжительности жизни при умеренном голодании, благотворное действие активных форм кислорода на осуществление жизненных функций и т.д.

Биология преподносит немало удивительных примеров того, что некоторые живые существа практически не подвержены старению и если гибнут, то не по внутренним причинам, т. е. вследствие истощения жизненных возможностей организма. Известны деревья, продолжающие плодоносить в возрасте, превышающем несколько тысяч лет. У черепах, некоторых видов рыб и птиц 150-летний возраст - это не предел, причем животные и в этом возрасте часто не обнаруживают биологических признаков старения. Среди млекопитающих таких долгожителей нет. Если они не погибают от внешних причин до наступления старости, то умирают от болезней, связанных с дряхлостью. Но человек, как ни странно, может сравниться с самыми долгоживущими рыбами, рептилиями и птицами и по продолжительности жизни, и по способности сохранять высокую жизненную активность в самом преклонном возрасте.

Старость обычно ассоциируется с неизбежной деградацией физического и психического здоровья человека. Но в ряде исследований показано, что среди «глубоких стариков» немало тех, кто сохраняет хорошее здоровье, высокую работоспособность и творческую активность. Примерно половина долгожителей (лиц старше 90 лет) на Украине и в Абхазии по медицинским показателям - практически здоровые люди.

Все варианты «генетических» теорий старения проистекают из концепции А.Вейсмана о «разделении труда» между соматическими клетками и поло-

выми - носителями генетического материала. По Вейсману многообразие функций соматических клеток сводится в конечном итоге к обеспечению возможности сохранения генетического материала («бессмертной наследственной плазмы») в потомстве. Когда функция размножения выполнена, особи «не только теряют цену, но даже становятся вредными для вида, отнимая место у лучших». Поэтому, как считает Вейсман, в ходе естественного отбора на «полезность» преимущество получали виды с оптимальным соотношением между плодовитостью и продолжительностью жизни родителей, выполнивших свою функцию. Вейсман предположил, что максимальная продолжительность жизни детерминирована генетически в виде числа поколений соматических клеток многоклеточного организма.

Недавно стал известен молекулярный механизм, ограничивающий число делений фибробластов в культуре (число Хейфлика) – снижение в стареющих культурах активности теломеразы - одного из ферментов, обеспечивающих сохранение свойств ДНК в последовательных поколениях клеток. Число делений культивируемых фибробластов, в которые встроили ген этого фермента, увеличилось. Обнаружены гены, мутации в которых влияют на МПЖ у дрожжей, червя-нематоды, дрозофилы. Эти исследования породили надежды на омоложение с помощью «генной терапии».

Роль ненаследственных факторов акцентируется в группе теорий старения за счет изнашивания организма. В ходе жизнедеятельности в нем накапливаются токсические продукты обмена веществ, он постоянно подвержен действию вредных внешних факторов. Обезвреживающие механизмы, которые у молодых организмов еще устраняют повреждения, постепенно изнашиваются, и одряхление становится все более явным. Так, согласно *«свободно-радикальной теории старения»*, при действии на организм ионизирующей радиации или в результате неких «ошибок метаболизма», в цитоплазме появляются свободные радикалы (атомы или молекулы, имеющие неспаренный электрон на внешней орбитали)... высоко активные свободные радикалы могут атаковать и повреждать любые биомолекулы. Утверждается, что с возрастом свободные радикалы обезвреживаются все хуже и все активнее нарушают работу «молекулярных машин» клетки.

Однако, активные формы кислорода (АФК), столь опасные с позиции свободно-радикальной теории старения, организм вырабатывает целенаправленно. клетки обладают специализированными ферментативными системами для целенаправленной генерации АФК. У растений почти полное подавление митохондриального дыхания снижает потребление ими кислорода лишь на 5-30%, а у животных минимально поврежденные органы и ткани используют до 10-15% потребленного кислорода на продукцию АФК.

Наконец, совсем недавно было установлено, что все антитела, независимо от их специфичности и происхождения, способны активировать кислород и продуцировать перекись водорода. А это значит, что АФК участвуют в любой иммунной реакции организма, т.е. что защита организма от повреждающих факторов внешней среды, необходимая для длительной жизни, невозможна без участия свободных радикалов.

Интенсивность процессов с участием свободных радикалов в мозгу, намного превосходит ту, что характерна для других органов и тканей. А ведь мозг – это тот орган человека, который «стареет», как правило, в последнюю очередь (по крайней мере, у большинства долгожителей). Все это резко противоречит свободно-радикальной теории старения в том ее виде, в каком она пропагандируется в настоящее время.

Согласно основным положениям *свободно-радикальной теории старения*, постулированным А. Вейсманом, естественное старение отсутствует у одноклеточных организмов. Эволюционное противоречие между необходимостью специализации клеток и сохранением их бессмертия путем неограниченного деления привело к необходимости деления клеток на соматические, которым было позволено дифференцироваться и стареть, и бессмертные зародышевые или половые. Существование огромных и сложных многоклеточных организмов, содержащих многие триллионы соматических клеток, в сущности, направлено к тому, чтобы обеспечить бессмертие половых клеток. Взгляды Вейсмана нашли убедительное подтверждение в исследованиях Л. Хейфлика, установившего, что нормальные соматические клетки человека имеют ограниченный митотический потенциал и конечную продолжительность жизни. Естественное старение, как представляется очевидным, присуще и бесконечно делящимся клеткам, но, постоянно воспроизводя свою генетическую информацию и свои сравнительно несложные структуры, они умеют делать его незаметным. Старение же многоклеточного организма складывается из падения пролиферативного потенциала его стволовых клеток (исчерпанием их первоначального количества) и старения и смерти его полностью дифференцированных клеток.

В митохондриях (энергетических органеллах клетки) метаболизируется более 90% потребляемого аэробными клетками кислорода и образуется около 75% общего потока супероксидных радикалов в клетке. Митохондрии у видов с низкой продолжительностью жизни, например у комнатных мух, генерируют в 6 - 300 раз больше оксидантов, чем митохондрии млекопитающих. Сравнительное исследование в тканях сердечной мышцы у восьми видов млекопитающих, значительно различающихся по продолжительности жизни, обнаружило большее образование супероксидных радикалов субмитохондриальными частицами короткоживущих видов.

Существует обратная зависимость между интенсивностью обмена у животного и продолжительностью его жизни. Малая масса тела и высокий обмен веществ обуславливают небольшую продолжительность жизни.

Исключением из этого правила оказываются, например, приматы и птицы. Большая продолжительность жизни приматов связана с более высоким уровнем антиоксидантной защиты супероксиддисмутазой. Однако птицы живут почти вдвое дольше, чем млекопитающие того же размера. В то же время, у птиц не только гораздо более высокая интенсивность обмена, но и более низкий уровень антиоксидантов. Как выяснилось в результате независимых исследований, изолированные митохондрии мозга, печени и сердца голубя, потребляя в два – три раза больше кислорода, чем митохондрии крыс, генерируют только одну треть или половину перекиси водорода.

Воздействие оксидантов на белки ведёт к окислению сульфгидрильных групп, образованию окисленных производных аминокислот, перекрёстных связей между белками, фрагментации их на пептиды, реакции с альдегидами. В длительно сохраняющихся белках (коллагене, кристаллине) оксиданты в присутствии сахаров формируют производное пентазидин, продукт перекрёстных связей между аргинином лизином и сахарами.

Обнаруженный около 60 лет назад Мак Кей феномен удлинения жизни животных при ограничении калорийности питания до сих пор остаётся необъяснённым. Логично предположение, что он связан со снижением интенсивности обмена. Сравнительная оценка скорости генерации супероксидных радикалов и перекиси водорода митохондриями мозга, сердца и почки крыс, находящихся на нормальном питании и низкокалорийной диете подтвердила это предположение. В целом данный цикл исследований находится пока в начальной стадии и не может считаться завершённым. Аналогичная закономерность может быть прослежена и в отношении связи скорости старения с температурой тела, наиболее очевидная у пойкилотермных организмов, уровень обмена у которых легко изменяется с изменением температуры тела.

В этом контексте можно привести также данные о том, что у женщин, которые живут в среднем на 10 лет дольше, чем мужчины, уровень основного обмена на 6% ниже, чем у мужчин. Основные центры долгожительства человека расположены в горных областях. Содержание кислорода там меньше, чем на равнине.

Обратимся к другому важному для геронтологии наблюдению – продлению жизни животных при ограничении калорийности питания (ОКП). Так, снижение калорийности пищи до 40-50% от потребляемого при кормлении «досыта» увеличивает не только среднюю, но и максимальную продолжительность жизни мышей и крыс более, чем в 1,5 раза!. ОКП приводит к усилению иммунитета, снижению частоты раковых заболеваний, а в ряде случаев – к рассасыванию уже появившихся новообразований. У макак ОКП устраняет развитие диабета, гипертонии, атеросклероза. Долгое время рост продолжительности жизни при ОКП объясняли просто: при голодании снижается интенсивность обмена веществ, медленнее накапливаются эндогенные токсины, и длительность жизни растёт за счет снижения общей активности организма. Оказалось, однако, что двигательная, сексуальная и познавательная активность умеренно голодающих животных возрастает, а за все время жизни они потребляют больше кислорода и "сжигают" больше калорий, чем контрольные.

Описанные теории старения играют важную роль в организации социальной защиты пожилых людей, так как они интерпретируют и обобщают опыт, информацию и результаты наблюдений, помогают предвидеть будущее. Они нужны специалисту по социальной работе, прежде всего для того, чтобы организовать и упорядочить свои наблюдения, составить план действий и наметить их последовательность.

Выбор той или иной теории старения предполагает определенный характер и объем информации, которую будет собирать специалист, а также методы организации интервью с клиентом. Наконец, теория позволяет специалисту

«сохранить дистанцию», т.е. объективно оценить ситуацию, причины психологического дискомфорта клиента, а также реальные пути решения проблемы. Сознательно избранная теория – гарантия того, что социальный работник не попадет в плен собственных иллюзий, предрассудков и симпатий. Последовательно применяя ту или иную теорию или синтезируя несколько теоретических установок. Сотрудник социальной службы целенаправленно выполняет, возложенную на него линию – корректирует и стабилизирует социальное функционирование индивида, семьи, группы организаций. Именно этой социальной направленностью и отличается социальная работа от дружеского участия или родственного вмешательства.

Независимо от приверженности той или иной теоретической концепции, исследователи подчеркивают особенность, и даже обособленность этой социодемографической категории людей – геронтогруппы, которая во многом и определяет отношение к ним представителей других возрастных групп.

Тема 3. ПОЖИЛЫЕ КАК ОСОБАЯ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ГРУППА

По классификации ВОЗ, учитывающей нужды, потребности, биологические и социальные возможности человека, к пожилым относят людей в возрасте 60-74 лет, к старым – 75-89 лет, к долгожителям – от 90 и старше. Старение населения связано с увеличением средней продолжительности жизни, которое обусловлено улучшением материальных условий и достижениями медицины. Демография пожилых людей: удельный вес пожилых людей более высок в экономически развитых странах, крупных и крупнейших городах, в сельской местности. Половозрастная дифференциация пожилых. Внешняя и внутренняя среды человека, как основа старения: образ жизни, уровень жизни, воздействие факторов окружающей среды, условия труда, социальный статус, положение в семье, генетические и психологические особенности, вредные привычки. Нормальное (физиологическое) и преждевременное старение. Долгожительство.

В настоящее время в мире наблюдается **тенденция роста числа людей пожилого возраста**. Так, в России каждый 4 – 5 гражданин – пенсионер по возрасту. По прогнозам ООН, к 2015 г. численность людей старше 60 лет увеличится в 5 раз по сравнению с показателями 1950 г., тогда как население планеты увеличится только в 3 раза. В последнее время все уверенней говорят об индивидуальном - биологическом возрасте, противопоставляя его возрасту паспортному. Связано это с особенностями **старения** человека.

Старение – процесс закономерный, общебиологический, наблюдается во всем материальном мире. Многие законы старения общие и для физических объектов, и для биологических. Например, «усталость» развивается в узлах машин выполняющих постоянно одну и ту же нагрузку, а у человека быстро «накапливается» усталость если он занят однообразным трудом и гораздо менее, если труд его не монотонен. Было бы не правильно представлять процесс старения как простое накопление усталости, изнашиваемости и т.д. Биологическим

объектам, человеку свойственен процесс самовосстановления – на смену потерянным элементам и функциям приходят новые элементы.

Старение населения – наиболее характерное демографическое явление современной эпохи и обусловленное сложным комплексом факторов, включающих особенности воспроизводства населения, интенсивность и направленность миграции населения, санитарно-демографические последствия войн.

Старение можно представить себе как процесс необратимых структурных изменений в организме, сопровождающийся постепенным снижением функций человека, нарушающий адаптацию человека к окружающей его среде.

Современная демографическая ситуация характеризуется накоплением числа пожилых в обществе, хотя под этим термином объединяют различные категории людей. Некоторые понимают под этим термином тех, кто вышел на пенсию, некоторые – тех, кто достиг 60-летия, другие - 65-летия и т.д. Устоявшегося термина нет. Более принято деление на группу пожилого возраста (возраст от 61 до 75 лет), группу старческого возраста (от 76 до 90 лет) и группу долгожителей (старше 91 года).

Для информации: продолжительность жизни наиболее высокая в Японии (мужчины - 76, женщины - 81), самая низкая – в Индии (мужчины - 57, женщины - 58). В России – мужчины 64, женщины 74, снижается.

Между тем 15-16 тысяч лет назад редкий человек доживал до 17 лет; в Др. Риме люди жили в среднем 22 года, в провинциях – 35 лет; в Средневековой Англии продолжительность жизни колебалась от 17 до 33 лет и составляла в среднем 26-28 лет; в России до 19 века 50-60 % мальчиков не доживало до 10 лет, продолжительность жизни составляла 26-28 лет. Естественно, что говорить о «стариках» того времени нужно с поправкой на конкретные культурно-исторические условия.

В статистике и демографии для определения категории пожилых и старых людей используется термин «старше трудоспособного возраста». Журналисты называют старость «третьим возрастом». Поэты сравнивают ее с «осенью жизни». Китайцы называли возраст старше 60 лет желанным, т.к. до него мало кто доживал, но многие стремились; еще его называли возрастом обретения мудрости, к старикам часто приходили за советами в разрешении житейских проблем.

В последние десятилетия предлагались различные варианты возрастной классификации для позднего периода жизни человека. Четкого, однозначного понятия «*пожилой человек*» пока еще наукой не выработано. Активные дискуссии на этот счет среди ученых и специалистов продолжаются. Однако ясно, что речь идет о людях, проживших относительно долгую жизнь, вследствие чего данный человек испытывает определенные психофизические ограничения.

Физиологи выделяют три группы пожилых: «молодые старики» (60 – 64 г.); «средние старики» (65 – 74 г.); «старые старики» (свыше 74 лет). Начиная с 90 лет определяется особая категория пожилых граждан – долгожители.

Сачук Н.Н. приводит данные Европейского регионального бюро ВОЗ, согласно которым возраст от 60 до 74 лет рассматривается как пожилой, 75 лет и старше – старые люди, возраст 90 лет и старше – долгожители. Эксперты ВОЗ ссылаются на решение ООН от 1980 г., в котором возраст 60 лет рекомендуют

рассматривать как границу перехода в группу пожилых. В 1982 г. ВОЗ выбрала 65 лет как индикатор пожилого возраста и рекомендовала в группе лиц пожилого возраста выделять еще и группу – «престарелых» – людей 80 лет и старше.

Социальные геронтологи делят пожилых граждан на молодых стариков – 60-75 лет и пожилых стариков – старше 75 лет.

В связи с этим проблемы старения населения исследуется в рамках таких дисциплин, как социология, психология, философия, демография.

В рамках *геронтосоциологии* проводятся исследования на предмет уровня жизни людей пожилого и престарелого, возраста, выявляются проблемы социально-экономического характера. Эти исследования позволяют выявить основные проблемы, присущие этой категории людей и найти возможные пути их разрешения.

Психологами изучаются социально-психологические черты характера пожилых людей, уровень активности этой категории лиц, а также проблемы, связанные с повторной адаптацией.

Демографы обеспокоены проблемами депопуляции и старения населения.

Проблемы людей пожилого возраста являются также предметом изучения *геронтологии* как специальной области познания. Специалисты по социальной работе должны знать основы геронтологии и при обслуживании пожилого клиента учитывать социально-геронтологические, психологические, физиологические аспекты старения человека, позволяющие интерпретировать поведение пожилых людей с учетом их индивидуальности.

Выделяется также *пенсионный возраст*, границы которого устанавливаются государством. При определении пенсионного возраста исходят из возраста хронологического – количества прожитых лет.

Существует понятие *функционального* возраста, который отражает возрастную динамику физиологических функций, определяется генетическим компонентом, образом жизни, перенесенными заболеваниями, стрессовыми ситуациями, физической, психической и интеллектуальной активностью; *психологического* возраста – группа показателей, характеризующих возрастные изменения психики; *биологического* возраста – показатель уровня износа структуры и функций организма.

Авторы отмечают, что разграничения на периоды является условными, поскольку календарный (хронологический) и биологический, а также психологический возраст не всегда совпадают.

При рассмотрении различных типологий важно учитывать, что эти классификации всегда относительны, т.к. в реальной жизни «в чистом виде» психологические типы встречаются редко. Типология служит ориентировкой, базой для конкретной работы.

А. Толстых отличает, что в старости происходит изменение личности и картина измерений чрезмерно насыщена разнообразным набором качеств, которые редко встречаются в одном человеке. Поэтому существует необходимость рассмотрения различных типологий старости.

И. Кон приводит свою классификацию типов старости, в зависимости от характера деятельности, которой она заполнена:

- 1) первый тип – активная, творческая старость (люди расставались с профессиональным трудом и продолжали участвовать в общественной жизни, живут полноценной жизнью, не ощущая какой либо ущербности);
- 2) второй тип старости также отличается хорошей социальной и психологической приспособленностью, но энергия этих людей направлена главным образом на устройство собственной жизни – материальное благополучие, отдых, развлечение и самообразование, на что раньше не доставало времени;
- 3) третий тип, в котором преобладают женщины, находит главное приложение силы в семье (им некогда хандрить или скучать, но удовлетворенность жизнью у них обычно ниже, чем у представителей первых двух типов);
- 4) четвертый тип – люди, смыслом жизни для которых стала забота о здоровье, которая стимулирует достаточно разнообразные формы активности и дает определенное моральное удовлетворение (однако эти люди склонны преувеличивать значение своих действительных и мнимых болезней);

Все эти 4 типа старости И. Кон считает психологически благополучными и замечает, что есть и отрицательные типы развития. К таковым могут быть отнесены агрессивные старые ворчуны, недовольные состоянием агрессивного мира, критикующие всех кроме себя. Другой вариант негативного проявления старости – разочарование в себе и собственной жизни, одинокие и грустные неудачники. Они винят себя за действительные и мнимые упущенные возможности.

Психиатр Е. С. Авербух выделяет два крайних типа в собственном отношении к старости. Одни долго не чувствуют и даже не осознают свой возраст, поэтому в поведении «молодеют», подчас теряя в этом чувство меры; другие – как бы переоценивают свою старость, начинают чрезмерно беречь себя, раньше времени и больше чем это требуется, ограждают себя от жизненных волнений.

Другие отечественные психиатры условно выделяют три типа старости: «счастливая», «несчастливая» и психопатологическая. «Счастливая» старость характеризуется умиротворенностью, мудрой просветленностью мировосприятия и мировоззрения, созерцательностью, сдержанностью и самообладанием. Так называемая «несчастливая» старость обуславливается повышением уровня личной тревоги, тревожной мнимости по поводу своего физического здоровья. Характерны также склонность к частым сомнениям и опасениям по незначительному поводу, неуверенность в себе, в будущем, потеря прежнего и отсутствие иного смысла жизни, размышления о приближающейся смерти.

«Психологическая старость» проявляется возрастными органическими нарушениями психики, личности и поведения. Наблюдается снижение адаптационных возможностей психопатической личности с частым развитием разнообразных дезадаптационных реакций.

А.И. Анциферова, отечественный психолог, выделяет два типа, отличающихся друг от друга уровнем активности, стратегиями совладения с трудностями, отношением к миру и к себе, удовлетворенностью жизни.

Представители первого типа мужественно, без особых эмоциональных нарушений переживают уход на пенсию. У них отличается высокая активность, которая связана с позитивной установкой на будущее. Нередко эти люди воспринимают установку как освобождение от социальных ограничений, предписаний и стереотипов рабочего периода. Занятия новым делом установление дружеских контактов, сохранение способности контролировать свое окружение порождают удовлетворенность жизнью и увеличивают ее продолжительность.

У представителей второго типа развивается пассивное отношение к жизни, они отчуждаются от окружения, сужается круг их интересов и снижается показатели теста интеллекта. Они теряют уважение к себе и переживают тяжелое чувство ненужности. Такие люди тяжело переживают свой поздний возраст, не борются за себя, погружаются в прошлое и, будучи физически здоровыми, быстро дряхлеют.

Следует отметить, что все исследования и разработки в области изучения проблем людей пожилого и престарелого возраста носят междисциплинарный характер. Только при взаимодействии всех областей знания возможно более полное и глубокое изучение проблем пожилых людей.

В последние десятилетия предлагались различные варианты возрастной классификации для позднего периода жизни человека. Н.Н. Сачук приводит данные Европейского регионального бюро ВОЗ (1963), согласно которым возраст от 60 до 74 лет рассматривался как пожилой, 75 лет и старше – старые люди, возраст 90 лет и старше – долгожители, тогда как другие авторы различали людей старшего поколения, как «молодых пожилых» - 65-74 лет, старых – 75-84 лет и очень старых – 85 лет и старше.

Доклад Комитета экспертов ВОЗ ссылается на решение ООН от 1980 г., в котором возраст 60 лет рекомендуют рассматривать как границу перехода в группу пожилых. ВОЗ в 1982 г. выбрала 65 лет как индикатор пожилого возраста и рекомендовала в группе лиц пожилого возраста выделять еще и группу «престарелых» - людей 80 лет и старше. Более того, молодым государством считается то, где доля пожилых от 65 лет и старше составляет 4 %, старым – от 7 % и более.

Данные ООН позволяют проследить динамику демографических показателей старения населения планеты (таблица). В 1955 г. число пожилых людей 65 лет и старше во всех странах составляло 143 млн. чел. (5,2 %), в 1975 г. - 232 млн. (5,7 %), в 1990 г. – 328 млн. чел. (6,2 %), в 2005 г. 475 млн. (7,1 %). К 2025 г. прогнозируется их увеличение числа до 822 млн., что составит 9,7 % всего населения Земли.

Согласно докладу Комитета экспертов ВОЗ, к 2025 г. в развивающихся странах будут жить двое из каждых трех лиц пожилого возраста, тогда как в 1960 г. этот показатель составлял 50 %. Наиболее значительным рост численности пожилого населения прогнозируется в Азии, так как ожидается резкое увеличение числа лиц пожилого возраста в Китае и Индии, к 2025 г. в этих странах

число лиц пожилого возраста возрастет на 270 млн. Экспертами выявлена тенденция более быстрого роста численности пожилого населения, нежели темпов роста населения в целом. Так, между 1980 и 2025 гг. численность населения развивающихся стран увеличится по прогнозам на 95 %, в то время как пожилого возраста – на 240 %.

Одной из наиболее характерных черт глобального старения населения планеты является выраженный рост людей 75 лет и старше в популяции пожилых людей. Эксперты Комитета ВОЗ отмечают, что «проблема состоит не только в том, что увеличивается численность населения, но и в том, что отмечается его дальнейшее «постарение», поскольку растет число людей, живущих дольше. Группа «престарелых» создает дополнительные трудности для служб здравоохранения и социального обеспечения». По данным американских демографов, к 2025 г. 34 % всей группы пожилых людей страны составят лица в возрасте 75-84 года, при этом 11 % будут старые люди 85 лет и старше. Быстрый рост популяции престарелых привлекает специальное внимание к этой возрастной группе, так как заболеваемость, ограничение доходов и уменьшающаяся социальная поддержка определяют место этой популяции в группе риска. Согласно другим авторам, с 1900 г. в США также растет число престарелых 80 лет и старше в группе лиц старше 65 лет составляло 4 %, в 1980 г. – 9 %, в период 1980-2030 гг. процент популяции престарелых увеличится до 13 %.

По мнению европейских экспертов, число пожилых людей старше 80 лет в Европе будет возрастать в течение следующих 25-30 лет. Предполагается, что 6% из 35,2 % всей популяции пожилых людей в Европе к 2030 г. составят лица старше 80 лет.

Другим важным проявлением глобального процесса старения населения планеты, по мнению специалистов, является рост числа женщин в популяции пожилых и старых людей по мере старения населения. Отмечается, что женщины более чем мужчины доживают до старческого возраста. Так, в США в 1955 г. соотношение женщины/мужчины для пожилых людей старше 65 лет составляло 115:100, в 1985 г. соотношение было уже 138:100. Это важно учитывать, так как женщины чаще пользуются всеми видами медицинских услуг, включая помощь на дому.

Другой важный аспект роста численности пожилых и старых женщин в популяции лиц старше 65 лет – увеличение количества вдов. По данным Рюг-Шо Р.А., в 1994 г. пожилые мужчины в США были вдвое чаще в браке, чем женщины: 77 % мужчин и 43 % женщин. При этом половина всех пожилых женщин в 1994 г. остались вдовами. Это пятикратно превышает число вдовцов – 8,5 млн. женщин и 1,7 млн. мужчин.

В любом случае, старость, пожилой возраст – это особый период в жизни человека, у которого есть свои специфические характеристики.

Пожилые люди не представляют собой некую однородную, безликую массу, хотя имеются и общие для большей части пожилых черты. Давайте попробуем создать образ пожилого человека.

Согласно статистике, обычный российский пожилой человек – это, скорее всего, женщина в возрасте за 60 лет, пенсионерка с небольшой пенсией, проживающая в сельской местности.

Среди пожилых людей выделяются также самые разные другие *группы*: относительно здоровые, бодрые, физически здоровые; больные или имеющие инвалидность; живущие в семьях или одинокие; довольные уходом на пенсию или недовольные; еще работающие, но тяготящиеся работой; несчастные, отчаявшиеся в жизни; малоподвижные домоседы; проводящие интенсивно, разнообразно свой досуг (ходят в гости, посещают клубы и т. Д.), выходцы из самых разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы.

Рассматриваемые группы пожилых людей представлены в соответствующих стереотипах старости:

позитивный стереотип – в его основе лежат ценность жизненного опыта и мудрости старых людей, потребность в уважении к ним и соответствующей опеке;

негативный стереотип – на старого человека смотрят как на ненужного, лишнего, бесполезного, «нахлебника», а его опыт расценивают как устаревший и неприменимый в настоящий момент.

Таким образом, можно говорить о многообразии представлений современных исследователей о старости, старении населения и пожилых гражданах как особой категории населения.

Тема 4. СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА

Утрата прежних социальных ролей: значимости как работника (уход на пенсию); статуса (авторитета) начальника; пожилые перестают быть детьми (хоронят родителей); теряют родительские позиции (их дети встают на ноги и заводят собственные семьи); изменяется сексуальная роль; утрачиваются физические кондиции. Снижение психического тонуса (способность психического реагирования на информацию). Появление свободного времени. Выход из прежних общественных отношений. Занятость. Стратегические знания, опыт, сохранение традиций.

Структурная перестройка общества неизмеримо усилила проблемы пожилого населения страны, что напрямую сказалось на сокращении продолжительности жизни и основных характеристиках социального положения пожилых людей в России.

«В каком возрасте сейчас начинается старость?» — такой вопрос задавался летом 2005 года россиянам в ходе исследования, проводимого Левада-центром.

Число включенных в выборку лиц, чей возраст составлял 55 лет и более, достигло почти 470 человек, пропорционально их доле во взрослом населении страны (29%). Эта возрастная группа самая многочисленная, потому в общих результатах опроса общественного мнения ответы ее представителей сильнее, чем ответы людей иных возрастных групп, окрашивают вычисляемый средний результат.

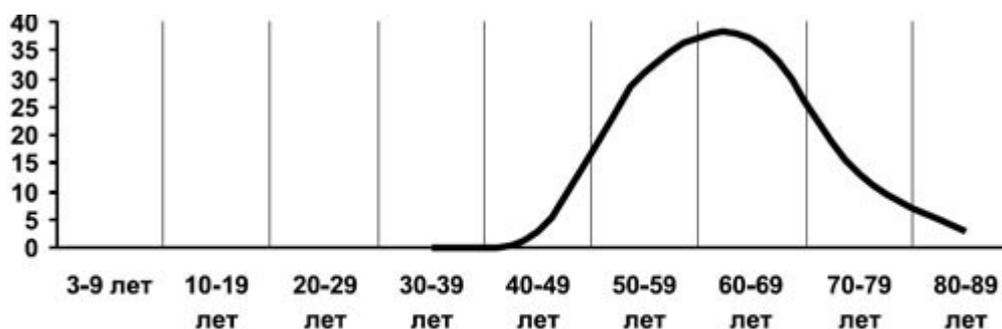


Рисунок 4. В каком возрасте начинается старость?

Среднее по всем ответам значение возраста «начала старости» — 58 лет. Рисунок 4 показывает распределение мнений всех жителей страны по этому вопросу.

Но нам интереснее не мнение большинства, а позиции «экстремистов», тех, кто призывает записывать людей в старики либо необычно рано — до 50 лет, либо необычно поздно — после 65. Сторонников таких необычных взглядов набирается около трети в каждом поколении. Соотношение между количеством сторонников обеих крайностей в заостренной форме показывает, так сказать, направление вектора общественного мнения в каждом из поколений (см. рисунок 5).

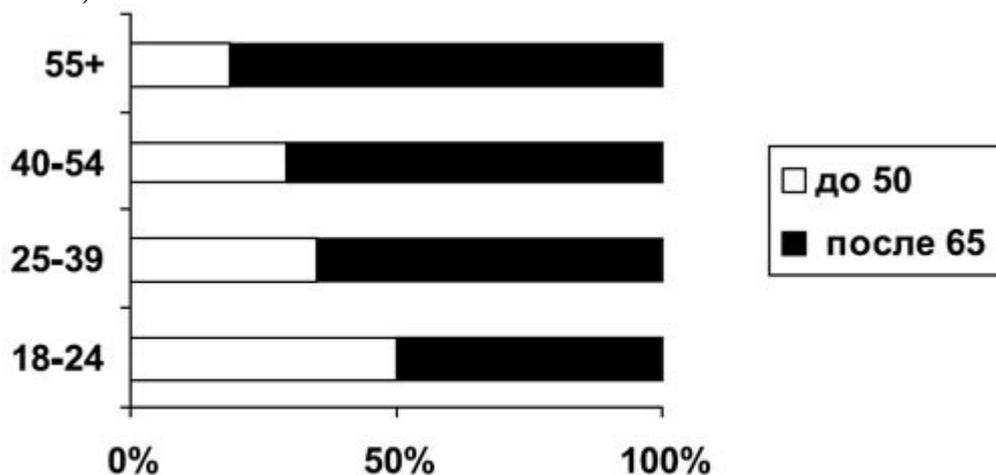


Рисунок 5.

Когда начинается старость — ранее 50 или позднее 65 лет?

Рисунок 6 показывает, что думают лица старшего возраста о начале старости. Небольшая зона пересечения диаграмм означает, что где-то между 40 и 55 годами для некоторых старость уже наступила, но жизнь еще казалась прекрасной. Но в глазах абсолютного большинства россиян старость — отнюдь не лучший возраст, и лучший возраст — отнюдь не старость.

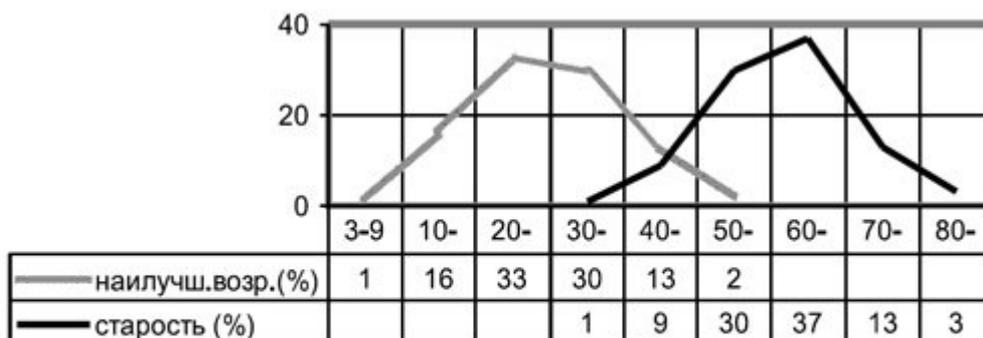


Рисунок 6. Представления о лучшем возрасте и старости респондентов в возрасте 55 лет и старше

А теперь рассмотрим представления людей в возрасте 18–25 лет. Как видим, в их сознании «лучшие годы» и годы старости вообще не пересекаются: кончаются лучшие годы, и начинается старость.

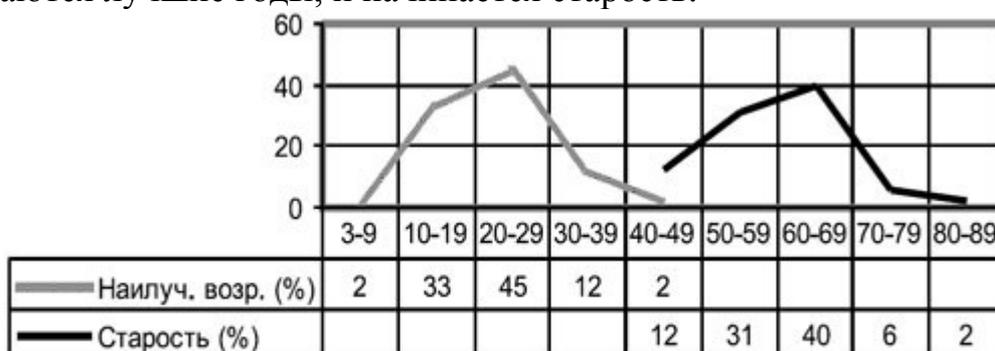


Рисунок 7. Представления молодых (18–24 года) о лучшем возрасте и о старости

Констатируем еще раз: в сознании наших сограждан, увы, нет места для идеи старости как «хорошего возраста».

Появление свободного времени (позитивные стороны – достаточно времени для полноценного сна, регулярного питания, прогулок на свежем воздухе, занятий физическими упражнениями, путешествий, интересного досуга, общения; негативные стороны – бездеятельный образ жизни, пассивность, психическая угнетенность, апатия, скука).

Выход из прежних общественных отношений ведет к сужению сферы общения и отрицательно сказывается на процессе адаптации, при этом дает возможность приобретения новых друзей, общения со старыми друзьями и родственниками, заняться наставничеством, общественной деятельностью.

Занятость (нахождение другой работы после выхода на пенсию или жизнь для супруга, детей, внуков) – возможность поддержать активность и приостановить сокращение социальных связей. Незанятость влечет за собой ухудшение материального положения, разобществление (систематическое уменьшение постоянных социальных контактов), падение социального престижа, сужение круга интересов, спад коммуникабельности, чувство ненужности. Стратегические знания, опыт, сохранение традиций.

Физиологические изменения настроения приводят к *психическим нарушениям* – эмоциональной подавленности, депрессивным и ипохондрическим состояниям, раздражительности, обидчивости и т.п. Психические расстройства

престарелого возраста имеют комплекс причин, связанных с психосоматикой, органическими расстройствами, биологическими и социальными факторами.

Психические проблемы возникают при разрыве привычного образа жизни и общения в связи с выходом на пенсию, при наступлении одиночества в результате потери супруга, при заострении характерологических особенностей в результате развития склеротического процесса. Все это ведет к возникновению эмоционально-волевых расстройств, развитию депрессии, изменениям поведения. Снижение жизненного тонуса, лежащего в основе всевозможных недугов, в значительной степени объясняется психологическим фактором - пессимистической оценкой будущего, бесперспективным существованием. При этом, чем глубже самоанализ, тем сложнее и болезненнее психическая перестройка.

К *социально-психологическим чертам пожилых людей* часто относят такие, как традиционность и даже консерватизм в убеждениях и поведении, сужение круга интересов, что усиливает привязанность к прошлому, часто приводит к воспоминаниям. Старики живут без определенного интереса, так как отказываются от надежды осуществить ранее лелеянные им мечты. Им кажется, что из всего, что им могло встретиться, общее, существенное они уже знают. Но, живя воспоминаниями, они постепенно теряют способность удерживать в памяти частности данного момента, например, имена.

При соответствующем отношении к пожилым людям со стороны государства, общественных и других объединений, и. организаций, общества и целом их жизнь может быть достаточно полноценной.

Ритм старения существенно зависит от *образа жизни* пожилых людей (как правило, пенсионеров), их положения в семье, уровня жизни, условий труда, социальных и психологических факторов.

Для того чтобы работать с пожилыми, нужно знать их социальное положение (в прошлом и настоящем), особенности психики, материальные и духовные потребности, и в этой работе опираться на науку, данные социологических, социально-психологических, социально-экономических и других видов исследований.

Переход человека в группу пожилых в существенной мере изменяет его *взаимоотношения с обществом* и такие *ценностно-нормативные понятия*, как цель и смысл жизни, добро и счастье и т.д. Значительно меняется образ жизни людей. Прежде они были связаны с обществом, производством, общественной деятельностью. Как пенсионеры (по возрасту) они, как правило, утрачивают постоянную связь с производством. Однако как члены общества остаются включенными в определенные виды деятельности в различных сферах общественной жизни.

Выход на пенсию особенно тяжело воспринимают люди, чья трудовая деятельность высоко ценилась в прошлом, а сейчас (к примеру, в современных российских условиях) признается ненужной, бесполезной. Практика показывает, что разрыв с трудовой деятельностью (а ныне это касается и многочисленной армии безработных) отрицательно отражается на состоянии здоровья, жизненном тонусе, психике людей. И это естественно, поскольку труд (посильный,

конечно) является источником долголетия, одним, из важнейших условий сохранения хорошего здоровья

Образ жизни и социальное положение пожилых людей во многом определяется тем, как они проводят *свободное время*, какие возможности для этого создаст общество. Активно занимаясь общественной деятельностью, пожилые люди делают свою жизнь более полноценной. В этом смысле полезно привлекать людей старшего поколения к работе различных обществ, к организации встреч, передач по радио и телевидению специально для пожилых людей, к работе с детьми и молодежью и т. д.

Практика социальной работы в зарубежных странах показывает, что в жизни пожилых людей (во всяком случае, значительной их части) большое значение имеет *религия*. Причины здесь могут быть разные. Во-первых, во многих странах значительная часть населения является верующей. Во-вторых, пожилые люди заканчивают жизнь, и перед ними встает вопрос: что же будет дальше, после смерти? В-третьих, для многих пожилых людей (в большинстве стран) религия выступает своеобразной основой устойчивого состояния. Это чрезвычайно важно в кризисные периоды развития общества. И это необходимо учитывать в работе с пожилыми людьми.

Повышенная социальная уязвимость пожилых граждан связана также и с *экономическими факторами*: небольшими размерами получаемых пенсий, низкой возможностью трудоустройства как на предприятиях, так и в получении работы на дому.

Проблема незанятости пожилого населения коренным образом отражается на их социально-экономическом положении. Следствие кризиса трудоустройства, преждевременного устранения старшего поколения из сферы общественно-полезной деятельности – маргинализация людей преклонного возраста, которая часто связана с сопутствующими уменьшению продолжительности жизни болезнями, независимостью вести независимый образ жизни, бедностью, невозможностью оплатить надлежащий уход и квалифицированную медицинскую помощь.

Сегодня, в период реформирования нашей экономики, лица пенсионного возраста принадлежат к категории едва ли не самых бедных. По имеющимся оценкам, средняя пенсия пожилых россиян за последние годы составляла 35% – 38% от средней заработной платы; дополнительные доходы пенсионеров увеличивали среднюю пенсию максимум на 20%. Среднедушевые доходы домохозяйств пенсионеров превышали величину прожиточного минимума на 1/5. Рост цен на продукты питания и непродовольственные товары привел к ухудшению рациона питания, уменьшению расходов на социально-культурные нужды и, в конечном итоге, сказался на состоянии здоровья и продолжительности жизни после наступления пенсионного возраста.

Потеря своего социального статуса, активной жизни тяжело переносится пожилым человеком. И для компенсации этого главную роль должна играть семья. Однако, нередко приходится говорить о том, что именно взаимоотношения стариков с членами семьи негативно влияют на самочувствие и жизнедеятельность старшего поколения.

Важной социальной проблемой пожилых людей является постепенное разрушение традиционных семейных устоев, что привело к тому, что старшее поколение не занимает почетное главенствующее положение. Очень часто пожилые люди вообще живут отдельно от семей и поэтому им бывает не под силу справляться со своими недомоганиями и одиночеством, и если раньше основная ответственность за пожилых лежала на семье, то сейчас ее все чаще берут на себя государственные и местные органы, учреждения социальной защиты.

В условиях нашей страны, когда средняя продолжительность жизни женщин примерно на 12 лет больше, чем у мужчин, пожилая семья, чаще всего заканчивается *женским одиночеством*.

Пожилые люди, свободные от повседневного труда на производстве, чаще всего занимаются *воспитанием внуков* (в тех семьях, где они имеются). Они передают им все лучшее, что накоплено ими в течение долгой жизни. Но это только часть жизнедеятельности пожилых людей.

В современной семье бабушка и дедушка принимают на себя существенную часть забот со среднего поколения. Однако разгрузка среднего поколения за счет старшего не является основной необходимостью. В действительности интересы и потребности стареющих людей отнюдь не ограничиваются семьей, детьми, внуками. Снимая с детей нагрузку по дому, пожилые жертвуют здоровьем, досугом, отдыхом, общением и другими важными для них ценностями.

Самочувствие пожилых людей также во многом определяется сложившейся в семье *атмосферой* – доброжелательной или недоброжелательной, нормальной или ненормальной, тем, как распределяются права и обязанности в семье между дедушками (бабушками), их детьми и внуками.

Особенность пожилого клиента заключается также в том, что он чаще других выступает как объект насилия (плохой уход, физическое, психологическое, моральное насилие) со стороны социального окружения, однако это не значит, что пожилым не свойственны проблемы, связанные с одиночеством, кризисом семейных отношений, злоупотреблением алкоголем, депрессией и психической неуравновешенностью.

Слабость к алкоголю у пожилых лиц обусловлена тем, что ограничения, связанные с работой, заботой о семье, важностью мнения о себе, окружающих, для пожилых людей сняты. При этом у пожилых людей существует определенная мифология, вызванная психологическими установками. Среди них: «алкоголь улучшает пищеварение», «алкоголь помогает уснуть», «алкоголь помогает не чувствовать одиночество» и т.д., что наряду с другими факторами, также приводит к алкоголизации.

Вместе с тем наблюдаются обратные реакции. Алкоголь приводит к гипотремии, ухудшает память, вызывает депрессии, может ухудшить работу пищеварительного тракта. Особо опасным является употребление алкоголя совместно с лекарственными препаратами.

Проблема одиночества выступает как социальная и психологическая проблема перед людьми пожилого возраста. С одной стороны, наблюдается сужение контактов, связанное с выходом на пенсию, обретением детьми самостоятельности, а в дальнейшем – с естественным уходом из жизни друзей и

родственников. С другой стороны человеку необходимо преодолеть три под-кризиса. Они связаны с переоценкой «Я-концепции», из которой исчезает ее главная составляющая «Я-профессиональное», а также с осознанием старения тела и ухудшения здоровья, продолжением «самоозабоченности» и восприятием смерти как финального этапа жизни.

Тема 5. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Критерии геронтологической нормы органов и систем человека. Основные болезни старости. Способность (неспособность) к нормальной жизнедеятельности (самообслуживанию). Инвалидность. Потеря самостоятельности, зависимость от окружающих. Рост затрат на лечение, необходимость реабилитации, протезирования. Государственная политика в сфере охраны здоровья пожилых. Влияние общества на здоровье пожилых. Гериатрическая медицина.

Средняя продолжительность жизни – величина переменная, свидетельствующая об усилиях государства и общества, направленных на предотвращение смертности и укрепление здоровья населения. Средняя продолжительность жизни является обобщенным критерием, определяющим как присущие людям биологические закономерности старения и смерти, так и влияние социальных факторов: уровня и образа жизни, состояния здравоохранения, достижений науки.

Здоровье пожилых людей – важнейший показатель их благополучия имеет ряд отличительных особенностей. Число практически здоровых людей пенсионного возраста, как правило, не превышает 2%. В первую очередь речь идет о постепенном снижении адаптационных, защитных, функциональных, компенсаторных возможностей организма, а также о прогрессивном увеличении с возрастом патологической пораженности различных органов и систем.

Физиологические аспекты старости связаны с ослаблением ряда функций. Происходит ухудшение слуха, зрения, органов, чувств. Пропадает подвижность, деятельная активность. Могут наблюдаться процессы обеднения эмоциональной жизни, сужение коммуникативных связей, что может привести к деградации человека.

Тенденция увеличения популяции пожилых и старых людей и особенно группы 80-летних и старше сохранится и в XXI веке. Это влечет за собой увеличение потребностей в медико-социальной помощи и услугах, а также явится вызовом для экономики социально ориентированных государств.

При всем многообразии потребностей пожилых и старых людей в медицинской и социальной помощи, большинство исследователей выделяют потребности в долговременных видах помощи (помощь на дому, в общине, в домах по уходу), потребности в кратковременных видах помощи (госпитали, реабилитация), а также в уходе.

По данным исследований группы пожилых (средний возраст – 62 года, женщин – 57%, мужчин – 43%) выявлялись следующие виды потребностей:

- 1) потребности в услугах – физиотерапия, трудотерапия, уход, психотерапия, коррекция поведения, одевание, помощь при приеме пищи,

социальные контакты, гигиена, речевая, слуховая терапия, транспортные услуги, медсестринский патронаж;

- 2) помощь в адаптации – очки, инвалидные коляски, хо-дунки, поручни, трости, слуховые аппараты, перемещение, необходимое число помощников для перемещения, приспособления для приема пищи;
- 3) потребность в обучении навыкам адаптации – общение, одевание, раздевание, пользование туалетом, употребление пищи, гигиена и уход за собой, прогулки, компенсация зрительных и слуховых нарушений;
- 4) забота о здоровье – визит к лечащему врачу, визит к другим специалистам, осмотры медсестер, диета (38).

С возрастом доля старых людей, нуждающихся в помощи, быстро возрастает. Отмечается, что около 50 % 85-летних и старше людей нуждаются в персональной помощи. К 2000 г. потребность в долговременной помощи для лиц 85 лет и старше, как группы наибольшего риска, увеличится вдвое. По данным зарубежных авторов, до 20 % пожилых людей имеют различные функциональные нарушения, они нуждаются в базовой поддержке их повседневной деятельности. При этом большинство из них – 70 % – живут дома, в общине, получая помощь на дому. Менее чем 10 % пожилых и старых людей с функциональными нарушениями получают услуги от формального сектора, при этом около 75% пожилых, проживающих дома, нуждаются в помощи семьи и друзей, т. е. неформального сектора. Более 80 % агентств помощи пожилым отмечали следующие типы потребностей их пожилых пациентов: специфические медицинские проблемы и медицинская помощь; потребность в медицинском оборудовании; психические проблемы; проблемы оплаты услуг; необходимость социальной поддержки. Оценка потребностей пожилого пациента есть систематический процесс сбора информации о подопечном, способный увеличить точность диагноза и лечебного плана.

Виды ухода, которые требуются пожилым с различными ограничениями дееспособности, имеют следующую иерархию: медицинская помощь – хирургические манипуляции, лекарственные препараты, приспособления для ухода, уход за полостью рта, физиотерапия, мануальная терапия. Персональный уход включает удовлетворение физических нужд в повседневной деятельности; работа по дому – приготовление пищи, уборка, поддержание порядка; социальная поддержка – помощь в общении с административными работниками, посетителями, дружеское общение; наблюдение – уменьшение риска для наиболее уязвимых людей. При наличии функциональных нарушений и хронических заболеваний пожилые люди нуждаются также в реабилитации для сохранения их независимости и способности к самопомощи.

Российские исследователи отмечают, что во многих регионах страны пожилые люди предоставлены сами себе, что сравнимо с экспериментом на выживаемость. В первую очередь это относится к одиноким пожилым людям, которые рассчитывают в основном на помощь государства. Лишь 18,9 % заболевших имеют возможность обратиться к врачу.

Потребности пожилых в оказании им медицинской помощи на 50 % выше, чем у населения среднего возраста. Лица старше 60 лет, получающие по-

мощь на дому, составляют 50 % всех, кто охвачен этим видом помощи. Постоянная помощь социальных работников требовалась 2,5 % лиц старше 60 лет, это были либо одинокие, либо семейные люди, не рассчитывающие на помощь родственников. Каждый пятый пожилой хотел, чтобы ему во время болезни доставлялись на дом продукты питания и лекарства и была бы помощь по уходу. В целом по России около 1,5 млн. граждан старших возрастов нуждаются в постоянной посторонней помощи и социальных услугах.

При исследовании потребности пожилых людей в госпитальной помощи было выявлено, что 16 % требовали пребывания в многопрофильной больнице, в 15 % случаев можно было обойтись больницей местного уровня или стационаром на дому, в 11 % – требовалось пребывание в пансионате, в 9 – помещение в стационар сестринского ухода. В возрастной группе 60–69 лет в госпитализации в реабилитационные отделения длительного пребывания нуждаются 10,6 % пожилых, в возрасте 70 лет и старше – 25,9 %. Потребность в госпитализации для интенсивного кратковременного лечения составляет в группе лиц 60–69 лет – 16,0 %, в группе 70 лет и старше – 23,1 %. В активном наблюдении в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений нуждаются соответственно 34,0 и 41,2% больных. По данным исследователей, уровень госпитализации отставал в группе обследованных пожилых от потребностей в два раза; в целом потребность в госпитализации составляла 28 %.

Таким образом, высокая потребность контингентов пожилых в медико-социальной помощи превышает ресурсные возможности здравоохранения и поэтому предполагает участие всех заинтересованных министерств, ведомств, систем здравоохранения и социального обеспечения, общества Красного Креста, общественных, благотворительных и религиозных организаций.

Подводя итоги описанию потребностей пожилых в медико-социальной помощи, можно сделать следующие выводы:

- 1) рост популяции пожилых и старых людей приводит к увеличению потребности в медико-социальной помощи и услугах;
- 2) пожилые и старые люди нуждаются в долгосрочных, кратковременных видах помощи, а также в уходе, потребность в тех или иных видах помощи увеличивается с возрастом;
- 3) по данным отечественных исследователей высокая потребность пожилых и старых людей в медико-социальной помощи превышает возможности ресурсов здравоохранения, что является предпосылкой для более тесного сотрудничества всех заинтересованных служб и организаций;
- 4) систематическая оценка потребностей пожилых и старых людей в медицинской и социальной помощи увеличивает точность диагноза и лечебных планов.

Тема 6. БОЛЕЗНИ ПОЖИЛЫХ

Атеросклероз – этиология, симптомы, факторы риска управляемые и неуправляемые. Осложнения атеросклероза. Ишемическая (коронарная) болезнь сердца. Атеросклероз аорты. Атеросклероз артерий головного мозга

(расстройства мозгового кровообращения, ишемический и геморрагический инсульты). Атеросклероз периферических артерий. Профилактика атеросклероза. Гипертоническая болезнь, кардиосклероз, сахарный диабет, болезни глаз, новообразования, психические расстройства. Меры их профилактики.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

Артериальная гипертония у пожилых нередко отличается по своим характеристикам от таковой в более молодом возрасте. Она может сопровождать человека со средних лет, а может появиться уже в пожилом возрасте. Гипертония может быть осложнением другого заболевания, чаще всего пиелонефрита. Артериальная гипертония наблюдается у всех больных с хронической почечной недостаточностью.

Причины развития артериальной гипертонии до конца не ясны. Большое значение имеет злоупотребление солью – люди, склонные досаливать пищу существенно чаще болеют гипертонией. Однако часть людей не чувствительна к солевой нагрузке. Гипертонии способствует сидячий образ жизни, отсутствие физических нагрузок, постоянное состояние повышенной эмоциональности (особенно – подавление внутренних эмоций, отсутствие разрядки, смены обстановки и рода деятельности).

Нормальное артериальное давление – до 140\90 мм рт.ст. Давление подвержено колебаниям, связанным с физической нагрузкой, волнением, переживаниями. Поэтому артериальное давление измеряют утром, либо у лежащего в постели, либо у сидящего около стола пациента. Перед измерением давления необходимо дать человеку успокоиться не менее, чем в течение 10 минут. Измерять АД нужно дважды с промежутком между измерениями в 10 минут. Только тогда можно быть уверенным, что давление измерено правильно.

Если диагноз артериальной гипертонии ранее не был установлен, то нужно провести измерения АД в течение 3-х дней. Если при большинстве измерений оно будет превышать норму, то можно говорить о гипертонии. О гипертонии говорят и в том случае, если у человека произошел гипертонический криз – повышение артериального давления, сопровождающееся головной болью, дрожью в теле, болями в области сердца, головокружением, тошнотой и т.д.

Человек может быть привычен к высокому артериальному давлению. Иногда приходится встречаться с пациентами, хорошо чувствующими себя при давлении 190-200\100-120 мм рт.ст. Даже появился термин – рабочее давление. Такие пациенты хуже чувствуют себя при снижении давления, их работоспособность оптимальна при повышенном его уровне. Однако, доказано в специальных, тщательно выполненных исследованиях, что риск смерти от сосудистых катастроф – инфаркта миокарда, инсульта, у таких пациентов во много раз выше, чем у людей с нормальным давлением, у них быстрее и чаще развивается сердечная недостаточность.

У пожилых нередко можно выявить так называемую «склеротическую гипертонию». Артериальное давление поддерживается силой сокращения сердца (систолой), выталкивающего кровь в аорту (систолическое, верхнее давление). В этот момент аорта растягивается. Когда сердце расслабляется (диастола),

клапан в аорте закрывается и аорта начинает сжиматься, поддерживая тем самым диастолическое (нижнее) давление. Более того, аорта сокращается не просто за счет своей эластичности, но и с помощью находящихся в ее стенке мышц; волна этих сокращений перемещается к мелким артериям, формируя дополнительный движитель крови – периферическое сердце. Если аорта и артерии сильно повреждены атеросклерозом то они теряют эластичность – возможность растягиваться во время кровенаполнения в систолу и сжиматься, поддерживая давление в диастоле. В таком случае при измерении давления фиксируется очень большой разброс между систолическим и диастолическим давлением, например 200\70 мм рт.ст.

Одно время считалось, что такая ситуация носит приспособительный характер – выпадение «баллонной» («реверсной») функции аорты компенсируется повышением систолического давления, чтобы поддержать объем крови, протекающий через ткани. Однако в многочисленных исследованиях показано, что высокое систолическое давление представляет опасность с точки зрения развития инсульта и инфаркта миокарда, способствует появлению и прогрессированию сердечной недостаточности. Поэтому необходимо стремиться к его снижению. Одновременно при лечении склеротической гипертонии диастолическое давление редко снижается.

Лечение артериальной гипертонии должно быть постоянным. Нельзя лечить гипертонию от случая к случаю, когда повышается давление. Обязательным элементом лечения должно быть снижение потребления поваренной соли до 2-3 г в сутки. Нередко применяют рисово-компотную диету, когда пациент в течение суток ест исключительно плов с сухофруктами.

Из препаратов чаще всего используются ингибиторы АПФ (например, каптоприл, моноприл, престариум, лозиноприл, эналаприл), в-блокаторы (например, анаприлин, атенолол, бетаксалол), блокаторы кальциевых каналов (например, норваск, верапамил, нефедипин), диуретики (например, арифон, гипотиазид, фуросемид, верошпирон), а-блокаторы (например, тонокардин). Нередко два препарата сочетаются в одной таблетке – каптоприл и гипотиазид (капозид), престариум и арифон (нолипрел). Такие препараты более удобны для приема, оба входящих в их состав ингредиента усиливают действие друг друга.

Препараты назначаются в дозе, которая обеспечивает снижение артериального давления до нормальных цифр. Давление измеряется ежедневно, желательно ведение дневника давления. В последнее время получает все большее распространение суточное мониторирование давления, с помощью этого метода измеряются суточные колебания давления и можно подобрать более адекватное, индивидуализированное время приема гипотензивных лекарств.

После достижения стойко нормальных цифр артериального давления можно осторожно уменьшить дозу препарата, постоянно, ежедневно контролируя уровень давления. Отменять гипотензивные препараты совсем не целесообразно.

Стенокардия – очень четко очерченный клинический синдром: боли за грудиной, обычно сжимающего, давящего характера, четко связаны с нагрузкой или выходом на холод, продолжаются не более 10-15 минут, а при приеме нит-

роглицерина – около 5 минут. Боли эти отдают (иррадируют) в левую руку, лопатку редко, лишь у трети больных. Боль возникает из-за недостаточного поступления кислорода к сердечной мышце при повышении потребности в нем. При физической нагрузке сердце бьется быстрее, поэтому ему нужно больше увеличить объем притекающей к нему по коронарным (сердечным) артериям крови, несущей кислород. Если эти артерии сужены за счет атеросклероза (бляшки, выступающей в просвет сосуда), то резервы увеличения кровотока быстро исчерпываются и сердечная мышца приходит в состояние кислородного голодания. «Голодные» мышечные клетки выбрасывают факторы, которые приводят к изменению текучести крови – начинается склеивание клеток крови, образование тромба. В этот момент появляется боль.

Стоит только уменьшить в этот момент нагрузку, как сердце успокаивается, потребность в кислороде уменьшается и восстанавливается нормальный кровоток. Одновременно исчезает и боль. Обычно на это уходит 5-15 минут. Если при этом принять под язык нитроглицерин или прыснуть в рот нитроглицериновым спреем, то клетки крови перестанут склеиваться, кровоток по коронарным артериям улучшится быстрее и боль пройдет в течение 2-5 минут. Такова картина типичной стенокардии.

Обычно человек знает, при каком объеме нагрузки у него появляется боль – сколько шагов он может пройти и с какой скоростью, на сколько ступеней он может подняться без боли. Нередко боли возникают в момент выхода из теплого помещения на улицу, или в момент питья холодного напитка.

Но иногда, когда атеросклеротическая бляшка растет, разваливается, или вокруг нее развивается воспаление, стенокардия может резко изменить свой характер: уменьшится дистанция, которую можно пройти без болей, перестанет действовать прежде эффективный нитроглицерин или придется применять 2-3 его таблетки, чтобы купировать боль. Самое опасное, когда боли начинают появляться ночью. Во всех случаях говорят о **нестабильной стенокардии**, подразумеваемая под этим прединфарктное состояние.

Нужно помнить, что боли в области сердца бывают самого разного происхождения и далеко не всегда связаны со стенокардией. Часто у пожилых боли слева от грудины постоянны, носят ноющий характер, усиливаются при определенных движениях. При прощупывании по ходу ребер или позвоночника можно выявить болезненные точки. Это – воспалительные заболевания мышц и нервов – межреберная невралгия, миозит. Иногда они обостряются на фоне простудных заболеваний. Лечатся такие боли противовоспалительными препаратами – например, диклофенаком, ибупрофеном.

Иногда боли в груди появляются после плотного обеда или ужина, нередко – после того, как поевший лег в кровать. С одной стороны эти боли могут быть следствием вздутия живота (синдром Ремгелта) и связанного с этим напряжения диафрагмы. У пожилых нередко встречается диафрагмальная грыжа - расширяется отверстие, через которое проходит пищевод, и, в горизонтальном положении, часть желудка перемещается в грудную полость. Возникают боли, которые проходят в вертикальном положении. Такие больные из-за болей могут спать полусидя.

Очень часто боли в области сердца связаны с нарушениями гормональной регуляции – климаксом. Если у женщин к пожилому возрасту климактерический период уже заканчивается и развивается менопауза, то у мужчин климактерический период наблюдается гораздо позднее – в 60-75 лет. Он протекает обычно менее выражено, чем у женщин, однако и у мужчин можно наблюдать приливы жара к лицу, внезапные покраснения лица, ощущения ползания мурашек по конечностям, немотивированные приступы дрожи. Одновременно появляются боли в левой половине груди, которые носят неинтенсивный характер, но нередко мучительны, очень беспокоят пациента. Они не связаны с нагрузкой, наоборот чаще возникают в покое, длительны, часами не проходят. При этих болях помогает валокордин, корвалол, валериана, нитроглицерин на них не влияет. Боли в области сердца, обусловленные нарушениями гормонального статуса безопасны, они не приводят больного к инфаркту или сердечной недостаточности и проходят рано или поздно самостоятельно.

Стенокардия лечится в основном такой группой препаратов, как нитраты. Принимают препараты длительного действия, такие как нитросорбит – они уменьшают частоту приступов и увеличивают переносимость физической нагрузки. При болях необходимо обязательно принимать нитроглицерин под язык, или пользоваться нитроглицериновым спреем. В некоторых случаях к нитратам длительного действия добавляют в-блокаторы.

Иногда нитроглицерин вызывает сильные головные боли, из-за чего больные вынуждены от него отказываться. Справиться с этой ситуацией можно постепенно приучая себя к нитроглицерину, начав с части таблетки и постепенно увеличивая дозу до обычной.

Стенокардию надо лечить, не надо терпеть боли. Воздействие на стенокардию приводит к уменьшению вероятности инфаркта миокарда и уменьшает риск развития сердечной недостаточности.

При нестабильной стенокардии больного нужно немедленно госпитализировать, так как она может привести к инфаркту миокарда или является его клиническим проявлением. При выраженном болевом синдроме до приезда «скорой помощи» больному можно дать нитроглицерин под язык, но нельзя давать сразу много таблеток или давать их беспрерывно: следует дать 1-2 таблетки подождать 10-15 минут, потом еще одну, подождать опять 10-15 минут и т.д. Большие дозы нитроглицерина можно давать только контролируя артериальное давление – оно не должно снижаться.

Сердечная недостаточность – состояние, связанное либо со старческими изменениями сердечной мышцы, либо с сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как – артериальная гипертония, стенокардия, нарушения ритма сердца, миокардит и т.д. Сердечная недостаточность характеризуется падением насосной функции сердца. На начальных стадиях сердечной недостаточности изменяется способность сердца расслабляться (диастолическая дисфункция), камера левого желудочка меньше заполняется кровью и, соответственно, уменьшается объем выталкиваемой желудочком крови. При этом в покое сердце справляется, объем крови компенсирует потребности. Во время нагрузки, когда сердце начинает биться чаще, суммарный выброс крови уменьшается и человек начинает

ощущать недостаток кислорода – появляется слабость, одышка при подъеме по лестнице и т.д. Но практически у каждого человека при подъеме по лестнице появиться одышка. Сердечная недостаточность начинается там, где снижается переносимость физической нагрузки.

С помощью «нагрузочных тестов» - например, при использовании велоэргометра – можно уточнить, какая нагрузка вызывает нарушения деятельности сердца. Существуют нормы деятельности сердца при нагрузке, поэтому, при подозрении на появление скрытой сердечной недостаточности необходимо провести такое исследование с дозированной нагрузкой и ультразвуковым исследованием сердца (доплероэхокардиография). Другого способа определить начальные стадии сердечной недостаточности не существует. К сожалению, значительная часть пожилых больных не может выполнить необходимую для исследования физическую нагрузку и тогда просто проводится доплероэхокардиография.

Клинически выраженная сердечная недостаточность уже не требует таких дорогостоящих исследований. Больные жалуются на слабость (самый частый признак), одышку при относительно небольшой физической нагрузке. В более выраженной стадии появляются отеки ног (вначале – проходящие, иногда исчезающие ночью), позже увеличивается печень, появляется жидкость в животе и легких.

Из других признаков обращают внимание на появление сухого кашля по ночам, необходимость спать высоко или полусидя. В тяжелых случаях пациент может только сидеть, склонившись вперед и упираясь руками в кровать. Позже появляется хриплое дыхание, кашель с мокротой, может развиваться отек легких с отхаркиванием пенистой, изредка розовой мокроты.

От появления первых признаков сердечной недостаточности до смерти обычно проходит около 5 лет. Если у больного сердечная недостаточность является следствием прогрессирующего сердечно-сосудистого заболевания (тяжелая стенокардия, аритмия, выраженная артериальная гипертензия), то сердечная недостаточность прогрессирует гораздо быстрее. Именно поэтому для предупреждения прогрессирования сердечной недостаточности необходимо лечить заболевания, приведшие к ней.

Лечение сердечной недостаточности проводится несколькими группами препаратов. В последнее время показано, что наибольшим эффектом обладают ингибиторы АПФ – каптоприл (капотен), эналаприл (ренитек, энап), престариум, диротон. Эти препараты назначаются постоянно в одной дозе (так называемой «целевой») для которой доказана в сложных многолетних исследованиях эффективность. Прием этих препаратов в дозе меньше целевой малоэффективен.

Назначают ингибиторы АПФ на первых порах в половинной дозе от целевой, в течение недели оценивают переносимость, а затем постепенно доводят дозу до целевой. При приеме этих препаратов может развиваться сухой кашель, если он приносит большие неудобства пациенту (сам по себе он не опасен), то приходится отказываться от этих препаратов. В таком случае можно использовать более дорогие средства, такие как ирбесартан. Другим осложнением, кото-

рое может не позволить достичь целевой дозы, является снижение артериального давления ниже нормальных цифр.

При неэффективности ингибиторов АПФ или при наличии отеков больным назначают диуретики (мочегонные). Обычно к этим препаратам относятся с осторожностью, начиная с небольших доз 1-2 раза в неделю. Для оценки эффективности обязательно нужно учитывать суточное мочеотделение - мерить количество мочи. Эффективность мочегонных оценивают по приросту количества отделяемой за сутки мочи. Если прирост объема суточной мочи незначительный, тогда дозу мочегонных увеличивают.

Чаще используется гипотиазид и фуросемид, другие мочегонные назначаются реже. Принимают мочегонные утром натощак. При приеме этих мочегонных может снизиться уровень калия, поэтому больным рекомендуют диету с повышенным содержанием калия - печеный картофель, сухофрукты (курага), иногда дополнительно назначают калийсодержащие препараты – панангин, аспаркам и др.

Если прироста объема суточной мочи не происходит, то дозу мочегонного препарата увеличивают вдвое, в случае, если отеки остаются, то увеличивают дозу мочегонных и частоту их приема вплоть до ежедневного. Однако, если эффекта добиться не удастся больного следует госпитализировать для более интенсивного лечения. Но всегда нужно помнить: начинать лечение мочегонными нужно осторожно, увеличивая дозы препаратов постепенно, титруя их.

Значительно реже, чем раньше, в настоящее время прибегают к назначению сердечных гликозидов – дигоксина, целанида. Эти препараты следует с осторожностью применять у больных с нарушением функции почек, - они могут вызывать симптомы передозировки – тошноту, рвоту, нарушения ритма сердца. В таких случаях показана срочная госпитализация.

Нарушения ритма сердца. Среди всех нарушений ритма сердца нужно выделить мерцательную аритмию и полную блокаду проводящей системы сердца. Эти два нарушения могут вызвать тяжелые осложнения и привести больного к смерти, причем если первое нарушение может встречаться в любом возрасте, хотя его частота с возрастом растет, то второе является характерным именно для пожилых больных. Мерцательная аритмия является следствием того, что электрические импульсы, исходящие из «водителя ритма», который находится в правом предсердии, начинают блуждать по проводящей системе сердца, складываться или взаимно погашать друг друга и неожиданно возбуждать сокращения миокарда. Такая ситуация возможна, если нарушается строение проводящей системы сердца: вследствие перерастяжения камер сердца или склероза отдельных участков. Мерцательная аритмия возможна и вследствие появления дополнительных проводящих пучков (это врожденный дефект, обычно выявляется в относительно молодом возрасте).

Полная блокада проводящей системы сердца приводит к тому, что импульс из предсердия не достигает желудочка. При этом предсердия сокращаются в своем ритме, а желудочки – в своем, гораздо более редком, чем обычно. Одновременно сердце перестает отвечать увеличением сокращений в ответ на потребность – например, при физической нагрузке.

Мерцательная аритмия может быть постоянной формы и приступообразной формы.

Постоянная форма мерцательной аритмии развивается при болезнях сердца - порок сердца, длительно существующая стенокардия, реже является следствием артериальной гипертонии. Главной опасностью постоянной формы мерцательной аритмии является прогрессирование сердечной недостаточности, иногда она является причиной инсульта. При постоянной форме мерцательной аритмии ощущается сердцебиение, перебои в работе сердца, иногда - боль. При прощупывании пульса не удается определить какой-либо закономерности в сердцебиении, пульсовые волны разного наполнения. Если посчитать частоту пульса и частоту сердечных сокращений (приложив руку или ухо к сердцу), то можно обнаружить, что частота сердца больше, чем частота пульса. Такое явление называется «дефицит пульса» и характеризует неэффективность части сердечных сокращений – камеры сердца не успевают наполниться кровью и происходит пустой «хлопок», соответственно пульсовая волна не распространяется по периферическим сосудам.

Лечение постоянной формы мерцательной аритмии направлено на снижение частоты сердечных сокращений до нормального их числа – желательно не более 80-90 ударов в минуту. При этом обычно исчезает дефицит пульса и уменьшаются проявления сердечной недостаточности. Чаще других используется дигоксин, иногда применяют в-блокаторы и антагонисты кальция. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии должно быть назначено врачом.

Приступ (пароксизм) мерцательной аритмии проявляется внезапным нарушением ритма, обычно снижается артериальное давление, иногда до очень низких цифр, может появиться одышка, беспокойство. Ситуация крайне опасная, необходимо вызывать «скорую помощь». До ее приезда можно попробовать уменьшить приступ, сильно надавив на глазные яблоки или больно помассировав надключичную область, заставить больного быстро присесть на корточки (очевидно, что это не всегда возможно). Рефлекс, возникающий в этом случае, может положительно сказаться на работе сердца вплоть до исчезновения аритмии.

Иногда помогает выпить таблетку анаприлина, менее эффективен в этом случае дигоксин. При низком артериальном давлении больной должен лежать.

В стационаре, если пароксизм не купирован медикаментами ставиться вопрос о электроимпульсной кардиоверсии – сильным разрядом тока под наркозом восстанавливают ритм. Однако такую процедуру проводят относительно молодым больным, при первом пароксизме, или если пароксизмы бывают редко. В случае часто повторяющихся пароксизмов или затянувшегося на многие дни пароксизма проводят терапию, направленную лишь на снижение частоту сердечных сокращений до субнормальных цифр.

Полная поперечная блокада проводящих путей сердца может развиваться внезапно, точнее внезапно появляются ее симптомы. Основным симптомом является низкое артериальное давление и нарастание сердечной недостаточности, при этом частота пульса очень низка – лишь 20-30 в минуту. В результате полной поперечной блокады на ЭКГ можно не заметить и инфаркта миокарда.

Поэтому все больные с подозрением на поперечную блокаду, выявленную впервые в жизни нуждаются в госпитализации. В настоящее время лечение блокады сводится к установлению искусственного водителя ритма – вначале временного, а затем и постоянного. Это маленький генератор электрических разрядов, которые по проводку, вставленному в сердце через вену, стимулирует сердечные сокращения. Постоянный водитель ритма вшивается под кожу на несколько лет (5-8), его заменяют в случае, когда садится батарейка. Больной с искусственным водителем ритма не должен находиться в зоне высоких магнитных полей (промышленные трансформаторы, высоковольтные линии электропередач, пользование радиотелефоном и сотовой связью и т.д.) он может «мешать» приему радио и телепередач, если близко находится от антенны.

Хронический бронхит встречается чаще у курильщиков или у страдающих бронхиальной астмой. Хронический бронхит проявляется постоянным влажным кашлем, отделением мокроты, иногда – небольшим повышением температуры, потливостью. Последние два признака более характерны для обострения инфекционного процесса. Хронический бронхит ведет к развитию эмфиземы легких и специфической сердечной недостаточности – легочному сердцу. Любой постоянно кашляющий на протяжении нескольких месяцев человек, отплевывающий при кашле мокроту страдает хроническим бронхитом.

Лечение хронического бронхита – сложная врачебная задача. Эта болезнь характеризуется упорным течением, трудно поддается терапии. Важно устранить провоцирующие факторы – в первую очередь отказаться или хотя бы значительно уменьшить количество выкуриваемых сигарет. Следует избегать простуд, сквозняков, общаться с больными вирусными респираторными инфекциями, одев на лицо марлевую маску. Эти меры уменьшают риск и частоту обострений болезни. Собственно лечение хронического бронхита является врачебной задачей.

Бронхиальной астмой люди чаще страдают с молодых лет, крайне редко заболевают ею в пожилом и старческом возрасте. Бронхиальная астма проявляется приступами удушья, свистом при дыхании, иногда приступообразным кашлем, особенно при смехе или физической нагрузке. Каждый из признаков может встречаться изолированно. Бронхиальная астма ведет к развитию хронического бронхита и эмфиземы легких, вместе с тем эта болезнь может продолжаться десятилетиями до глубокой старости. Нужно отметить существенный рост частоты бронхиальной астмы в последние годы.

Если больной лечится, то обычно он знает, как купировать приступ. Нередко помогает принять позу кучера, сев на стул, придав телу мешковатость, свесив руки вдоль тела как плети, закрыв глаза и склонив голову - как спит кучер на облучке. При этом нужно стараться успокоиться, не поддаваться панике, эмоциям. Начать дышать – неглубокий вдох через нос, глубокий выдох с полным выдавливанием воздуха всем телом. Выдыхать нужно через плотно сомкнутые губы. После полного выдоха задержать дыхание и неглубоко вдохнуть через нос. Повторить выдох. Такие упражнения следует делать и в межприступный период, чтобы научиться спокойно управлять дыханием во время присту-

па. Тогда могут не понадобиться ингаляторы. Для астмы главное – спокойствие.

Важным элементом борьбы с астмой является закаливание. Контрастный душ, обливание холодной водой, мытье ног в холодной воде, баня с окунанием в снег или ледяную воду (не всем это можно из-за проблем с сердцем!) способствуют уменьшению проявления астмы. Начинать надо с малого, но не доводить до купания в ледяной воде – в прорубе – это вредно!

Некоторые больные постоянно получают преднизолон или другой гормон. Это неправильная терапия, хотя и часто применяемая из-за своей быстрой эффективности. Однако, в последствие больной становится гормонозависимым, он все равно будет вынужден принимать ингаляторы, пытаться справиться с астмой «волевым дыханием». Прогноз заболевания гормоны не улучшают, зато вызывают массу осложнений – ожирение, артериальную гипертонию, остеопороз, сахарный диабет, способствуют развитию инфекций. Пожилым больным следует назначать гормоны только в крайних случаях, стараться обходиться «волевым дыханием», избегать лишних ингаляций (могут быть аритмии). Однако, если приступ затягивается, справиться с ним не удастся, то больного нужно госпитализировать.

Эмфизема легких часто является исходом хронических легочных заболеваний – хронического бронхита и бронхиальной астмы. Перерастяжение легочной ткани, склероз сосудов приводит к вздутию легких, нарушается их вентиляция и кровоток, легкие теряют способность адекватно обогащать кровь кислородом и очищать ее от углекислоты. Наступает дыхательная недостаточность – одышка при ходьбе, синюшное окрашивание губ и кончиков пальцев, утолщаются ногти на руках («часовые стекла»). Эмфизема сама по себе не лечится, единственным облегчением является постоянное поддувание кислорода через специальный носовой катетер, соединенный с носимым источником кислорода. Однако в нашей стране эти приборы не получили пока широкого распространения.

Сахарный диабет заболевание, частота которого в последние годы быстро растет. Можно говорить, что, наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями и опухолями, сахарный диабет стал самой частой болезнью пожилого возраста. Суть заболевания сводится к прогрессивному поражению крупных и мелких сосудов, причина которого до конца не ясна. Внешним проявлением диабета является нарушение усвоения сахара (глюкозы) клетками. В результате уровень сахара крови повышается, и при отсутствии коррекции могут наступить осложнения, связанные именно с высоким содержанием сахара – гиперосмолярная кома, диабетическая кома. В пожилом возрасте эти осложнения встречаются редко.

Выделяют два типа диабета – сахарный диабет молодых (1-го типа) и сахарный диабет пожилых (2-го типа). Для лечения диабета 1-го типа необходимы ежедневные инъекции инсулина, стимулирующего усвоение сахара клетками, для терапии диабета 2-го типа на первых порах используют диету с низким содержанием сахара и углеводов, а позже, при неэффективности диеты, - таблетированные сахароснижающие препараты. Сахарный диабет 1-го типа обуслов-

лен, главным образом, генетическими причинами, а 2-го типа - является результатом воздействия многих факторов, среди которых алкоголь и курение, возможно – тяжелые стрессы. В последнее время обсуждают сложный иммунологический механизм развития диабета 2-го типа, в котором не исключено значение инфекционной патологии. Связь диабета со злоупотреблением сахаром, с повышенным весом (за исключением случаев тяжелых гормональных нарушений) в последние годы представляется сомнительной.

Больные с сахарным диабетом худеют, у них может появиться зуд (характерен зуд промежности), снижается аппетит, больные начинают много пить воды. К сожалению, этими симптомами обычно исчерпываются начальные признаки диабета, да и эти признаки бывают не у всех пожилых больных. Единственным критерием диагностики сахарного диабета является повышение уровня сахара в крови – от разового анализа, к нарушенному суточному профилю сахара крови.

Лечение сахарного диабета в пожилом возрасте проводится с помощью диеты. Основным является сокращение в диете сахара и продуктов, содержащих углеводы. Вместо сахара для вкуса используют его заменители – сахарин и аспартам. Обязательным условием лечения сахарного диабета является регулярное определение сахара в крови, что можно сделать в настоящее время с помощью тест-полосок. Если их нет нужно периодически, с частотой, которую определит врач, сдавать кровь на сахар. В последнее время используют исследование гликозированного гемоглобина, который более точно отражает степень компенсации сахарного диабета.

В случае, если с помощью диеты не удастся нормализовать уровень сахара в крови назначаются таблетки сахароснижающих средств. Наиболее часто используется манинил, глибенкламид (диабетон). Трудно сказать, какой из препаратов существенно лучше, у каждого больного подбирается тот препарат, к которому он оказывается наиболее чувствительным. В редких случаях, особенно во время развития тяжелых осложнений, инфекций, операций при 2-м типе диабета назначают инсулин. Однако, желательно назначать его на короткий срок, и при первой возможности вернуться к таблетированным препаратам.

Сахарный диабет вызывает прогрессирование стенокардии, сердечной недостаточности, особенно при сочетании с артериальной гипертонией. Еще одним важным осложнением сахарного диабета является гипогликемическое состояние, которое может привести к коме. Больные, не употребляющие в пищу сахара и углеводов, в результате повышенной нагрузки могут утилизировать весь сахар, находящийся в крови. В результате появляется сосущее чувство голода, неприятные ощущения в верхней части живота, резкая слабость, на лбу выступает пот. Падение артериального давления может привести к обмороку. Диагностика этого состояния требует определения сахара крови, что, как правило, невозможно. В любом случае такому больному нужно немедленно положить кусочек сахара под язык. Если больному станет лучше, то диагноз верен, если нет - скорее всего, имеется гипергликемическое состояние. Но в этом случае кусочек сахара не повредит! Гипергликемическое состояние лечится

осторожным введением небольших доз инсулина под контролем содержания сахара в крови.

При длительном существовании сахарного диабета вне зависимости от уровня сахара и применяемой терапии, через 5-8 лет у больных появляется диабетическая нефропатия. Она может проявляться диабетическим пиелонефритом и поражением почечных микрососудов. В последнем случае появляется белок в моче, вначале в очень малых количествах – микроальбуминурия, затем может развиваться отечный синдром (нефротический) и хроническая почечная недостаточность. Эти изменения рано или поздно разовьются у больных сахарным диабетом, они являются его обязательным спутником. Методом терапии диабетической нефропатии является назначение ингибиторов АПФ, которые значительно снижают скорость прогрессирования почечной недостаточности у этих больных.

Другое диабетическое поражение сосудов – нижние конечности. Сужение крупных артерий приводит к развитию ишемии нижних конечностей – вначале появляются боли при ходьбе (перемежающаяся хромота), ноги немеют, позже появляются боли в покое, язвы и некрозы на голеньях и стопах. При отсутствии лечения ишемическое поражение нижней конечности заканчивается ампутацией ноги.

Кроме описанной картины при сахарном диабете может быть «синдром диабетической стопы». Поражение мелких сосудов, питающих нервные окончания, приводит к потере чувствительности кожи ног, нарушениям ее питания. В результате больной не чувствует потертостей, которые превращаются в незаживающие язвочки, легко ранит себя при стрижке ногтей, срезании мозолей. Опрелости, инфицирование довершают нарушения, появляются язвы, гнойные поражения кожи стопы. В сочетании с ишемией нижних конечностей или без них «диабетическая стопа» может стать причиной ампутации.

Лечение пораженных сосудов нижних конечностей проводят вначале плавиксом и сулодексидом, иногда добавляют курсы инъекций фраксипарина. При прогрессирующем поражении, в далеко зашедших стадиях процесса необходимы курсы вливаний вазaproстана – 10-12 дней. Такая терапия снижает вероятность ампутации в 2-3 раза.

Для диабетической стопы очень важен правильно организованный уход за кожей ног. Ноги нужно ежедневно мыть с мылом, носить свободную мягкую обувь, одевать теплые носки, беречь ноги от переохлаждения. Особенно тщательно необходимо соблюдать безопасность при стрижке ногтей, поручать ее партнеру или ухаживающему. При потертостях нужно использовать различные кремы, в частности – контратубекс.

При сахарном диабете как правило повреждаются мелкие сосуды сетчатки глаза, постепенно развивается слепота. По всей вероятности лечение прогрессирующего поражения сетчатки должно быть направлено на протекцию поражения сосудов, применяться должны те же препараты, что и описанные выше. Однако лечение необходимо проводить под контролем офтальмолога, тем более, что в пожилом возрасте резко возрастает частота глаукомы и катаракты, требующих усилий специалиста.

Пиелонефрит часто развивается у пожилых больных, чему способствует мочекаменная болезнь, аденома простаты, другие нарушения прохождения мочи по мочевым путям, сахарный диабет, недостаточная санитарная обработка промежности (отсутствие ежедневного ухода) и т.д. Пиелонефрит протекает хронически, редко давая клинику острой мочевой инфекции. Даже появление гнойных расплавлений в почках не всегда сопровождается у пожилых адекватной картиной. Нередко признаком тяжелой инфекции становится резкое изменение сознания и психики – внезапная гневливость, раздражительность, ругань. Часто у пожилых при тяжелом воспалении не бывает температуры. Из других симптомов может быть боль в пояснице, иногда отдающая в промежность, познাবливания, потливость, слабость, рези при мочеиспускании. Проявлением пиелонефрита может быть и артериальная гипертония.

Пиелонефрит диагностируется при обнаружении в моче лейкоцитов. Их может быть различное количество – от 2-3 до густо покрывающих все поля зрения в микроскопе. В любом случае анализ мочи нужно повторить, проведя тщательную санитарную обработку наружных половых органов и промежности теплой водой с мылом. Только если моча получена таким образом можно говорить о том, что лейкоциты действительно содержатся в моче, а не попали в нее с кожи. В некоторых случаях прибегают к забору мочи катетером, однако использовать этот способ нужно по тщательным показаниям, так как сама по себе катетеризация может служить дополнительным провоцирующим пиелонефрит фактором.

При обнаружении лейкоцитов в моче необходимо проконсультироваться с врачом. Лечение пиелонефрита – сложная и длительная работа, это заболевание трудно поддается терапии, в том числе и потому, что редко удается устранить причину, послужившую началом пиелонефрита. Обычно для лечения пиелонефрита применяют антибиотики, чередуя их с почечными травами, обладающими антисептическими и мочегонными средствами. Терапия обычно проводится длительно, курсами по 1,5-2 недели в течение 6-10 месяцев и более. Назначает и контролирует терапию пиелонефрита врач.

Хроническая почечная недостаточность является результатом течения заболеваний почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит, аденома простаты), поражения почек при сахарном диабете или артериальной гипертонии, а может быть следствием инволютивного процесса - старения.

При хронической почечной недостаточности функционирующая ткань почек – нефроны, замещается на соединительную ткань – развивается склероз. Если остается 15-20% от исходного объема почечной ткани, то почки продолжают обеспечивать очистительную функцию.

Самым ранним признаком почечной недостаточности является ночное мочеиспускание, которое может на много лет появиться раньше, чем другие симптомы. Долгое время едва ли не единственным признаком почечной недостаточности будет артериальная гипертония. Еще одним признаком является быстрое похудание больных.

Простым и надежным лабораторным тестом является обнаружение небольших количеств белка в моче, стойкое снижение удельного веса мочи – эти

изменения могут появиться задолго до клинических признаков почечной недостаточности.

Почечная недостаточность начинает быстро прогрессировать при неконтролируемой артериальной гипертензии и при некорректируемом сахарном диабете, при обострении любой инфекции, в частности пиелонефрита, при нарушениях пассажа мочи при аденоме простаты. Появляется резкая слабость, нарушается ночной сон, можно обнаружить анемию, повышается уровень азотистых шлаков – мочевины, креатинина. При отсутствии лечения почечная недостаточность прогрессирует, появляются носовые и десневые кровотечения, резкая сухость кожи, зуд, расчесы, сладковатый запах изо рта. Позже нарушается сознание, больной впадает в уремическую кому.

Методом поддержания жизни таких пациентов является «искусственная почка» (гемодиализ или перитонеальный диализ), позволяющая иногда на годы отсрочить наступление смерти. Однако методы эти стоят дорого, пожилые больные плохо переносят гемодиализ, в этой группе больных такое лечение применяется редко. Поэтому большое значение приобретают методы консервативной терапии.

При обнаружении бела в моче и низкого удельного веса следует обследоваться у врача, определить функцию почек. Проводится лечение, направленное на коррекцию того заболевания, которое привело к почечной недостаточности - артериальной гипертензии, сахарного диабета, пиелонефрита. Улучшить функцию почек или замедлить прогрессирование почечной недостаточности можно ингибиторами АПФ, антиагрегантами (тиклид плавикс), гепарином (фраксипарином, фрагмином). Однако, это лечение нужно согласовать с врачом.

Диета больных с почечной недостаточностью должна быть богата углеводами (если позволяет сахарный диабет), жирами, и обеднена животным белком (резко уменьшается содержание в диете мяса, рыбы). Дополнительно назначаются кетоаналоги аминокислот (кетостерил) до 8-12 таблеток в день, активированный уголь до 10 г. в сутки или энтеродез 5-10 г. в сутки. Мочегонные препараты малоэффективны. Такое комплексное лечение нередко позволяет, при компенсации основного заболевания, продлить жизнь пациенту на несколько лет.

Аденома простаты в последнее время привлекла к себе внимание новыми возможностями терапевтической коррекции. Ранее считалось, что это опухолевидное заболевание, развивающееся только у мужчин постепенно прогрессирует и неизбежно приводит к развитию тяжелых осложнений практически у всех мужчин пожилого возраста. Поэтому широко использовалось оперативное лечение этой патологии. В последнее время оказалось, что устранение нарушений мочеиспускания позволяет избежать операции, а ряд препаратов способствует уменьшению размеров простаты. В лечебной практике применение получили дальфаз, омник – эти препараты уменьшают спазм мочевыводящих путей и тем самым устраняют основные симптомы заболевания. При их применении возможно снижение артериального давления, поэтому их не рекомендуют или принимают с осторожностью при низких цифрах артериального давления.

Если у пожилого мужчины постоянны позывы к мочеиспусканию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря необходимо обратиться за консультацией к урологу – при ультразвуковом исследовании можно определить объем остаточной мочи в пузыре и решить вопрос о хирургическом (если задерживается много мочи) или терапевтическом лечении аденомы.

Холецистит заболевание желчного пузыря, связанное с нарушением его способности сокращаться и выбрасывать желчь, необходимую при переваривании пищи. В результате в желчном пузыре появляются камни, развивается инфекционно-воспалительный процесс. Мелкие камни могут попадать в просвет желчевыводящих путей, перекрывая путь желчи вызывать желтуху. Обычно такое состояние сопровождается печеночной коликой – острыми выраженными болями в правом подреберье. Хронический холецистит проявляется постоянными или приступообразными болями в правом подреберье, нередко связанными с приемом жирной, жареной пищи. Иногда холецистит сопровождается рефлексоторной стенокардией.

Лечение хронического холецистита включает диетические ограничения, желчегонные препараты. Необходимо выполнить ультразвуковое исследование желчного пузыря с целью обнаружения камней – это поможет решить вопрос об операции. Операцию лучше выполнять планоно, вне периода обострения, хуже – в период печеночной колики, когда она может стать жизненно необходимой, экстренной. Широкое распространение получили операции с использованием эндоскопической техники – малоинвазивные, выполняемые с коротким послеоперационным периодом.

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ, ТРЕБУЮЩИЕ ПРИНЯТИЯ СРОЧНЫХ МЕР.

Боль в грудной клетке может быть признаком тяжелого заболевания сердца: **инфаркт миокарда, нестабильной стенокардии**. Для инфаркта характерны боли, пронизывающие грудную клетку спереди назад. При этом достаточно часто боли при инфаркте носят другой характер, а у пожилых до половины случаев инфаркта миокарда протекают вообще без болей. Дополнительными признаками инфаркта будут резкая слабость, одышка, появление хриплого дыхания, пены изо рта. В любом случае подозрение на инфаркт является основанием для немедленной госпитализации.

Боли при **стенокардии** обычно характерны, однако если привычные боли изменили свой характер – стали более частыми, возникать при меньшей нагрузке, не купироваться обычной дозой нитратов, - это может свидетельствовать о **нестабильной стенокардии**. В этом случае больной должен немедленно госпитализироваться для всестороннего обследования и исключения **инфаркта**.

Боли в грудной клетке могут быть связаны с межреберной невралгией, шейно-грудном радикулите. При этих заболеваниях можно найти болезненные точки при тщательном ощупывании грудной клетки, ребер и позвоночника. Такие боли лечат диклофенаком.

Боли в области сердца появляются при повышении артериального давления. При **артериальной гипертонии** боли ощущаются слева от грудины, они

давящего характера, длительные, нередко сопровождаются головными болями. Появление таких болей требует срочного измерения артериального давления.

Боль в голове в пожилом возрасте могут быть обусловлены самыми разными причинами. Часто постоянная головная боль отражает недостаточность кровоснабжения головного мозга, при этом могут наблюдаться головокружения, шум в ушах. К сожалению, лечения в данном случае нет, использование различных препаратов – ноотропила, стугерона и др. малоэффективны.

При повышении артериального давления приступ головной боли пульсирующего или сдавливающего характера. Боль часто в области затылка, сопровождается шумом в ушах, мельканием мушек перед глазами, головокружением, тошнотой и рвотой.

Боль в животе может наблюдаться практически при всех заболеваниях желудка и кишечника. Следует обращать внимание на локализацию болей, их интенсивность, внезапность появления и связь с приемом пищи. Боли в правом подреберье характерны для **холецистита**, если они появились внезапно, сильно выражены, сопровождаются тошнотой и рвотой, то необходима срочная консультация врача. Боли при панкреатите опоясывающего характера, обычно связаны с погрешностями в диете.

При осложнениях язвы желудка или 12-перстной кишки прободением боли локализуются в верхних отделах живота и носят интенсивный и очень выраженный характер. Их сравнивают с ударом кинжалом. Такие боли – показание к немедленной госпитализации.

Боли в спине чаще всего обусловлены проблемами с позвоночником. Такие боли локализуются в пояснице, связаны с движениями, наклонами. Боли могут отдавать в наружные поверхности бедра.

Боли в пояснице могут наблюдаться и при почечной колике, в этом случае они очень сильные, отдают в пах, заставляют пациента искать позу, например – закидывать ноги на стену. При отхождении камней боли самостоятельно проходят, однако ждать этого нельзя – при почечной колике нужна срочная врачебная помощь.

Постоянные ноющие боли в нижней части спины – пояснице могут наблюдаться при **пиелонефрите**, в этом случае они могут быть более выраженными с одной стороны, могут усиливаться при несильном поколачивании ребром ладони по нижнему краю ребер сзади.

Боли в суставах очень часто встречаются у пожилых людей. Боли и деформация мелких суставов кистей рук и стоп характерны для ревматоидного артрита. Очень важным признаком этого заболевания является утренняя скованность – необходимость разминать суставы по утрам для того, чтобы суставы заработали нормально. Боли, иногда очень интенсивные, в области большого пальца стопы и боли в области мышечка характерны для подагры.

Деформирующий остеоартроз сопровождается болями в области тазобедренных суставов (одного или обоих), затрудняющих ходьбу. Заболевание прогрессирует и может привести к полной обездвиженности. В настоящее время при деформирующем остеоартрозе тазобедренного сустава проводят пересадку искусственного сустава.

Сильные, внезапно возникшие боли в тазобедренном суставе могут быть следствием перелома шейки бедра. Этот перелом характерен для пожилых, он может случиться даже при незначительной нагрузке, от резкой перемены положения тела. Как правило у пожилых развивается инволютивный остеопороз – рассасывание костной ткани – кости теряют прочность и становятся ломкими. Наибольшая нагрузка в организме приходится на шейку бедра - эта горизонтальная короткая часть бедренной кости, соединяющая ее с тазом. Вся тяжесть тела давит в поперечном направлении на шейку бедра. Часть нагрузки перераспределяется на мышцы таза и бедра, однако с возрастом мышцы теряют свой тонус, перестают выполнять функцию мышечного каркаса.

Главным признаком перелома шейки бедра, кроме болей, является неестественный выворот стопы наружу, резчайшая боль при попытке потянуть и повернуть ногу за стопу. Делать этого не стоит, так как можно легко спровоцировать болевой шок.

Нарушения памяти и ориентации очень характерны для пожилого возраста. Обычно эти явления нарастают исподволь. В случае внезапного появления нарушений сознания у пожилых всегда необходимо исключать гнойную инфекцию – **пиелонефрит**, воспаление легких, гнойный плеврит и т.д. Одновременно с нарушениями сознания могут измениться поведенческие реакции - появляется немотивированная ярость, агрессия. Похожие проявления наблюдаются при печеночной недостаточности с явлениями печеночной энцефалопатии.

Однако часто эти нарушения являются следствием болезни Альцгеймера. При этом пациенты, оставаясь нормальными людьми забывают события, имена, адреса, часто не могут понять, где они находятся. Они могут уйти из дому зимой, забыв одеться, пойти гулять без возврата домой. Они составляют подавляющее большинство пропавших без вести стариков. Без еды, замерзая или попав под машины, они оказываются в больнице под грифом «неизвестный», найти их крайне трудно. Одним из способов является ношение медальона с именем, адресом и телефоном, особенно в условиях города.

Такие больные нуждаются в консультации и госпитализации, или им необходимо нанимать круглосуточную сиделку. Болезнь Альцгеймера продолжается много лет, способов ее лечения в настоящее время нет, она ложится тяжелейшим грузом на окружающих – семью и общество. В развитых странах для таких пациентов создаются специальные комфортабельные приюты.

Еще одним нарушением психики у пожилых является **депрессия**. Она характеризуется безразличием к окружающим событиям, тоской, сонливостью, больной готов лежать в постели сутками не вставая. Иногда депрессия проявляется самобичеванием, повышенной заботливостью, носящей суетливый характер, нередко это ожидание или поиск тяжелого заболевания. В некоторых случаях человек становится слезливым, появляется склонность к рыданиям, стенаниям, обморокам. Особенно опасны маскированные депрессии, которые могут принимать характер различных заболеваний – частые головные боли, головокружения, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, частая смена не выраженной артериальной гипертензии и гипотонии. Основанием для

подозрения на депрессию является появление пессимизма, не свойственного пациенту ранее, частая смена настроения в течение суток.

Депрессия - это психическая болезнь, она может быть вызвана смертью супруга, близкого человека, переездом на новое место жительства, отношениями с семьей детей, особенно внуками, тинейджерами в «трудном возрасте» часто изоощренно издевающимися над стариками. Но эта патология может быть и совершенно самостоятельной, ничем не спровоцированной.

Депрессия в первую очередь опасна тем, что пациент может в этом состоянии легко покончить жизнь самоубийством при абсолютно незначительных причинах. При подозрении на депрессию необходима консультация психиатра – только он может помочь разобраться в ситуации и назначить лечение.

Тема 7. ПИТАНИЕ И ПОТРЕБЛЕНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Характеристика потребительских рангов различных возрастных групп. Медико-социальные основы потребления в пожилом возрасте. Особенности функции пищеварительной системы и обменных процессов у пожилых людей. Физиологические нормы потребления. Рацион и режим питания. Правильное питание – средство управления процессами старения и предупреждения преждевременного развития изменений и нарушений в организме. Следствия энергетического дисбаланса (превышения калорийности питания над фактической потребностью) – ожирение, снижение подвижности, нарушение обменных процессов. Социально-психологические особенности потребления пожилыми товаров непродовольственной группы и услуг.

Одним из важнейших элементов продления жизни является рациональное питание. Пища является важнейшим источником веществ, необходимых для нормальной жизнедеятельности организма.

Общеизвестно, что большинство лиц пожилого и старческого возраста питаются неправильно. Французский писатель А. Брилья-Саварен (1755-1826) сказал: «Животные кормятся, люди едят, но только умные люди умеют есть».

Еще в 1934 году ученые Корнельского университета объявили, что лабораторные крысы, которых кормили пищей, содержащей достаточное количество витаминов, белков и минеральных веществ, но малокалорийной, старели медленнее и жили гораздо дольше крыс, находящихся на традиционном рационе.

В течение 30 лет в Испании проводился эксперимент, при котором одной группе клинически здоровых людей, живущих в доме престарелых, давали пищу с ограниченным количеством калорий, а люди в контрольной группе питались, как обычно. Через три года в группе, потреблявшей ограниченное количество калорий, болезни стали случаться в два раза реже, и было зарегистрировано вполнину меньше смертей, чем в группе, которая питалась нормально.

По мере старения организма уменьшается его физическая активность, энергозатраты, поэтому энергетическая ценность рациона должна быть снижена.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует постепенное снижение калорийности пищи с учетом возраста.

Показателем калорийности (энергетической ценности) пищи является энергия, образующаяся при окислении белков, жиров и углеводов. Она рассчитывается на единицу веса пищи и выражается в калориях.

При окислении 1 г белка выделяется 4 ккал, 1 г жира – 9 ккал, 1 г углеводов – 4 ккал.

Суточная энергетическая потребность в пище мужчин в возрасте 60-70 лет составляет 2350 ккал, женщин – 2100 ккал. В возрасте старше 70 лет потребность мужчины составляет 2200 ккал, женщины – 2000 ккал.

Для населения страны, проживающего в зоне холодного пояса, калорийность должна быть увеличена на 5%.

Калорийность суточного рациона рассчитывают, исходя не из фактического веса тела пациента, а из «идеального», то есть теоретического нормального веса каждого конкретного человека с учетом его роста, пола, возраста.

Для определения нормального веса пользуются специальными таблицами.

Белки – основа живой клетки, они обеспечивают организм аминокислотами, в том числе и незаменимыми (не образующимися в организме человека).

Содержание белка в пище пожилого человека должно составлять примерно 1,0 г на 1 кг массы тела.

Белки содержатся в продуктах животного и растительного происхождения. Животные белки входят в состав мяса, рыбы, молока и молочных продуктов, яиц. Растительные белки содержатся в зеленом горошке, сое, фасоли, бобах, хлебе, орехах, крупах. Для обеспечения оптимального соотношения всех аминокислот в пище количество животных белков должно быть несколько больше, чем растительных – 55-60% животных белков, 40-45% растительных белков.

Жиры являются источником энергии в организме, помогают усвоению белков, некоторых витаминов (А, Е, Д), создают депо жира, защищающее нас от потери тепла. Так же, как и белки, жиры содержатся в продуктах животного происхождения. Учитывая их роль в развитии атеросклероза, их количество в рационе пожилого человека должно быть снижено.

Оптимальной суточной нормой жира следует считать 0,8-1 г на 1 кг веса. При этом 1/3 общего его количества должны составлять жиры растительного происхождения, особенно кукурузное и подсолнечное масло, содержащие в большом количестве незаменимые ненасыщенные жирные кислоты, а также витамин Е, замедляющий процесс старения. Холестерин необходим организму как участник жирового обмена, но избыток его опасен. В большом количестве он содержится в икре, куриных желтках, печени.

Углеводы обеспечивают человека энергией, необходимой для нормальной работы сердца, головного мозга, мышц, печени и других жизненно важных органов и систем. *Содержание их* не должно превышать 300-320 г для мужчин и 280-290 г для женщин и составлять не более 50-55% общей суточной калорийности. Уменьшать количество углеводов в питании следует за счет сахара, варенья, пирожных и других сладостей.

Рекомендуется увеличить потребление продуктов, содержащих клетчатку, – хлеба из муки грубого помола, отрубей, морковь, свеклу, чернослив. Она улучшает перистальтику кишечника, способствует нормализации стула, снижает уровень холестерина в крови. Соотношение между белками, жирами и углеводами для лиц пожилого возраста должно составлять 1:0,8:3,5.

Потребность в микроэлементах в сутки ориентировочно такова: калий – 3-5 г, кальций – 0,8 г, фосфор – 1,5-2 г, железо – 15 мг, магний – 0,3-0,5 г, йод – 0,2 г, селен – 0,5 мг. Потребление поваренной соли следует ограничить до 8-10 г в сутки, включая и количество соли, содержащееся в натуральных пищевых продуктах (3-5 г). Витамины являются обязательной частью пищевого рациона. При правильно подобранной диете они в достаточном количестве содержатся в пище.

Вода – необходимый компонент всех жизненно важных процессов в организме. Суточная потребность в воде около 2,5 л, из них 1,2-1,5 л человек получает в виде жидкости (чай, сок, суп и т. п.), а 1 л – с плотной пищей.

Люди пожилого возраста могут употреблять любые продукты, но желательно, чтобы рацион был сбалансирован качественно и количественно. К числу предпочтительных продуктов относят: мясо нежирных сортов, рыба, молоко, творог, сыр, черный хлеб, гречневая и овсяная крупы, подсолнечное и кукурузное масло, овощи, фрукты, соки. Следует ограничить употребление сливочного масла, яиц, икры, шпрот, какао и т.п.

Учитывая, что при старении организма в кишечнике начинает преобладать гнилостная микрофлора, полезно употреблять кисломолочные продукты: кефир, простоквашу, йогурт. Эти продукты нормализуют микрофлору и улучшают самочувствие пожилого человека.

Для коррекции метаболического ацидоза, который имеется у одной трети людей старших возрастов, необходимо включать в рацион продукты, обладающие потенциально ощелачивающими свойствами (свекла, морковь, помидоры, огурцы, яблоки, апельсины).

Резкое и радикальное изменение сложившегося пищевого стереотипа у пожилых людей может только ухудшить их самочувствие. Не следует полностью исключать из рациона любимые блюда и заменять их пищей, которую они раньше не любили или не употребляли.

Пищу принимать рекомендуется четыре раза в сутки.

Первый завтрак – 25%, второй – 1%, обед – 35%, ужин – 25%.

Целесообразно перед сном выпить стакан кефира или сока.

За час до завтрака можно выпить стакан кипяченой воды комнатной температуры для нормализации функции кишечника.

Набор основных пищевых продуктов, обеспечивающий сбалансированность количественных и качественных соотношений пищевых веществ, рекомендуемый для включения в суточный рацион питания пожилых и престарелых людей.

Люди старшего возраста, видимо, больше других страдают от скудного питания. Это может быть связано с низкими доходами, болезнями, потерей

аппетита либо с умственной или физической апатией в отношении приготовления пищи.

Многие одинокие старики просто не хотят хлопотать для себя одного и пользуются готовыми к употреблению продуктами. Они также более охотно налегают на сладкое, съедая много сладкой выпечки, печенья и бисквитов. Конечно, в исключительных случаях это приятно, однако важно не переедать продуктов с высоким содержанием сахара и жира, потому что для чего-то более питательного остается мало места. Поскольку с возрастом аппетит ухудшается, нужно, чтобы пожилой человек принимал определенное количество витаминов и минералов. Это очень важно, так как с годами увеличивается потребность в витаминах и минералах. Кроме того, некоторые вещества (*бета-каротин, витамины С и Е, селен и др.*) противодействуют многим заболеваниям, напрямую связанным со старостью. Это не только некоторые виды онкологических заболеваний и болезни сердца, но также и артриты, катаракта, гипертония, инсульты и др. Обогащение питания дополнительными антиоксидантами – это разумная предосторожность, в особенности потому, что многие пожилые люди не хотят, а то и просто не могут прожевать и проглотить большие количества свежих фруктов и овощей, необходимых для полноценного питания. Люди преклонного возраста, как правило, домоседы, поэтому в их организме недостаточно витамина D, который образуется при воздействии на кожу солнечных лучей. В это случае полезен ежедневный прием витамина D или рыбьего жира.

Научно-техническая революция XX столетия привела к повсеместной автоматизации, компьютеризации производства, широкому внедрению разнообразной техники в быт населения и социальную сферу жизни. Энерготраты людей существенно снизились и в настоящее время составляют в среднем около 2000–2300 ккал/сут. Следствием этого явились снижение объема и изменение ассортимента потребляемой человеком пищи. В результате в неблагоприятную сторону изменилась реальная обеспеченность человека эссенциальными пищевыми веществами, и в первую очередь микронутриентами и биологически активными компонентами пищи.

Анализ фактического питания и оценка пищевого статуса населения в различных регионах России свидетельствуют о том, что рацион питания россиян характеризуется избыточным потреблением жиров животного происхождения и легкоусвояемых углеводов, и в то же время для большинства населения рацион питания дефицитен в отношении полиненасыщенных жирных кислот (омега-3 и омега-6), растворимых и нерастворимых пищевых волокон (пектин, камеди, слизи, целлюлоза и др.), витаминов (группы В, Е и др.), широкого спектра витаминоподобных веществ природного происхождения (L-карнитин, убихинон, холин, метилметионинсульфоний, липоевая кислота и др.), макроэлементов (кальций и др.), микроэлементов (йод, железо, селен, цинк и др.).

В последние годы получены новые данные о биологической роли многих микронутриентов, которые ранее рассматривались или лишь с точки зрения их опасности для здоровья, например некоторые микроэлементы (селен), или вообще не рассматривались в качестве факторов, необходимых для жизнедеятельности человека (ванадий, бор, кремний, германий и др.). В настоящее время для

многих из них доказано участие в целом ряде метаболических процессов, а следовательно, и необходимость присутствия в рационе питания. На основе принципов доказательной медицины получены принципиально новые данные и в отношении биологической роли для человека так называемых минорных биологически активных веществ. Это прежде всего относится к таким биологически активным соединениям, как:

- различные группы флавоноидов (флавонолы и их гликозиды – кверцетин, кемферол, рутин и др.);
- флавоны – лютеолин, апигенин и др.; флавононы – нарингенин, гесперидин и др.; дигидрофлаванолы, проатоцианидины, катехины и др.);
- индолы, одной из важнейших функций которых является регуляция активности ферментов первой и второй фаз метаболизма ксенобиотиков и протекторная роль в отношении некоторых форм онкологической патологии;
- экзогенные пептиды и отдельные аминокислоты пищевого происхождения и их смеси, участие которых в регуляции функций органов и систем доказано многочисленными исследованиями зарубежных и отечественных ученых;
- пептиды, обеспечивающие специфическое межмолекулярное взаимодействие с промоторными участками генов, присутствуют в качестве фрагментов в составе целого ряда полипептидов – интерлейкинов, цитостатина, тиреоглобулина и др.);
- органические кислоты (янтарная, яблочная, гидроксимионная и др.);
- фенольные соединения (гидрохинон, арбутин, гидроксикоричные кислоты и др.), обладающие специфическим биологическим влиянием на разнообразные функции отдельных метаболических систем и организма в целом;
- многие другие биологически активные вещества пищевых растений, животных, одноклеточных микроорганизмов: бета-ситостерины, изофлавоны, изотиоционаты, глюкоманнаны, олигосахариды, инулин, хлорофилл, кофеин, гиперин, глюкозамины, хондроитинсульфат, хитозан и многие другие.

Накопленные в области нутрициологии данные свидетельствуют о том, что в условиях жизни современного человека невозможно адекватное обеспечение потребности организма всеми необходимыми для поддержания его жизнедеятельности пищевыми и минорными биологически активными компонентами за счет традиционного питания. Дефицит этих пищевых веществ и биологически активных компонентов в рационе пожилых людей приводит к снижению резистентности организма к неблагоприятным факторам окружающей среды (маладаптации), формированию иммунодефицитных состояний, нарушению функции систем антиоксидантной защиты, хронизации болезней, повышению риска развития распространенных заболеваний, снижению качества жизни и эффективности лечебных мероприятий.

При правильном питании, когда рацион человека включает в себя разнообразную замечательно сбалансированную пищу, организм снабжается **витами-**

ном С в оптимальных количествах. Этот витамин, известный нам как аскорбиновая кислота, способствует связыванию клеток и ускорению выздоровления.

Рекомендованная диетическая норма (РДН) витамина С для пожилых людей составляет 60 мг в день. Дефицит витамина С, известный также как цинга, достаточно редок. Он иногда встречается у людей, чей рацион беден витамином С. Это могут быть, например, одинокие пожилые люди, алкоголики или наркоманы. Симптомами цинги являются анемия, выпадение зубов, красные и опухшие десны, плохая заживляемость ран и повреждение мелких кровеносных сосудов, что выражается в появлении небольших пурпурно-красных пятен на коже. Цингу легко предотвратить, а ее терапия заключается в увеличении потребления витамина С с помощью специальной диеты и его препаратов.

Принимать препараты витамина С следует для предотвращения или восполнения дефицита этого витамина, или если в организме назрела повышенная потребность в витамине С из-за хирургической операции, курения или инфекционного заболевания.

Диета в пожилом возрасте не вредит организму, считают специалисты при Медицинском центре Wake Forest. Потеря веса приводит к сокращению жиров и мускульной массы, что может привести к снижению физической функции при старении. Поэтому многие медики поднимали вопросы безопасности диеты для людей старше 55 лет. Но американские врачи утверждают, что, исходя из результатов их исследования, похудение в пожилом возрасте существенно не влияет на физические способности и не приводит к нежелательным эффектам.

В эксперименте участвовали женщины, средний возраст которых был 58 лет. Их ежедневная пища в течение пяти месяцев состояла из диетических продуктов с уменьшенным числом калорий. За этот период большинство из участниц потеряли приблизительно 35% от общего веса тела, 68% жиров и 32% мускульной массы. Несмотря на большое количество потери мускула, их способности активно двигаться наоборот усовершенствовались, а физическая сила и уровни утомляемости при долгих прогулках не изменились. Кроме того, спустя год женщины восстановили на 27% уровни мускульной массы. Такие данные доказывают, по мнению исследователей, что диета в пожилом возрасте не влияет на нормальную функциональность организма, а, наоборот, в сочетании с умеренной физической нагрузкой является хорошим средством поддержания здоровья.

Тема 8. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Работающие пенсионеры. Экономический статус пожилых. Социальные аспекты бюджета. Источники доходов пожилых людей. Слагаемые основных расходов пожилых. Роль пожилых людей в экономике государства. Социальные гарантии со стороны государства – пенсионное обеспечение (виды пенсий), льготы, субсидии.

Большое внимание в обществе уделяется тому, чтобы помогать росту молодых людей и руководить этим процессом по мере того, как они достигают зрелости, для получения хороших рабочих мест. Несомненно, это важно. По-

мощь в получении продуктивных, ценимых обществом позиций, важна для психологического благополучия молодежи и для экономического здоровья страны. Поэтому мы работаем над правильной расстановкой, обучением и профессиональным продвижением новых служащих. К сожалению, изучение карьеры заканчивается на середине жизни работника, в той точке, когда выбор профессии и продвижение в ней кажутся стабилизировавшимися.

Дальше академические исследователи и консультанты-практики обращаются к проблемам старения и угасания в пенсионном возрасте, традиционному предмету геронтологии.

Пожилые люди заинтересованы в продолжении работы. Работа помогает ощущать осмысленность жизни. Существуют свидетельства, что если пожилые люди продолжают работать, это повышает оценку ими своего здоровья, интеллектуальных функций и удовлетворенности жизнью. То, в какой степени это так и каким образом проявляется, несомненно, зависит от культуры. Однако некоторые стороны работы, вероятно, оказывают положительное влияние во всех культурах. Примерами такого положительного влияния являются использование высоко ценимых навыков, совершенствование мастерства, влияние рабочей позиции на идентичность человека, опыт, связанный с профессиональным ростом, и возможность сравнивать себя с другими. Все это предполагает, что работа сама по себе имеет смысл для человека. Хотя работа может нравиться в разной степени, к середине жизни человек получает возможность некоторого выбора, поэтому возрастает надежда на то, что работа будет удовлетворять человека.

К удовлетворению, получаемому от работы самой по себе, добавляются вторичные выгоды. Работа задает образец привычной деятельности и в этом смысле является источником стабильности. Рабочее место и профессия создают основу для взаимодействий с другими людьми. Со временем между сослуживцами устанавливаются связи, которые сами по себе становятся источником смысла в жизни человека. Эти потенциально положительные последствия входят в число причин, по которым для человека желательно продолжать работу.

Экономические выгоды работы тоже могут быть важными для пожилых людей. Многие из них, имея право выйти на пенсию, обнаруживают, что не могут себе этого позволить по финансовым основаниям. Они должны работать, чтобы поддерживать тот уровень жизни, к которому привыкли (Haber, 1993). Для самооценки некоторых людей может быть важен сам факт, что они зарабатывают деньги.

Общество также заинтересовано в работе пожилых людей. Если раньше выход на пенсию был способом пристроить относительно небольшое количество людей, в которых экономика не нуждалась, то теперь положение изменилось. Весь индустриальный мир переживает демографические изменения. Доля населения старше 55 лет увеличивается, а доля возрастной группы от 18 до 25 лет уменьшается. Таким образом, людей в возрасте, когда обычно уходят с работы, больше, чем начинающих трудовую жизнь. В результате иммиграции количество молодежи в трудовом резерве страны может увеличиться, но при

этом наиболее вероятно перемещение популяции из неиндустриальных стран в индустриальные.

Конечно, новых иммигрантов можно обучить видам работы, необходимым индустриальному обществу, но поначалу их навыки не позволяют им заменить большинство пожилых работников, прекращающих трудиться. Для сохранения навыков в трудовом резерве желательно замедлить уход пожилых работников.

Меняющийся демографический баланс влияет на способность страны субсидировать выплату пенсий, которые являются одной из сил, поощряющих пожилых людей покидать свою работу. Однако процент пожилых людей в популяции увеличивается, а их ожидания относительно уровня жизни растут. Поэтому расходы на пенсии становятся чрезмерными по сравнению со способностью общества их платить. Во всем мире системы пенсионного обеспечения (социальной защиты) испытывают затруднения с выполнением своих обязательств перед пенсионерами. В результате ограничивается рост пенсий, а возраст, с которого начинает выплачиваться пенсия, увеличивается. Если будет удаваться поощрять пожилых людей дольше оставаться на работе, это будет выгодно правительству, которое в противном случае должно будет выплачивать им пенсии.

Существует также социальный договор с работником. В прошлом подчеркивалась желательность выхода на пенсию; обещалось личное благополучие и часто предполагалось, что человек делал что-то хорошее для других: уступал дорогу более молодым работникам, или посвящал себя заботе о близких, если его здоровье это позволяло. Если такие обещания не удается выполнить, выходу на пенсию суждено вызывать чувство неудовлетворенности. Сейчас пока финансирование пенсий основано на том, что более молодые работники отдают часть своего дохода в пенсионный фонд. Нарушение договора с пожилыми людьми в настоящее время приведет к тому, что молодые работники будут меньше доверять обещанию будущих пенсий и, следовательно, в меньшей степени будут готовы жертвовать своими доходами.

Существует много практических причин, по которым правительство, работодатели и сами люди должны хотеть продлить трудовую жизнь граждан. Однако существуют и обстоятельства, заставляющие работников прекращать трудиться.

Существует совокупность обстоятельств, которые подталкивают работника к принятию решения об уходе с работы. В этой совокупности есть три аспекта: (1) меняющиеся потребности, интересы и способности человека, (2) социальные ожидания и (3) объективные возможности, предлагаемые организациями.

Меняются ли люди с возрастом? Если говорить о карьере, главные изменения касаются личности (т.е. потребностей и интересов) и способностей (т.е. сохранения способности выполнять работу). Относительно первого существуют свидетельства, что основные личностные особенности сохраняются до преклонного возраста. Многие способности, связанные с работой, сохраняются в период от 55 до 70 лет.

«Стадиальные модели» развития карьеры показывают, что потребности человека меняются. Это можно связать с более фундаментальными теориями человеческого развития.

Некоторые исследователи старения описывают адаптацию как возрастающее принятие конца жизни, выражающееся в снижении активности. Это может быть способом для подготовки к приближающейся смерти, однако, вряд ли это наилучшая метафора для описания опыта людей в возрасте от 55 до 70 лет. В этой возрастной группе нет заметного упадка физических и умственных способностей, а то, что кажется снижением, зависит от широкого спектра индивидуальных различий.

Однако люди старше 55 могут думать, что они не так трудоспособны, как прежде. Они начинают считать, что средства, вкладываемые в их личное развитие (это необходимо для продолжения успешной деятельности в технологически изменяющейся рабочей среде), не окупятся. Они беспокоятся, что их товарищи по работе будут к ним хуже относиться и меньше интересоваться их идеями. Это в свою очередь может привести к тому, что человек становится менее склонен выдвигать новые идеи и вносить свой вклад в работу группы. Однако работник, испытывающий неуверенность в себе, когда требуется научиться новым навыкам, и не преданный работе группы, вероятно, будет неуспешным независимо от возраста. Таким образом, изменения в сознании пожилого человека вызываются действиями (происходящими или ожидаемыми) окружающих людей.

В культуре вырабатываются явные оценочные определения того, каким нужно быть человеку и как себя вести в разных возрастах. Однако никто на самом деле толком не знает, каким следует быть в том или ином возрасте. (Например, когда американской феминистке Глории Стейнем исполнилось 40 лет, кто-то сказал, что она не выглядит на сорок. Стейнем ответила: «Именно так сорокалетние и выглядят».) В большинстве неоднозначных ситуаций мы смотрим на то, как ведут себя люди, чтобы понять, что является ожидаемым и социально безопасным. Что касается старения, то мы оцениваем его в соответствии с социальным влиянием, так как существует слишком мало объективных данных, каким нужно быть в определенном возрасте.

Это особенно верно по отношению к работе. Мы слышим рассказы про девяностолетних, начинающих новую карьеру, и про тридцатилетних, уходящих с работы. Существует значительное разнообразие в том, что люди реально могут делать по мере старения. Однако общество накладывает ограничения. Окружающие спрашивают пожилого работника, собирается ли он выходить на пенсию. В Соединенных Штатах таких людей начинают донимать работающие с пенсионерами продавцы собственности и специалисты по финансовому планированию. В организациях существуют четко формулируемые нормы деятельности. Эти нормы влияют на оценку труда людей и степени их соответствия занимаемой должности. Эти нормы выражаются в политике и практике по отношению к людям пенсионного возраста и связанными с этим последствиями в таких разных обществах, как Япония, Малайзия, Россия, Швеция, Соединенные Штаты.

Таким образом, большинство 55-летних работников рассматривают свою карьеру как завершающуюся во многом благодаря социальному определению их роли. Они отказываются от возможности обучаться, потому что, как и все вокруг, считают, что не успеют окупить затраты (деньги или усилия) в оставшийся, предположительно ограниченный, срок. В пятидесятилетнем возрасте профессионалы рассматривают свою карьеру как непредсказуемую и ограниченную во времени. Поэтому они начинают готовиться к уходу с работы.

Организации по своей сути социальны, поэтому неудивительно, что они воплощают социальные нормы в своих правилах, политике и процедурах. В большинстве случаев это происходит скрыто. Администраторы не осознают при этом, что их организация проводит тем самым социальную политику, способствующую старению. Их организационные решения создают ограничения, в рамках которых люди должны сделать выбор, связанный с личной карьерой. Случается, что пожилым работникам предлагают обучение на непривлекательных для них условиях или вовсе не предлагают его проходить. К проблемам и событиям в жизни пожилых работников относятся без особого сочувствия. Намеки на то, что от пожилых служащих ожидается выход на пенсию, едва заметны. Они могут чувствоваться в программах увольнений на пенсию, в поощрениях для уходящих с работы пожилых сотрудников. Практика оплаты труда и продвижения по службе, ограничивающая возможности пожилых, также подталкивает их к выходу на пенсию.

За холодное отношение к продолжению карьеры пожилых работников организацию можно обвинить в возрастной дискриминации. В некоторых случаях это обвинение справедливо. Однако карьере пожилых работников уделяется так мало времени и внимания, что многие работодатели, возможно, просто не осознают, какое влияние оказывают на своих служащих.

Что заставляет людей уходить с работы? В каждой стране, культуре и даже организации различаются нормы и традиции, состав популяции, макроэкономические условия, создающие возможности работы для людей. При всех этих различиях существуют некоторые общие виды давления на человека.

Фундаментальные психологические основы поведения людей, по-видимому, с течением времени в основном не меняются, однако социальное «Я» человека может меняться. Потребности, стремления и ожидания (фигурирующие в различных когнитивных взглядах на мотивацию) подвержены социальному влиянию. Если индивидуальное самочувствие не требует от человека уходить с работы, то этого могут требовать другие обстоятельства. В результате возможно исчезновение мотивации к карьере, появление социально обусловленных изменений индивида, влияющих на его интерес и желание работать. Лежащие в основе этого причины могут быть внешними, однако результаты будут восприниматься как изменение самого человека.

Возможно, наиболее сильный фактор, связанный с поведением на поздних этапах карьеры, — это социальные ожидания. Разнообразные социальные представления о старении принуждают человека соответствовать стереотипам, тогда как индивидуальные случаи должны были бы формировать общественные взгляды. Кажущееся подтверждение стереотипов практикой организа-

ций приводит к тому, что социальные ожидания производят впечатление объективного факта. В результате возникает конформность. Существует мнение, что в пожилом возрасте люди проявляют эксцентричность, что считается допустимым. Однако это относится лишь к неработающим людям. Хотя большой возраст ассоциируется с мудростью, ее модно проявлять только в форме советов и не на руководящих или экономически важных должностях. Можно, таким образом, размышлять над тем, что свобода проявлять свою индивидуальность в старости покупается отказом от других ролей.

Организации смягчают влияние жесткой практики в отношении пожилых тем, что делают ее обыденной. Там, где выход на пенсию принудителен или является устоявшимся обычаем, уход человека не воспринимается как его отвержение. Процесс ухода многогранен. В исследованиях этого процесса уже давно пытаются установить причины принятия решения об уходе. Показано, что в большинстве случаев причин бывает много: одни из них позитивны (например, желание выполнять новый круг обязанностей), другие связаны с возникающими возможностями (например, получение пенсии), третьи носят личный характер (такие, как собственное здоровье или здоровье супруга/супруги); существуют и негативные причины (взаимоотношения в трудовом коллективе, собственные возможности на работе). Организация, опираясь на социальные нормы, выдвигает целый ряд причин, по которым человек должен уйти. Этот ряд столь велик, что человек, как правило, может найти способ уйти с работы, «сохраняя лицо». Его борьба с этими расплывчатыми силами будет подобна битве с отрядом призраков: не видишь, с кем сражаешься.

Геронтология в некотором роде определила свой предмет как «жизнь после карьеры». Хотя и существуют исследования роли работы в старости, в них обычно обсуждается вопрос, почему некоторые люди ведут себя так необычно. Исследования выхода на пенсию обычно сосредоточиваются на том, что в этой ситуации дает человеку чувство удовлетворенности и адаптированности. Менее принят взгляд на выход на пенсию как на часть карьеры. Когда геронтологи изучают взаимодействия пенсионеров и их самооценку, вопрос об их работе не обсуждается (т.е. предметом исследований становятся болезни пожилых, очень старые люди, население домов для престарелых, положение неизлечимо больных и пр.). Но для пожилых людей, которых еще нельзя назвать совсем старыми, работа, несомненно, возможна. Получается, что геронтология мало помогает в понимании и разрешении проблем, связанных с работой. Работа пожилых рассматривается не как общий случай, а как отклонение. Работающему человеку нельзя быть старым, потому что у старых не предполагается существования многих потребностей, переживаний и изменений в жизни.

Тот факт, что геронтология не обращается к вопросам работы, не вызывал бы беспокойства, если бы эти вопросы рассматривались где-нибудь еще. Однако ни исследования профессий, ни практика работы с кадрами (которые, конечно, связаны с проблемами работы и карьеры) не занимаются систематически пожилыми работниками. Вопросы, поднимаемые администраторами по работе с кадрами, скорее касаются того, как честно и тактично посоветовать пожилым работникам выйти на пенсию. В Соединенных Штатах компании уделяют зна-

чительное внимание вопросу о необходимости выплаты компанией пенсий, при том что эти выплаты постоянно растут, а правительственная доля в пенсиях уменьшается. Когда организации нанимают пожилых работников, им часто предлагают должности, не имеющие прямого отношения к основной работе, порой с неполным рабочим днем, или сезонные.

Дисциплины, от которых можно было бы ожидать компетентности в вопросе карьеры в поздний период жизни, серьезно не занимаются этой темой. Хотя есть свидетельства возрастающего интереса к этой области, вопросов в ней все же остается намного больше, чем людей, занимающихся ими.

Каковы же варианты работы и выхода на пенсию? В понятие «выход на пенсию» часто вкладывается то, что человек начал получать пенсию или ушел с работы. Эти факты важны, но если они используются как единственные показатели статуса пенсионера, они могут вводить в заблуждение. Многие люди, вышедшие на пенсию, на самом деле продолжают работать, а еще большее количество говорит, что поступило бы так же, если бы смогло найти подходящую работу. Выход на пенсию должен пониматься как субъективное состояние, что верно и для состояния, отражающего трудовой статус. В результате простого наблюдения за тем, что происходит с людьми после выхода на пенсию, я описал четыре возможных варианта статуса пенсионера.

Не работающие люди воспользовались возможностью уйти с работы и не заинтересованы в дальнейшей службе.

Продолжающие карьеру остаются активными, развивают свои трудовые навыки, берут на себя ответственность за работу. Их интерес и участие в работе остаются прежними.

«Вытолкнутые» на пенсию. Эти люди не работают, обычно получают пенсию и производят впечатление вышедших на пенсию. Однако у них сохраняется потребность в работе. Они говорят, что были вытолкнуты с работы действиями или решениями других. Если бы им представилась возможность, они сделали бы работу значительной частью своей жизни.

Возобновившие работу после ухода на пенсию. Эти люди ушли с работы, но затем вернулись. Они соглашаются работать на должностях, совершенно отличных от тех, какие они имели на протяжении большей части своей рабочей жизни. Возможно, благодаря работе они находятся в окружении, доставляющем им радость (например, экскурсовод или инструктор по рыбной ловле). Возможно, они работают потому, что нуждаются в деньгах. Какими бы ни были причины, они ищут что-то, чего им не может дать выход на пенсию. Однако выполняемая ими работа не рассматривается как продолжение карьеры.

Первые две категории находятся в состоянии уравновешенности. Потребности соответствуют ситуации. Две последние категории свидетельствуют о состоянии неуравновешенности, когда объективная ситуация отличается от того, чего хочет человек.

Итак, наиболее важным фактором, заставляющим людей уходить с работы, является социальное старение. Хотя не существует заговора против пожилых людей, однако общественные представления, политика организаций и научные взгляды образуют силу, оказывающую на людей давление в том

направлении, чтобы они заканчивали свою карьеру в назначенный момент времени. Могущество этих сил ощущается человеком как напрямую, так и косвенно, передается через отношение окружающих, через практику работодателей. Если эта точка зрения верна, тогда возможно открытое вмешательство в эту ситуацию. Для снижения экономических и человеческих потерь, вызываемых сейчас сокращением трудовой жизни, можно прибегнуть к прямым изменениям в практике организаций и приложить усилия, направленные на повышение информированности широкой публики.

Тема 9. ПОЖИЛЫЕ В СЕМЬЕ

Место пожилого человека в семье. Исторические и этнические традиции. Проблемы взаимоотношения поколений. Наставничество. Общество и семья. Законодательное регулирование взаимоотношений детей и престарелых родителей.

Отношение общества к пожилым людям отражает уровень цивилизованности этого общества, несущего ответственность за их социальное, материальное положение, эмоционально-психологическое состояние. Как известно, в последние десятилетия происходит увеличение доли таких людей в составе населения индустриально-развитых стран. Не обошел стороной этот процесс и Россию. Это обуславливает необходимость изучения социальных возможностей и роли в семье и обществе этой части населения.

С выходом на пенсию социальный мир человека сужается, круг общения ограничивается в основном ближайшими родственниками и, отчасти, соседями, немногими друзьями. Утрачивается многие идентичности. Наиболее важной, зачастую практически единственной становится идентификация с семьей. Семейные ценности доминируют в ценностном сознании пожилых людей. Семья становится важнейшей сферой, в которой реализуются многие потребности пожилого человека – витальных, интеракционистских, социализационных, смысло-жизненных.

Исследование показало, что нынешнее старшее поколение России больше отдает, чем получает помощи. Большинство бабушек и дедушек вносит свой вклад в воспитание несовершеннолетних внуков. Они оказывают помощь также среднему поколению своих семей в ведении домашнего хозяйства, помогают деньгами. Отсутствие семейных связей или снижение их уровня отрицательно сказывается на эмоционально-психологическом состоянии, на удовлетворенности пожилых людей состоянием здоровья, материальной обеспеченностью, положением среди окружающих и т.д. Наиболее депривированы пожилые люди, не имеющие ближайших родственников, либо имеющие детей, но не поддерживающие с ними отношений. Они нуждаются в особом внимании со стороны органов социальной защиты населения.

Как показывают исследования, в браке состоит чуть меньше половины пожилых людей (48,7%). С увеличением возраста доля состоящих в браке резко падает после 70-летнего рубежа: до 70 лет в браке состоит около 57% респондентов, а после – 34,8%.

Большое различие в брачности наблюдается и между полами. 71% мужчин состоит в браке, тогда как среди женщин имеют супруга только 29,9%. Такое положение наблюдается во всех возрастных группах. Низкий уровень брачности среди женщин в старших возрастах объясняется значительными потерями мужского населения в годы Великой Отечественной войны, а также более низкой продолжительностью жизни мужчин по сравнению с женщинами. Многие женщины не имели возможности создать семью, а вышедшие замуж чаще становились вдовами, чем мужчины – вдовцами. Свою роль играет и то, что вдовцы гораздо чаще женятся повторно.

Основная масса пожилых людей (около 83,4%) имеют детей. Не имеющие детей мужчины встречаются гораздо реже, чем бездетные женщины: 12,7% и 21,9% соответственно. Эта закономерность характерна для всех возрастных групп. Объяснить это можно меньшей брачностью женщин. По мере увеличения возраста растет число людей, не имеющих детей: в группе «до 65 лет» не имеют детей 15,4%, в группе «65-69 лет» - 18,1%, а среди тех, кто старше 70 лет – 23,9%. Практически все пожилые люди, состоящие в браке, имеют и ныне живущих детей (94,0%), тогда как среди не состоящих в браке детей имеют 71,9%.

В качестве одного из факторов, влияющих на социальное самочувствие пожилого человека, рассматривался фактор условий проживания (одинокое или в семье). Одинокое проживают 40,9% респондентов. Наблюдается значительная дифференциация по полу: одиноко проживающих среди женщин почти половина (46,6%), тогда как среди мужчин чуть более четверти (26,3%). Особенно много проживающих одиноко среди перешедших 70-летний рубеж (52,2%, в более молодых возрастных когортах 33-35%). Менее пятой части тех, кто не состоит в браке, живут с семьей. Возрастные группы и группы по полу по условиям проживания существенно не различаются.

Семейные связи во многом зависят от брачного статуса, наличия детей или отсутствия детей и условий проживания. Из групп пожилых людей, образованных всевозможными комбинациями указанных признаков, фактически наполненными являются четыре:

- А** – группа тех, кто *не состоит в браке, бездетны, проживают одиноко;*
- Б** – *не состоят в браке, имеют детей, проживают одиноко;*
- В** – *не состоят в браке, имеют детей и проживают с семьей;*
- Г** – *состоят в браке, имеют детей и проживают с семьей.*

Среди субъективных факторов, влияющих на эффективность адаптации, рассматривались идентификация индивидов с различными социальными группами и структура ценностных ориентаций индивидов.

Рассмотрим *структуру ценностей* пожилых людей. На первом месте среди ценностей находится здоровье (выбрали 71,9% опрошенных), на втором – семья, дети, (69,8%), на третьем – стабильная, спокойная старость (67,4%). За этой тройкой с большим отрывом идут следующие ценности: мир в стране (22,9%), друзья, уважение окружающих (19,1%), чистая совесть (18,0%). Остальные ценности (интересный досуг, работа) отмечали менее 5% пожилых людей. Указанный набор ценностей можно считать стабильной характеристикой людей пожилого возраста в нашей стране.

Ценностные предпочтения выделенных групп пожилых людей по семейным связям представлены следующим образом. Составляющие группу **А** сосредоточены на двух основных ценностях: спокойной старости (83,7%) и здоровье (77,1%), семейные ценности находятся далеко на периферии. В группе **Б** ценность семьи (63,1%) выходит на третье место, уступая все же здоровью (77,4%) и стабильности (70,5%). Группа **В** и группа **Г** схожи по структуре ценностных ориентаций. Различие только в интенсивности. В группе **Г** доминируют семейные ценности – 90,8%. Здоровье (67,3%) и спокойная старость (61,1%) для этой группы достаточно актуальны, но находятся на втором плане. В группе **В** семейные ценности также первостепенны (78,6%), но отрыв от следующей за ней ценностью здоровья (72,4%) не столь велик. Таким образом, наблюдается два типа ценностных ориентаций: в одном доминируют ценности здоровья и стабильной старости, а в другом – семейными ценностями. По мере повышения уровня семейных связей первый тип сменяется вторым.

Для пожилых людей в целом наиболее важной группой является семья и родственники (54,7%). Далее, со значительным отрывом, указываются люди того же возраста (12,8%), а также группы людей, с которыми происходит повседневное межличностное общение – соседи (12,4%), друзья (11,4%). 8,0% респондентов выбрали ответ «Никто». Ответ «Люди, разделяющие Ваши убеждения» указали 5,6% опрошенных, «Сослуживцы» - 4,4%, «Люди со сходной судьбой» - 3,3%. Остальные категории набрали менее 1% от числа пожилых людей. Отметим, что из больших общностей идентификация существует только с группой пенсионеров.

В зависимости от уровня семейных связей наблюдаются заметные различия в идентичностях. В группе **А** наиболее значимая группа – соседи (21,7%), на том же уровне группа «Никто» (20,3%). Затем идут абстрактные люди того же возраста (т.е. пенсионеры в целом), семья и родственники (абстрактные, не существующие в природе) и только потом появляются друзья (14,7%). Это группа совершенно одиноких людей. Группа **Б** отличается от группы **А** наличием детей, соответственно уровень идентификации с семьей и родственниками возрастает до 46,5%, а в остальном иерархия идентичностей повторяет группу **А**. В группе **В** люди проживают с кем-либо из детей, но не имеют супруга (или супруги). Иерархия идентичностей та же, что в группе **Б**, но значимость семьи и родственников (65,3%) резко возросла при соответствующем снижении значимости остальных групп идентификации. Те же тенденции еще более усиливаются в группе **Г**: значимость семьи увеличивается до 70,4%, значимость прочих групп менее 10%.

Итак, по мере усиления семейных связей, возрастает значимость семьи и снижается значимость прочих групп идентификации: людей того же возраста, соседей и друзей. Семья – наиболее значимая группа для всех групп, кроме тех пожилых людей, которые вовсе не имеют детей и супруга (или супруги).

Для оценки различных аспектов *социального самочувствия* пенсионеров использовался ряд переменных: самооценки состояния здоровья, материального положения семьи, положения среди окружающих, а также оптимистическое или пессимистическое отношение к будущему.

Модальную оценку состояния здоровья – «Временами плохо себя чувствую» – дают 37% пожилых людей. Положительные оценки «Хорошо» и «Удовлетворительно» дают соответственно 5,0% и 29,5% опрошенных, т.е. 34,5% удовлетворены своим здоровьем. «Очень плохо» и «Плохо» отметили соответственно 2,6% и 25,9%, т. е. отрицательно свое здоровье оценивают 28,5%. Как видим, пожилые люди избегают крайних оценок своего состояния здоровья и большей частью оценивают его в положительном ключе (оценку «Временами плохо» можно считать скорее положительной, особенно с учетом возраста).

Состоящие в браке дают более высокую оценку своему здоровью, чем те, кто в браке не состоит: 46,1% первых и 20,7% вторых считают его хорошим или удовлетворительным; плохим или очень плохим свое здоровье считают соответственно 17,5% и 41,2%. Наличие детей также положительно влияет на самооценку состояния здоровья. Среди пенсионеров, имеющих детей, 36,4% оценивают свое здоровье как хорошее или удовлетворительное и 26,3% как плохое или очень плохое. Среди не имеющих детей соотношение обратное: положительная оценка только у 19,3%, а отрицательная – у 43,8%.

Прослеживается достаточно выраженная зависимость самооценки состояния здоровья от уровня семейных связей. Самая низкая оценка своего здоровья в группе А: «Плохо» или «Очень плохо» отметили 47,6%, «хорошо» и «удовлетворительно» – 17,5%. Напомним, что более половины из них свыше 70 лет. Далее, по мере перехода к следующим группам доли оценок «Плохо, очень плохо», убывают, а «Хорошо, удовлетворительно» возрастают; доля оценок «Временами плохо» колеблется вокруг среднего уровня. Аналогичная картина наблюдается в самооценке материального положения своей семьи. Доля оценок «Плохое и очень плохое» убывают с ростом уровня семейных связей и особенно низка в группе Г (16,8%), тогда как в прочих группах этот показатель находится на уровне 36-41%. Одновременно доли оценок «Среднее» и «Хорошее» растут с 46,8% до 65,1% и с 4,8% до 14,1% соответственно.

Итак, самочувствие пожилых людей в огромной степени определяется уровнем семейных связей. Показатели удовлетворенности пенсионеров (здоровье, эмоционально-психологическое состояние, материальное положение, отношения с окружающими) тем выше, чем выше этот уровень.

Семьи для пожилых людей является средством удовлетворения самых насущных потребностей – витальных, интеракционистских, социализационных и смысложизненных. При этом значительную роль играют *межпоколенные семейные связи*. Витальные потребности удовлетворяются путем получения от детей материальной поддержки, оказания ими услуг по уходу в случае болезни и т. п. Немаловажное значение для пожилого человека имеет эмоционально-психологическая «подпитка», получаемая от сознания проявляемой по отношению к нему заботы. Помощь, оказываемая детям, является средством реализации интеракционистских, социализационных и смысложизненных ценностей (благополучие близких, воспитание внуков, самореализация). Связи между поколениями реальны, когда происходит обмен помощью между поколениями в какой-либо форме. Если такого обмена не происходит, связь между поколениями можно считать формальной.

Как же происходит обмен помощью между пенсионерами и их детьми? Отметим, что около 19,3% пожилых людей детей не имеют, поэтому о них речи не идет. Среди имеющих детей женщины получают помощь чаще, чем мужчины (68,1% женщин против 61,1% мужчин). Такая закономерность присуща всем возрастным группам: в группе «до 65 лет» соотношение получающих помощь среди женщин и среди мужчин соответственно 64,0% и 60,3%; в группе «65-69 лет» 71,6% и 58,8%, а в группе «70 лет и старше» - 71,2% и 63,8%. С увеличением возраста потребность в помощи растет, но также растет и удельный вес получающих помощь. Если в группе «до 65 лет» помощь получают 63,0%, то в группе «65 – 69 лет» - 66,3%, а в группе «70 лет и старше» уже 69,0%.

Одинокое проживание затрудняет получению помощи. Из числа имеющих детей указывают, что не получают помощи от детей 33,0%, проживающих одиноко, а среди проживающих с семьей 26,6%. Получающие помощь чувствуют себя лучше по состоянию здоровья. Они также выше оценивают свое материальное положение.

Взаимодействие пожилых людей со своими взрослыми детьми далеко не всегда ограничивается получением помощи. Гораздо чаще помощь идет в обратном направлении – 81,4% респондентов оказывают различного рода помощь своим детям. Как видим, оказывающих помощь значительно больше, чем ее получающих. Наиболее популярные виды помощи детям - уход за внуками (37,3% от числа имеющих детей), деньгами (33,6%), помощь по дому (31,9%). Женщины оказывают помощь несколько чаще, чем мужчины. Среди имеющих детей женщин оказывают помощь 83,4%, тогда как в аналогичной группе мужчин – 77,0%. Типично женские виды помощи - уход за внуками (указали 44,8% женщин и 20,4% мужчин) и помощь по дому (36,8% женщин и 20,8% мужчин). Для мужчин основной вид помощи – это помощь деньгами (45,1%); среди женщин этот вид помощи уступает по частоте (28,6%).

Самый большой удельный вес оказывающих помощь в возрастной группе «до 65 лет» (86,1%). По мере увеличения возраста интенсивность оказания всех видов помощи убывает. Наиболее стабильно оказывается помощь деньгами: в возрастной группе «до 65 лет» ее оказывают 35,0% опрошенных, имеющих детей, в группе «65-69 лет» – 33,1%, в группе «70 лет и старше!» – 32,5%, т.е. снижение незначительное.

Ухудшение состояния здоровья вызывает снижение частоты помощи детям, но достаточно заметное снижение наблюдается лишь среди чувствующих себя плохо и очень плохо. Среди тех, кто чувствует себя хорошо или удовлетворительно, помощь оказывают 89,2%; в группе чувствующих себя «временами плохо» удельный вес оказывающих помощь снижается незначительно (до 82,9%), и только в группе с самым плохим самочувствием происходит заметное снижение – до 68,6%. Но даже и в этой группе, как видим, более 2/3 продолжают помогать детям. Это значит, что такая помощь очень много значит для пожилого человека. Видимо, через нее реализуется потребность в том, чтобы чувствовать себя нужным и полезным своим детям: пожилой человек стремится оказывать им поддержку, «пока ноги держат».

В зависимости от состояния здоровья наблюдается уменьшение числа оказывающих денежную помощь: с 38,1% чувствующих себя хорошо или удовлетворительно до 29,4% чувствующих себя плохо или очень плохо. Ухудшение здоровья вынуждает пенсионера покинуть рабочее место, что вызывает заметное снижение материальных возможностей. Заметим, что в группе с относительно благополучным состоянием здоровья работающих 36,6%, среди тех, кто «временами плохо себя чувствует» - 14,7%, а в группе чувствующих себя плохо или очень плохо работают только 2,6%. Следовательно помощь оказывается нередко только за счет пенсии, но все же оказывается.

Уход за внуками и помощь по дому требуют значительных усилий. Естественно, что оказание этих видов помощи сильнее зависит от состояния здоровья. В уходе за внуками активно участвуют 39,6% пожилых людей, чувствующих себя хорошо и удовлетворительно. Этот показатель снижается до 24,2% в группе с плохим и очень плохим состоянием здоровья. Аналогично обстоит дело с помогающими по дому. Если среди чувствующих себя хорошо и удовлетворительно помощь по дому оказывают 35,1%, среди оценивающих свое здоровье как «временами плохо себя чувствую» - 33,8% (незначительное снижение), то среди чувствующих себя плохо и очень плохо по дому помогают только 24,7%. Таким образом, и в делах, связанных с оказанием услуг пожилые люди стремятся помогать, невзирая на проблемы со здоровьем и вынуждены прекращать помощь только при плохом или очень плохом самочувствии.

Проживающие с семьей имеют гораздо больше возможностей оказывать услуги по дому: 90,9% их оказывают помощь молодым, тогда как среди живущих одиноко помогают семьям детей 60,4%. Причем, чаще оказываются все виды помощи. В уходе за внуками помогают 42,6% проживающих с семьей и 25,7% одиноких, помощь по дому оказывают соответственно 36,5% и 15,2%, деньгами – 36,5% и 27,4%. Видимо, совместное проживание способствует большей вовлеченности пожилых людей в оказание помощи детям.

Хотя работающие пенсионеры имеют меньше свободного времени, они оказывают помощь чаще, чем неработающие: помогают детям 88,4% работающих и 79,6%. Первые, имея больше материальных возможностей, чаще помогают деньгами – 52%; среди неработающих таких 28,7%. Однако, не наблюдается существенных различий в частоте ухода за внуками и помощи по дому: ухаживать за внуками помогают 34,8% работающих и 38,0% неработающих, помогают по дому 32,9% работающих и 31,6% неработающих.

По данным исследования, с повышением уровня образования растет и показатель трудоустроенности. Среди имеющих образование не выше начального работают всего 9,2%, у имеющих среднее образование этот показатель возрастает до 19,3%, а среди специалистов со средним и высшим образованием продолжают трудиться 26-28%. Поэтому для высокообразованных характерны те же тенденции в оказании помощи, что и для работающих.

Имеющие высшее образование реже помогают в уходе за внуками (29,6%, в среднем по выборке 37,3%), предпочитая помогать деньгами. Вообще, чем выше уровень образования, тем чаще оказывается денежная помощь: среди людей с образованием не выше начального ее оказывают 28,8%, среди имеющих

среднее или среднее специальное помогают деньгами около 35%, а среди людей с высшим образованием 39,5% (в среднем по выборке 33,6%). Помощь по дому чаще оказывают пенсионеры со средним и неполным средним образованием (35,6%), они же активнее ухаживают за внуками (39,7%). Среди людей с низким уровнем образования (не выше начального) очень много принадлежащих к возрастной группе, уже отметивших 70-летие, которым помогать по дому не позволяет состояние здоровья. Люди с более высоким уровнем образования больше заняты на работе и меньше времени могут уделить домашней работе.

Помогающих детям отличает высокая степень ориентации на семейные ценности - 86,0% (первое место), тогда как среди тех, кто не помогает детям, семейные ценности выбрали 59,1% (третье место).

По характеру обмена помощью можно выделить следующие группы:

1) те, кто и оказывает, и получает помощь (57,1% имеющих детей); 2) чистые доноры (оказывают помощь, но сами ее не получают) – 24,3%; 3) чистые реципиенты (помощь только получают) – 8,8%; 4) те, кто не участвует в обмене помощью с детьми, т.е. поддерживает с детьми чисто формальные отношения, если вообще поддерживает. Таких среди имеющих детей оказалось 9,8%. По половому составу первые три группы, участвующие в обмене помощью, не отличаются от среднего по выборке, женщин в них 71-74%. В последней группе женщин около половины. Мужчины чаще, чем женщины, не участвуют в обмене помощью с детьми

Наиболее многочисленная группа – это те, кто является и донором, и реципиентом помощи. Удельный вес тех, кто и получает, и оказывает помощь, остается одинаковым в разных возрастных группах. Среди проживающих одиноко с увеличением возраста снижается доля оказывающих и получающих помощь одновременно: удельный вес доноров-реципиентов в группах моложе 70 лет составляет около 47%, а в группе «70 лет и более» - 38%. В то же время среди живущих в семье удельный вес тех, кто получает и оказывает помощь, растет по мере увеличения возраста с 60,8% в группе «до 65 лет», до 63,6% в группе «65-69 лет» и 67,3% в группе «70 лет и старше». Это можно объяснить тем, что пожилые люди, поддерживающие тесные связи с детьми, при потере способности обслуживать себя самостоятельно переселяются к ним и активно включаются в домашние дела.

С увеличением возраста способность оказывать помощь падает, а потребность в получении помощи растет. Эта естественная тенденция отражается в уменьшении числа чистых доноров: с 28,7% в группе «до 65 лет» и 23,3% в группе «65-69 лет» до 19,9% среди тех, кому 70 и более лет. Вместе с тем, по мере увеличения возраста растет удельный вес чистых реципиентов: в первой из упомянутых групп таких 5,6%, во второй – 7,4%, в третьей – 13,3%.

Удельный вес группы не участвующих в обмене помощью составляет 9,8% и практически не зависит от возраста: во всех возрастных группах отклонение от этой цифры не более 1,5%. Среди живущих в семье таких только 5,1%. Но среди тех, кто проживает одиноко, уже 20%. Причем, в наименьшей степени поддерживают контакты с детьми проживающие одиноко вдовцы. Для людей, которые не обмениваются помощью с детьми, характерна слабая ориентация на

семейные ценности (31,1%), тогда как здоровье и стабильность отметили соответственно 91,1% и 88,9%. Наблюдается также низкий уровень идентификации с семьей: только 28,9% назвали семью значимой группой. Это почти на одном уровне с соседями (24,4%) и гораздо ниже, чем в целом среди пожилых людей (54,7%). Типичный представитель данной группы – вдовец, который после потери супруги не пожелал жениться еще раз и не захотел поселиться с кем-либо из детей.

Поскольку нас интересуют пожилые люди в семье, рассмотрим подробнее их групповую структуру в зависимости от семейного положения. Принадлежащих к группе А, т. е. тех, кто не состоит в браке, не имеет детей и проживает одиноко, в общей численности опрошенных около 143 человека. Абсолютное большинство группы – женщины (87,6%), более половины (52,3%) перешагнули 70-летний рубеж. Уровень образования относительно низкий – 41,8% имеют образование не выше начального. Работающих в этой группе 3,4%, меньше, чем в любой другой. Основные ценностные ориентации – здоровье и спокойная старость, стабильность. Рейтинг семейных ценностей низок, что подтверждается относительно низким удельным весом желающих вступить в брак и иметь детей. Некоторая часть группы ориентирована на семейные ценности, но не смогла создать и сохранить семью в силу объективных обстоятельств. В группе самые низкие показатели состояния здоровья: 47,6% жалуются на плохое или очень плохое здоровье (в среднем 29,7%), хорошую или удовлетворительную оценку здоровью дают только 17,5% (в среднем 33,1%). Эта группа также наименее обеспечена материально. Плохим или очень плохим свое материальное положение считают 38,4%, средним - 46,8%. Положением среди окружающих удовлетворено только 31,5% состава группы (в среднем 57,1%). В группе также наиболее велик удельный вес пессимистов 42,7% (в среднем 39,4%) и самая низкая доля оптимистов 11,9% (в среднем 19,1%). Входящие в эту группу в наибольшей степени нуждаются в помощи со стороны системы социальной защиты, поскольку на помощь ближайших родственников им рассчитывать не приходится, а сами себя они обеспечить не могут.

Группа Б включает не состоящих в браке, но имеющих детей, хотя и проживающих одиноко. Удельный вес женщин выше - 80,2%. Велика доля людей от 70 лет и старше (46,6%). По уровню образования группа особо не выделяется: немного выше среднего доля имеющих начальное образование (35,2%), немного ниже среднего доля имеющих специальное среднее (14,5%) и высшее образование (7,5%). Работающих 13,1% (ниже среднего). Способность к самообслуживанию у мужчин ниже, поэтому, овдовев, они стремятся вступить в брак повторно или переселяются к одному из детей. Если мужчина остается в данной группе, это может означать наличие проблем в отношениях с детьми и с окружающими вообще. Для таких мужчин характерен низкий уровень идентификации с семьей и низкий рейтинг семейных ценностей, они практически не обмениваются помощью с детьми. Женщине выйти замуж повторно гораздо сложнее из-за неблагоприятного соотношения полов в своей возрастной группе. Пока сохраняется способность к самообслуживанию, она может предпочесть жить одиноко, поддерживая тесные связи с семьями детей, затем, когда способ-

ность к самообслуживанию станет низкой, переселяется к одному из детей. Но некоторая часть женщин этой группы помощью с детьми не обмениваются, и, фактически находятся на положении представителей группы А. По состоянию здоровья группа неблагополучная: 44,5% оценивают свое здоровье как плохое или очень плохое. Материальное положение гораздо хуже, чем по выборке в целом (40,6% оценивают его как плохое или очень плохое). Удовлетворенных положением среди окружающих также ниже, чем в среднем по выборке: удовлетворенных 48,3% (на 8,8% ниже среднего), неудовлетворенных - 21,4% (на 1,2% ниже среднего). Доля оптимистов 14,3% (на 5% ниже среднего), а пессимистов - 40,1% (средний уровень). В целом, положение данной группы несколько хуже среднего уровня. Это единственная группа, в которой значительна доля тех, кто не обменивается помощью с детьми - 20%. Здесь и самый высокий удельный вес чистых реципиентов - 20,7%. Доля одновременно помогающих и получающих помощь - 41,9% - значительно (на 20%) ниже, чем в группах В и Г. Ниже, чем в этих группах, доля чистых доноров - соответственно 16,6% и 27-30%.

Группа В относительно малочисленна. Это в основном вдовы (88,1% женщин), живущие с детьми. Почти половина - 48,9% - старше 70 лет. Работающих 16,1% (немного ниже среднего уровня). По уровню образования не отличаются от группы Б. Члены этой группы ориентированы на семейные ценности и идентифицируют себя, главным образом, с семьей. Здоровье немного лучше, чем у проживающих одиноко - типичная оценка «временами плохо себя чувствую» (43,8%, в целом по выборке 36,2%). Материальное положение хуже, чем в среднем - на плохое или очень плохое материальное положение указывают 36,3% состава группы. Удовлетворенность положением среди окружающих высокая: 63,7% удовлетворены своим положением, не удовлетворенных - 11,2%. Соотношение оптимистов и пессимистов на среднем уровне (17,3% и 36,7% соответственно). По всем показателям группа В благополучнее группы Б. В ней практически все оказывают помощь детям (92,9%), 29,6% являются чистыми донорами, а 63,3% - донорами и реципиентами одновременно.

Группа Г самая многочисленная. Члены этой группы имеют супругу или супруга, а также детей и живут в семье. Пожилая супружеская чета может жить и отдельно от детей, но поддерживает тесные связи с ними. Удельный вес мужчин в группе Г гораздо выше (около 40%). По возрасту это самая молодая группа: люди до 65 лет составляют в ней 46,1%, 70 лет и старше - 29,0%. Это объясняется высоким удельным весом и относительно низкой продолжительностью жизни мужчин. После смерти супруга вдова переходит в группу Б (если супруги жили отдельно от детей) или в группу В (если жили вместе). Наиболее образованная группа: доля имеющих начальное образование - 25,1% - самая низкая, а остальных образовательных групп - выше или равны долям соответствующих групп во всей выборке. Работающих - 22,4% - больше, чем среди прочих групп. По состоянию здоровья группа Г наиболее благополучная: 45,8% считают свое здоровье хорошим или удовлетворительным. Материальное положение 65,1% оценивают как среднее («такое же, как у большинства») и 14,1% - выше среднего. Оба показателя выше средних по выборке. Соотношение удовлетво-

ренных и неудовлетворенных положением среди окружающих наиболее благоприятное по сравнению с другими группами (66,7% удовлетворенных и 16,4% неудовлетворенных). Доля оптимистов – самая высокая (24,7%), а пессимистов – 38,9%, т. е. на среднем уровне. По обмену помощью группа практически не отличается от группы **В**: 90,5% оказывают помощь, в их числе 26,9% - чистые реципиенты, 63,6% - доноры и реципиенты одновременно. Таким образом, данная группа самая благополучная по всем показателям.

Типология отношений пожилых людей и их взрослых детей. Эта вечная, существующая со времен возникновения человеческого общества тема всегда была обоюдоострой для обеих сторон конфликта. Сменялись поколения, дети становились отцами, а обсуждение этой проблемы не только не смолкало, но разгоралось с новой силой. И.С.Тургенев, написав знаменитую повесть, лишь отразил бытие этой темы для своего времени. Ведь еще Каин не понял Создателя. А притча о блудном сыне? Цари Иван Грозный, Великие Петр и Екатерина не могли похвастаться взаимопониманием со своими наследниками.

Известная история Ветхого завета рассказывает об отношениях Ноя со своими сыновьями Симом, Хамом и Иафетом. За непочтительное отношение Ной проклял Хама, а его потомство обречено быть рабами у братьев своих. Хамство навсегда переплелось с рабством и холуйством. Холуй послушен и покорен до тех пор, покуда он находится в какой-либо зависимости, но стоит ему почувствовать свою независимость, как маска вежливости и лести срывается. Хам обретает силу, которую направляет прежде всего против ослабевшего хозяина.

К старикам сейчас все чаще применяют синонимы «обездоленные» и «бездомные». Но вряд ли их делает таковыми только размеры пенсии, скорее это делают собственные дети. Кто их выгнал из дому? Или все старики бездетны? Только ли экономический кризис переживает сегодня наше общество? Если так, то можно надеяться на скорый и счастливый исход из такого состояния. Куда мрачнее перспективы выхода из кризиса нравственного, который всегда имеет длинные и давние корни.

Одна из вечных заповедей, прочитанных Моисеем на каменных скрижалях, и повторенная через полторы тысячи лет Иисусом Христом, гласит: «Чти отца своего и мать твою, да благо ти будет и да долголетен будешь на земли». Возможно, что это первый рецепт долголетия, причем речь идет не о долголетию родителей, что надо понимать само по себе подразумевается, а о долголетию заботливых детей.

Можно выделить два типа отношения к старикам: *геронтофобия*, или «линия Хама», и *геронтофилия*, или «линия Сима-Иафета». По тому, какая из линий является господствующей, можно судить, кто «правит бал» в обществе, гуманисты или гуманоиды – последние «радикально» решали проблемы стариков – они их просто съедали. Отношение общества к своим старикам отражает уровень цивилизованности этого общества, несущего ответственность за социальное, материальное, психологическое, одним словом комфортное состояние людей преклонного возраста. Социальная обязанность молодых людей – сгладить, психологически амортизировать трудности последнего этапа жизни. Под-

держка и уважение со стороны молодых явится превентивной мерой, продиктованной их стремлением гарантировать себе аналогичную, благополучную осень жизни.

Отношения между детьми и родителями (в нашем анализе: между взрослыми детьми и престарелыми родителями) можно классифицировать по простейшему, но вечному основанию – отношению родства. При этом мы выделяем четыре сочетания: мать-дочь, мать-сын, отец-сын, отец-дочь.

Рассмотрим лишь геронтофильные варианты отношений. Так ли уж они безоблачны и бесконфликтны? Существует генетическая память, которая подсказывает, что в прошлые времена семья была под властью старшего мужчины, а всем домашним бытом управляла старшая женщина. При рассмотрении отношений «отец-сын» и «мать-дочь» нельзя не упомянуть мнение психологов-фрейдистов о комплексах Эдипа и Электры. Это застарелое, подсознательное соперничество сына с отцом и дочери с матерью способно сохраняться всю жизнь. В мужчине до позднего возраста бунтует тот самый мальчик, который подавляет в себе всякое женское начало и стремится доказать, что он и его мать не единое целое. Экзистенциалист Ж.-П.Сартр, напротив, полагал, что свободными и талантливыми становятся лишь те мужчины, над которыми никогда не довлела тяжелая длань отца. «Хороших отцов не бывает – таков закон...» (Слова М., 1966).

Сама система отношений подвергается инволюционному изменению, происходит возврат к прошлому, но стороны при этом меняются местами – младшие начинают опекать старших. Старшие не всегда принимают новые условия игры и новые роли, потому что приняв их, они должны как бы признать свое поражение. «Рокировка» позиций старших и младших чревата разнообразными конфликтными ситуациями. В большинстве своем пожилые люди смиряются с новым поворотом судьбы, подчиняются и теряют всякую самостоятельность, появляется нерешительность, страх что-нибудь напутать. Возможно эта ситуация стара, как мир: ещё Платон иронизировал по поводу стариков, которые «привыкают уподобляться ребенку и стращать своих сыновей». Чтобы чувствовать себя уверенным и собранным, человеку любого возраста необходим самоконтроль, но если кто-то другой берет эту функцию на себя, то проигрывают оба. В стране Лапута Гулливер встретил удивительных обитателей: головы у всех были скошены направо или налево, один глаз смотрел внутрь, другой – прямо вверх, к зениту. Каждого знатного лапутянина сопровождал слуга (по туземному – клайменоле) с наполненным воздухом пузырем. Этими пузырями они напоминали господину, что надо поздороваться, не стукнуться головой об столб, не упасть в канаву. Порой взрослые дети обрекают себя на роль клайменоле и превращают любимых стариков в кривых лапутян. Бессмысленно стараться отгородить пожилого человека ото всех дел и хлопот, от волнений и стрессов. Такая забота оборачивается для него душевной трагедией. Участие в жизни семьи, посильный труд дает уверенность в собственной полезности. Руководствуясь философским афоризмом Э.Фромма о том, что для того, чтобы любить ближнего, как самого себя, нужно прежде уметь любить

себя, следует понять, что пожилой человек, потерявший уважение к себе, теряет уважение к окружающим.

Самарские геронтологи установили интересный факт: состояние здоровья пожилых людей, проживающих отдельно и самостоятельно, но неподалеку (в том же населенном пункте) от родственников, лучше, чем у пенсионеров по возрасту, живущих в семьях своих детей. Следовательно, - считают геронтологи, - пожилые люди должны как можно дольше проявлять самостоятельную заботу о себе и жить отдельно («Популярная энциклопедия пожилого человека» /Под ред. Г.П.Котельникова и О.Г.Яковлева).

Геронтофильная гипотеза о связи долгожительства с высоким уважением к пожилому человеку в семье и обществе поддерживается буквально всеми геронтологами. Именно изошренным этикетом почитания людей, «продвинувшихся в годах», объясняют феномен массового долгожительства в ряде этносов в том числе и на Северном Кавказе.

Тема 10. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Физиологические предпосылки изменения сексуальности. Проявление старения в половой жизни. Отношение общества к сексуальной активности в преклонном возрасте. Секс и образ жизни. Влияние социальных условий на сексуальную жизнь пожилых.

Социологи семьи подробно разработали проблемы молодежной семьи, в меньшей степени – семьи среднего возраста, но почти не затронули проблем пожилой семьи. Демография свидетельствует, что частота разводов зависит от возраста супругов. Обычно она достигает максимума между 20 и 30 годами, а минимума в возрастах старше 50 лет. Влияние возраста супругов как фактора стабилизации брака тесно переплетается с продолжительностью брака: максимум разводов приходится на первые 5-10 лет, минимум, приближающийся к нулю – при длительности брака 30 и более лет.

Теория социального распределения ролей утверждает, что среди доминирующих мужских качеств приоритетное место занимает запрет на выражение чувств и эмоциональное поведение, невнимание к проблемам здоровья. В целом же в представлении о мужественности всегда присутствует мотив «антиженственности». С возрастом мужские качества тускнеют, страх женственности теряет былую жесткость, вместе с этим отступает противоположность мужских и женских ролей. Супруги приобретают общий язык, становятся родными не по крови, а по долгим прожитым годам, по образу жизни и мысли, по взглядам, привычкам и вкусам. Даже в бывших конфликтных семьях стихают раздоры. Отношения пожилых супругов могут служить лучшим примером, иллюстрирующим теорию символического интеракционизма: каждое движение, жест, выражение лица несут в себе значение, понятное обеим сторонам общения. Каждый из супругов способен предугадать альтернативные поведенческие реакции другого и смоделировать собственное поведение.

Но было бы заблуждением полагать, что для пожилых партнеров мели и рифы в супружеских отношениях позади. Ни возраст, ни семейный стаж не

дают гарантий мира и согласия. Лев Толстой убежал от Софьи Андреевны в 82 года, прожив с ней 48 лет. Еще одно заблуждение, что в пожилом возрасте отсутствует необходимость приспособления, как утверждают некоторые авторы (Е.А.Якуба. Социология. Харьков, 1996). В пожилом возрасте под влиянием субъективных и объективных обстоятельств происходят частичные вполне естественные ухудшения зрения, слуха, вкусовых ощущений, замедление реакций, изменения внешности, походки и т.п. Все это отражается на характере и манере поведения. Самому себе человек может казаться малоизменившимся, тогда как партнер фиксирует все эти изменения и ему требуются усилия, чтобы приспособиться к новым ситуациям.

Мы предлагаем следующую *типологию отношений между пожилыми супругами*: сосуществователи, партнеры-конкуренты, влюбленные друзья.

К типу *«сосуществователей»* относятся пары, которые живут вместе как бы по привычке, за долгую жизнь у них накопилось столько обид друг на друга, что под их грузом забылось первоначальное чувство, которое объединило этих людей когда-то. Супруги уже «не выясняют отношений», потому что никаких отношений нет, они абсолютно безразличны друг к другу. Как возникают такие пары? Аристофан, создатель мифа о двух половинах, устами Платона объяснил: они соединились не своими половинами и не составили единства. Современные Платоны дают другое объяснение: они не смогли преодолеть барьеров отчуждения, их стремления, установки характеры оказались разнонаправленными.

Второй тип, *«партнеры-конкуренты»*. Этих людей когда-то, в молодые и зрелые годы, объединяло какое-то общее занятие, возможно специальность. Вместе они составляли хороший тандем, движущийся вверх к высотам карьеры. Они постоянно следили за тем, чтобы любая работа, в том числе и домашняя, выполнялась на паритетных началах. На старости лет, когда карьерные мотивы отошли в прошлое, совместные успехи потеряли свою ценность и остались только скука от однообразия, взаимные упреки в выборе для себя более легкого задания, в нарушении основного договора о партнерстве.

Третий тип, *«влюбленные друзья»*. Отношения, построенные на любви и дружбе, которые эти люди сумели пронести через всю жизнь. О такой пожилой паре Андре Моруа писал: «Таким супругам скука не страшна... Почему? Потому что каждый из них настолько хорошо знает, что именно может заинтересовать другого, потому что у обоих вкусы настолько совпадают, что беседа между ними никогда не замирает. Прогулка вдвоем для них так же дорога, как в своё время им были дороги часы любовных свиданий... Каждый знает, что другой не только поймет его, но заранее обо всем догадывается. В одно и то же время оба думают об одних и тех же вещах. Каждый просто физически страдает из-за нравственных переживаний другого» («Письма незнакомке»).

И.И.Мечников на основе собственных наблюдений отмечал, что «долговечность часто обнаруживается у супругов, не имеющих ничего общего, кроме образа жизни» («Этюды оптимизма»).

И еще одно интересное наблюдение, подтвержденное исследователями разных стран от Нидерландов до Японии. Продолжительность жизни женатых мужчин больше, чем холостых, а у холостых выше, чем у вдовцов. Смертность

женатых мужчин от болезней сердца, онкозаболеваний в два раза ниже, чем у разведенных и что самое удивительное в четыре раза ниже от дорожных катастроф. Суицид более чем в четыре раза популярнее у разведенных, чем у женатых.

Сексуальные отношения после шестидесяти. Сексология интегрирует широкий спектр знаний: медицинских, психологических, социологических, философских, исторических, религиоведческих. Проблемы сексуального поведения, как и другие поведенческие проблемы, находятся в исследовательском поле философии и социологии. Достаточно напомнить, что сам термин сексология ввел в научный оборот русский философ Василий Розанов. В наше время самое яркое научное рассмотрение сексологических проблем можно найти в работах известного философа Игоря Кона. Однако, в недавнем прошлом такие проблемы были «выкорчеваны из философского поля». Ни в «Философской энциклопедии», ни в «Философском энциклопедическом словаре» нет статей, посвященных этой проблеме. Как, впрочем, нет соответствующей статьи в новом словаре: «Энциклопедический социологический словарь».

В сознании огромного числа людей, особенно старшего поколения, секс предстает как нечто непристойное, унижительное, с множеством табу и ложных представлений. Свой отпечаток на их сознание наложили христианская мораль и советские идеологические установки. И то и другое по своей сути антисексуально: все телесное для них – низменное, греховное, не соответствующее моральному кодексу. Секс необходим только для продолжения рода. В литературе и искусстве соцреализма устами женщин всегда проповедовался железный принцип: «Прежде думай о Плане, а потом обо мне». Причем основатели научного коммунизма, будучи далеко не аскетами, были гораздо честнее и, безусловно, умнее, чем их последующие толкователи. Ф.Энгельс писал о безнравственности всякого брака, не покоящегося на взаимной половой любви. Ханжески-пуриганские установки христианской церкви и советских пропагандистов, находясь во взаимной неприязни, были едины в одном: половая жизнь несовместима с самореализацией личности в сфере труда.

Отличие человеческой сексуальности от репродуктивной функции в мире животных как раз и состоит в социализации этого чувства, его отделении от первоначальной биологической цели, в превращении в цивилизационную особенность человека – возможность любви между мужчиной и женщиной. Карл Юнг, разрабатывая понятие «единение», растолковывал его как «сбегание друг к другу» противоположностей. Продуктом телесного единства является чувственное наслаждение, порождающее единство чувств и мыслей, что и составляет принципиальное отличие биологической репродуктивности от человеческой сексуальности. Духовное общение способно перерасти в телесное общение, тогда как движение в обратном направлении маловероятно.

В культурах мира любовь и секс соединены в различные модели, но все их можно свести к двум группам.

1. *Секс не противопоставляется любви и не отождествлен с нею, а образуют единство.* Такая интегральная, психофизическая модель прису-

ща большинству великих культур и некоторым направлениям христианства.

2. *Секс противопоставлен любви.* В таком варианте любовь всегда асексуальна, но из противопоставления секса и любви логически проистекает возможность существования не только любви без секса, но и секса без любви. Не случайно среди теоретических изысков постреволюционного времени появились «теории стакана воды».

История культуры секса и любви дает понимание того, как и под каким влиянием формировались взгляды старшего поколения на проблемы пола. Конечно, любовь – высшее из чувств, и она не подвластна религии и идеологии, но и отрицать их влияние – нелогично. Над пожилыми людьми довлеет убеждение, что коль скоро они вышли из фертильного возраста, то секс и любовь необходимо забыть. Им они «не по возрасту», литераторы и без того немало посмеялись над образами похотливых старикашек. На основании социологических опросов, проведенных в конце 40-х годов, американский профессор Альфред Кинзи пришел к выводу, что большинство пожилых людей, особенно те, кто не имеет высшего образования, имеют ложные представления по этим проблемам, страдают от комплексов и предрассудков, ведущих к трагическим ошибкам в интимной сфере (см. Джун М. Рейниш, Рут Бислей. «Грамматика любви»).

У каждого человека под влиянием воспитания, образа жизни, культурных и семейных традиций его среды, генетических, гормональных и нервных качеств складываются свои, только ему присущие представления о характере и нормах сексуального поведения. Индивидуальны сроки начала и окончания половой жизни. Более того, физиологические потенции вторичны по отношению к эмоциональной окрашенности сексуальных переживаний, которое больше зависит от взаимоотношений партнеров, их способности к сопереживанию, коммуникабельности, привязанности друг к другу. Люди с нормальной половой жизнью, как отмечают сексологи, обладают эмоциональным благополучием, сильной иммунной системой, здоровым сердцем и в итоге - живут дольше. Автор, используя биографический подход, подтверждает этот вывод на примерах жизни знаменитых стариков, (основанием послужила книга, построенная на документальном материале, тридцати двух исследователей из США, Великобритании, Франции, Италии и Испании – «Интимная сексуальная жизнь знаменитых людей»).

Игорь Семенович Кон в книге «Введение в сексологию» приводит данные, полученные американскими геронтологами: «...хотя более половины мужчин и женщин прекращают половую жизнь около 60 лет, приблизительно 15% продолжают её даже после 80 лет». Приводимые результаты опросов пожилых американцев позволяют сделать некоторые выводы об изменениях в характере половых отношений во второй половине XX в. Современный пожилой человек ведет более интенсивную сексуальную жизнь, чем его предки в таком же возрасте. Кризис традиционных религиозных запретов отделил репродуктивную функцию от сексуально-эротических отношений.

Однако потеря интереса к сексу, интегрированному в любовь как целое, не означает потери интереса к жизни, к естественной, только человеку присущей

потребности любить и быть любимым, а секс – это только одно из проявлений любви.

Подробный анализ особенностей сексуального поведения пожилых людей нельзя представить без рассмотрения такого понятия, как «климакс».

Климактерический период – это физиологический период перехода от половой зрелости к периоду прекращения генеративной функции. Климактерический период у женщин обычно наступает в 46-48 лет и длится от полугода до нескольких лет.

Главным проявлением физиологического климакса является нарушение менструального цикла. Увеличиваются интервалы между менструациями, уменьшается их интенсивность. Реже – отмечаются нерегулярные, обильные и длительные менструальноподобные кровотечения. Примерно у одной трети женщин менструации прекращаются внезапно.

У всех этих женщин сохраняется неплохое самочувствие, работоспособность.

Существует и патологический климакс. Это климакс, наступивший значительно раньше 45 лет, – ранний климакс; поздний климакс, который наступает позднее 55 лет; климакс, осложненный дисфункциональными маточными кровотечениями; климакс, осложнившийся климактерическим синдромом.

Типичными признаками климактерического синдрома являются приливы жара к голове, лицу, верхней половине туловища, учащенное сердцебиение, потливость, головокружение, нарушение сна, слабость, утомляемость, эмоциональная неуравновешенность. Тяжесть климактерического периода различна. В легких случаях отмечается небольшое количество (до 10) приливов за сутки. При тяжелом течении их бывает 20 и более, ухудшается сон, снижается память, полностью теряется работоспособность.

Могут появиться боли в области сердца, не исчезающие от приема нитроглицерина и при строгом постельном режиме. Часто беспокоят немотивированные страхи, перепады настроения, тоска, колебания артериального давления.

Лечение климакса у женщин

Лечение – комплексное. Рекомендуют рациональный гигиенический режим; молочно-растительная диета, обогащенная витаминами. Показана лечебная физкультура. Полезно больше бывать на свежем воздухе, ходить пешком, принимать водные процедуры. Из лекарственных препаратов назначают овестин, климонорм, климаданон, климакс, а также седативные типа новопассита, микстуры Кватера, корня валерианы и т.п.

Климакс у мужчин обычно наступает в возрасте 50-60 лет, отмечается у 10-20% мужчин. Появляется ощущение приливов жара к голове, внезапное покраснение лица и шеи, сердцебиение, болевые ощущения в области сердца, одышка, повышенная потливость, головокружение и т. д. Возможно повышение артериального давления. Больные становятся раздражительными, отмечают быструю утомляемость, нарушение сна, головные боли. Иногда наблюдается депрессия, тревога, страх, повышенная мнительность. Нарушение потенции

встречается у подавляющего большинства мужчин: отмечается ослабление эрекции и преждевременное семяизвержение.

Лечение климакса у мужчин

Лечение патологического климакса у мужчин включает в себя нормализацию режима труда и отдыха, дозированную физическую нагрузку, прогулки на свежем воздухе, водные процедуры. Медикаментозное лечение включает в себя седативные препараты – новопассит, микстура Кватера; витамины – декамевит, ревит, центрум; биогенные стимуляторы – экстракт элеутерококка, китайского лимонника, женьшеня. В некоторых случаях врач назначает лечение половыми гормонами.

Тема 11. ПСИХОЛОГИЯ СТАРОСТИ

Изменения в личности. Ценностные ориентации. Особенности поведения, общения, деятельности. Типы психического старения. Подготовка к пожилому возрасту.

Человек, как и все живые существа, рождается, растет и развивается, достигает зрелости, а затем постепенно начинает угасать, стареть и умирать. Старение и старость – нормальное естественное, физиологическое явление, это определенный отрезок онтогенеза. Для этого возрастного периода, как в прочем и для каждого периода жизни человека – детства, юности, зрелости, характерны свои особенности, своя возрастная норма.

Старение и старость не являются болезнью, патологией, хотя в этот период происходят сложные изменения в строении и функционировании всех систем организма.

Процесс психического старения индивидуален, каждый старится по-своему, но вместе с тем существуют некоторые общие закономерности психического старения человека.

Какие же изменения происходят в организме человека. Д.Ж. Курцмен пишет, что с возрастом отмечается потеря психологической гибкости и способности к адаптации. И мужчины и женщины становятся менее податливыми, у них пропадает охота экспериментировать в жизни. Любовь к новому, неизвестному сменяется стремлением к устойчивости и надежности.

Автор приводит данные, что год безработицы может уменьшить вероятную продолжительность жизни человека, потерявшего работу, на пять лет. Д.Ж. Курцмен говорит о том, что отставка или выход на пенсию нередко буквально убивает людей.

Немецкий ученый Ота Грегор так же пишет, что одним из важных моментов в процессе старения является постепенное снижение адаптации, то есть способности приспособиваться к сложным или непредвиденным жизненным ситуациям - как к большим переменам, так и серьезным изменениям в жизни.

Исследователи данного возраста указывают и на позитивные моменты в процессе старения.

В.С. Говоров отмечает, что старение – внутренне противоречивый процесс. Наряду с явлением деградации угасания возникают и важные приспособительные механизмы.

Многие из этих адаптационных механизмов последовательно закреплены и закономерно наступают на поздних этапах индивидуального развития. Выраженность адаптационных механизмов во многом определяет темп старения отдельных систем и продолжительность жизни организма в целом.

Российский геронтолог В.В. Фролькин также выделяет в старении два противоречивых процесса. Первый сводится к сокращению приспособительных возможностей – резервов организма, ограничению механизмов саморегуляции, нарушению обмена и функций организма. Другой же процесс – это мобилизация важных приспособительных механизмов. Научится, управлять процессом старения означает научить подавлять его первую составную часть и стимулировать вторую.

Для того, чтобы долголетие рассматривать как достижение человеческой цивилизации, социального прогресса, необходимо людей преклонного возраста рассматривать как особую группу, как носителей знаний и опыта, а не как обузу, приносящую только издержки обществу. По отношению к старости и старым людям можно судить о зрелости данного общества, так как существенное значение имеет тот факт, что старость, как и отрочество в любой культуре обозначена не только биологическими факторами, но и в значительной мере определяются факторами общественной природы.

Как уже говорилось ранее, нужно учитывать, что старость является не статическим состоянием, а динамичным процессом. Она связана со специфическими изменениями условий жизни, многие из которых имеют негативную окраску. Б. Пухальская к таким изменениям относит утрату общеизвестного положения, связанного с выполнявшейся работой, изменение физических возможностей, ухудшение экономических условий жизни, изменений функций в семье, смерть или угрозу утраты близких людей, необходимость приспособляться к изменениям. Более того, окончание профессиональной работы у многих людей вызывает радикальное изменение стиля жизни.

Позитивные стороны изменения жизненной ситуации проявляются в наличии большого количества свободного времени, можно свободно заниматься любимым делом, посвящать себя развлечениям или хобби и др.

Итак, в период наступления поздней взрослости человек сталкивается с необходимостью решения совершенно новых для него проблем, связанных с изменением его социального положения, с ролевой непосредственностью, с собственными возрастными изменениями. Существует необходимость изменения прежнего образа жизни, перестройки существующего динамического стереотипа поведения, принятие новой социальной роли, изменения само восприятия.

Кроме внешних изменений происходят изменения в представлении, которое было у человека в отношении самого себя. Новое видение самого себя может побудить к перестройке субъективной картины мира.

Для человека является значимым и важным, чтобы мир был знакомым, безопасным. Чувства беспомощности и бесполезности являются источником страха и апатии.

Таким образом, можно говорить о большом количестве психологических и физических факторов влияющих на процесс старения. Не существует едино-

го, универсального способа приспособления к старости. Влияние оказывает и личность самого человека, его поведение, привычки, потребность в социальных контактах и любимый стиль жизни. Так для одних оптимальным является совместное проживание с детьми и внуками, для других – самостоятельность, независимость, возможность заниматься любимым делом.

Одним из наиболее переменных моментов на жизненном пути человека, влекущим за собой существенные изменения в условиях и образе его жизни, является выход на пенсию. Выход на пенсию может рассматриваться как завершение одной деятельной фазы социальной жизни человека и начало другой, резко отличающейся от предшествующей. По своей значимости он может сравниться с такими событиями, как выбор профессии, вступление в брак и т.п. Выход на пенсию не следует рассматривать только, как четко зафиксированное во времени событие, оно может оказать долговременное воздействие, так как перестройка сознания человека, находящегося на предпенсионном этапе жизни начинается задолго до фактического оставления работы.

Как правило, на новой основе перестраивается поведение человека, формируются его отношения с окружающими людьми, переосмысливаются ценности, отношения к действительности и т.п. Человек «примеривается» к роли пенсионера, ее возможностям и ограничениям, оценивает ситуацию и на основе этого либо принимает, либо отвергает новую роль.

Е.С. Авербух пишет, что сам факт выхода на пенсию является для человека психической травмой: падает его социальная значимость, страдает его престиж, его самооценка и самоуважение. Новые требования ему зачастую не под силу, он чувствует себя отсталым.

Ю.М. Губачев также отмечает, что «преждевременный физический и духовный покой – это изнуряющий ад», под воздействием которого старость становится ранней, ненужной, патогенной, социально обременительной, сами же старики становятся не только скучными, беспокойными людьми, но даже опасными как для самих себя, так и для других людей. Творческий труд – главное лекарство от старости.

Специфика посттрудового этапа жизни обусловлена тем, что образ пенсионера в сознании людей связан не столько с конкретным кругом занятий, сколько с отходом от работы, что в значительной мере ориентирует самих пенсионеров на пассивный бездеятельный образ жизни.

Пенсионный период жизни часто рассматривается как кризисный период в жизни человека. Происходящее значительное изменение жизненной ситуации связано как с внешними факторами (появления свободного времени, изменение социального статуса), так и с внутренними (осознание возрастного снижения физической и психической силы, зависимое положение от общества и семьи). Эти изменения требуют от человека переосмысления ценностей, отношения к себе и к окружающему, поиска новых путей реализации активности. У одних этот процесс происходит долго, болезненно, сопровождается переживаниями, пассивностью, неумением найти новые занятия, находить новые контакты, по-новому взглянуть на себя и окружающий мир. Другая категория пенсионеров, напротив, адаптируется быстро, не склонна драматизировать переход к

пенсионному образу жизни. Они полностью используют увеличившееся свободное время, находят новую социальную среду.

Одним из последствий выхода на пенсию является потеря каждодневных моделей поведения, что может провоцировать агрессию, направленную как на других, так и на себя.

Важно подчеркнуть, что выход на пенсию – это значимое событие не только для человека, но и для окружающих его лиц. Поэтому процесс адаптации к новому положению имеет две стороны: с одной стороны человек приспособляется к своему социальному окружению, с другой – окружение приспособляется к новой социальной роли.

Отечественные исследователи изучали представление пожилых людей об образе жизни на пенсии. Человек впервые сталкивается с ситуацией полной и постоянной не занятостью на работе, он не располагает практически никаким личным опытом, позволяющим точно прогнозировать эту новую ситуацию. Оценивая последствия прекращения работы, человек обобщает доступный ему опыт других людей, соотнося его с собственным стилем требований, ценностей.

Большинство авторов сходятся во мнении о том что:

- после ухода на пенсию каждому человеку требуется время для перестройки стиля жизни и сознания, эта деятельность зависит от индивидуальных особенностей и объективных обстоятельств, что подставляет собой процесс адаптации;

- существенным фактором такой адаптации является рациональная организация и правильный выбор занятий;

- семья выполняет компенсаторную функцию, т.е. становится основной сферой межличностных контактов.

По вопросу об *изменении личности пожилых людей* существует множество противоречивых мнений. Они отражают различные взгляды исследователей на сущность жизни старения и на трактовку понятия «личность». Некоторые авторы отрицают, какие либо существенные изменения личности в старости. Другие все соматические и психические изменения, да и саму старость считают заболеванием (Пархен и др.) Объясняют они это тем, что старость почти всегда сопровождается различными недугами и всегда заканчивается смертью. Это крайние точки зрения, существует еще множество вариантов.

У людей в пожилом возрасте, как правило, падает активность, замедляются психические процессы, ухудшается самочувствие. В процессе старения меняется отношение к явлениям и событиям, изменяется направленность интересов. Во многих случаях происходит сужение круга интересов, частое брюзжание, недовольство окружающими. Наряду с этим имеет место идеализация прошлого, тенденция к воспоминанию. У пожилого человека зачастую снижается самооценка, возрастает недовольство собой, неуверенность в себе.

Отмеченные изменения не в одинаковой степени присущи всем людям в старости. Общеизвестно, что многие люди до преклонного возраста сохраняют свои личные особенности и творческие возможности. Все мелочное, неважное отпадает, наступает известная «просветленность духа», они становятся мудрыми.

Ю.Б. Тарнавский пишет о том, что старость – крайне критичный период времени. Она требует всех сил личности, чтобы приспособиться к окружающей обстановке. Но нередко человеку преклонного возраста трудно привыкнуть к новому статусу. Автор отмечает, что пожилой возраст характеризуется не только минусами. Старость несет в себе много ценных, положительных качеств. Человек становится рассудительным, опытным.

Неминуемо наступающие в старости возрастные снижения адаптационных возможностей компенсируются профессиональным мастерством, глубокими познаниями и навыками, приобретенными в течение всей жизни. Адаптационные механизмы действительно снижаются, но это может быть успешно компенсировано высоким уровнем суждений, широтой кругозора.

Личность человека по мере его старения изменяется, но старение протекает по-разному, в зависимости от ряда факторов, как биологических (конституциональный тип личности, темперамент, состояние физического здоровья), так и социально-психологических (образ жизни, семейно-бытовое положение, наличие духовных интересов, творческой активности). Человек стареет так и таким образом, как он жил в течение жизни и каким он был как личность.

Старение личности может проявляться в выделенном зарубежными авторами синдроме «неприятия старения», в основе которого лежит внутренний конфликт между потребностями личности и ограниченной (в силу физического и психического старения) возможностью их удовлетворения. Это противоречие приводит к явлению фрустрации и разным формам социально-психологической дезадаптации личности.

Изменения статуса человека в старости вызваны, прежде всего, прекращением или ограничением трудовой деятельности, трансформацией ценностных ориентиров самого образа жизни и общения, а также возникновением различных затруднений как в социально-бытовой так и в психологической адаптации к новым условиям. Точное и полное знание особенностей влияния социально – психологических и биологических факторов на процесс старения личности позволит направленно изменить условия, образ жизни старых людей таким образом, чтобы способствовать оптимальному функционированию личности старого человека и оказывать тем самым сдерживающее влияние на процесс ее старения.

Одной из важнейших систем, входящих в понятие личности, является образ самого себя. Это представление человека о себе, своей внешности, возможностях, способностях, преимуществах и недостатках, а также эмоциональное отношение к себе. Представление о самом себе у старого человека зависит главным образом от актуальной жизненной ситуации. Имеет место тенденция к поддержанию постоянного представления о собственном Я. Постоянство образа Я очень важно для сохранения личностного и эмоционального равновесия. Внезапное разрушение самооценки и восприятие собственного Я может проявляться в виде неврозов и даже психозов. Важную роль играет обратная информация, получаемая по поводу себя от среды, в которой живет человек.

Распространенные в обществе стереотипы оказывают влияние на формирование отношения к себе пожилых людей. Под воздействием негативных

мнений многие представители поздней взрослости теряют веру в себя, свои способности и возможности. Они обесценивают себя, теряют самоуважение, испытывают чувство вины, у них падает мотивация и, следовательно, снижается и социальная активность.

Некоторые пожилые люди твердо уверены в том, что в скором времени они потеряют память и будут не в состоянии делать то, что удавалось ранее, что они частично потеряют контроль над своей жизнью. Под влиянием таких мнений они действительно утрачивают и свою компетентность, и контроль над обстоятельствами жизни.

Отрицательная модальность субъективного отношения к себе важный фактор не только психического, но и физического старения человека.

Социально-психологическая недооценка или обесценивание пожилых людей тесно связана с другими неблагоприятными для их полноценного функционирования обстоятельствами. К ним в первую очередь относятся: потеря работы, вынужденный уход на пенсию, утрата личностно-значимых социальных ролей. В результате человек лишается своего профессионального будущего. Он также оказывается выключенным из системы межличностных связей, в которую входят представители разных поколений.

Стареющий человек попадает в уникальную для него по степени сложности и непривычности ситуацию неопределенности. Человеку приходится самостоятельно вырабатывать требования к своему поведению, в чем и заключается одна из трудностей жизни в условиях выхода на пенсию.

В литературе содержатся противоречивые сведения относительно самооценки в позднем возрасте. В одних работах высказывается мнение о том, что возраст не влияет на самооценку, самоуважение, другие авторы отмечают факт возрастного влияния. При этом по отдельным данным самооценка снижается, захватывая сферы состояния здоровья, самочувствия и многие другие, а по другим данным характерен высокий уровень самооценки в позднем возрасте в сочетании со свойствами неустойчивости и неадекватности по типу завышения.

При описании себя наиболее часто упоминаемыми у мужчин являются категории деловой сферы, женщины делают акцент главным образом на личностные качества. Значительное место в описании занимает сфера интересов, увлечений. Часть людей констатирует общий интерес к миру, но большинство указывают конкретные увлечения. Среди особо распространенных чтение, просмотр фильмов, вязание, прогулки, проведение бесед.

Существенной в самоописании является сфера социальных контактов и в частности – семьи (особенно значима эта сфера для женщин). Также важное место занимает описание здоровья, самочувствия. Все перечисленные темы являются важными для всего жизненного цикла человека, но у престарелых некоторые из них особо акцентируются.

У престарелых в вопросе выделения ведущего элемента самооценки, как основы регуляции поведения, ориентация идет на реальную самооценку, а не на идеальную, что типично для предыдущих периодов жизненного цикла.

Наряду с общими особенностями имеют место резко выраженные индивидуальные различия самооценки. Это является, по-видимому, следствием об-

шего закона геронтогенеза – закона разнообразия, проявляющегося в том, что показатели состояний, функций или свойств в этом периоде приобретают усиливающуюся вариативность, значительно превышающую таковую в группах людей зрелого возраста.

Кроме рассмотренных эмоциональных и личностных проблем старости, не менее важным является интеллектуальное функционирование в этом возрасте.

Традиционным взглядом на интеллект старых людей была концепция «интеллектуального дефицита», то есть считалось, что в старости наступает снижение общих умственных способностей человека. Но современные исследования не подтверждают эту концепцию.

Нужно учитывать тот факт, что снижение показателей интеллекта в пожилом возрасте зачастую связано с замедлением скорости реакций, из-за чего удлиняется время, необходимое для выполнения задания. Если не ограничивать строгими рамками времени, то возможно более успешное выполнение задания.

По мере того как доля престарелых в населении увеличивается, все более важным становится понимание их когнитивного функционирования. Наиболее важный и существенный вопрос заключается в том, насколько морфо-функциональные сдвиги, определяющиеся биологическими возрастными процессами, могут отражаться в психике человека, интеллектуальных характеристиках.

Исследователи считают, что не имеет смысла прямо сопоставлять данные интеллектуальных тестов лиц молодого и пожилого возраста, так как это не выявляет специфику интеллекта. Если в молодости интеллект преимущественно направлен на готовность к обучению и решению новых задач, то в старости основную роль играет способность к выполнению тех задач, которые строятся на использовании накопленного опыта и информации. Большое значение имеет степень умственных способностей в молодом возрасте, особенно если человек занимается творческой, научной деятельностью. Люди интеллектуального труда часто сохраняют ясность ума до глубокой старости.

Американские психологи считают, что в большинстве случаев снижение интеллектуальных способностей у пожилых людей объясняется слабым здоровьем, экономическими или социальными причинами, например изоляцией, а также недостаточным образованием и некоторыми другими факторами напрямую не связанными со старением.

Важное место при изучении влияния процесса старения на психические процессы уделяется памяти. Ослабление основных функций памяти происходит не равномерно. В основном страдает память на недавние события. Память на прошлое снижается только в глубокой старости.

Можно сказать, что жизнь пожилого человека не сводится к процессу угасания. Активное приспособление к новой ситуации, деятельный стиль жизни в это период дает возможность дальнейшего развития человека, в частности развитие его личности.

При таком расположении проблемы старости возникает возможность и необходимость подготовки людей к старению. Задача, эта заключается не только в поддержании физического состояния индивида, но и требует создания

условия для его психологической адаптации, разработки мер психологического обеспечения.

Круг интересов пожилого человека в посттрудовой период постепенно сужается, появляется склонность концентрировать свое внимание лишь на себе самом. Из типичных психологических феноменов лиц пожилого возраста можно отметить повышение тревожности, формирование недоверия и подозрительности, чувство одиночества, ролевою неопределенность, усиление чувства неполноценности, формирование эгоцентрических реакций. Указанные психологические особенности позволяют рассматривать их в качестве основных психодинамических параметров.

Тема 12. СОЦИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Общественная активность – политическая, профсоюзная, опекунская, соседская. Культурная активность – чтение книг, газет, журналов, просмотр телепередач, посещение клубов по интересам, домов культуры. Интерес к гимнастическим упражнениям, краеведению, туризму. Любительская активность – огородничество и садоводство, разведение птиц, рыбок, декоративных растений, рукоделие, ремесленничество, занятия живописью, музыкой. Этапы социальной активности: период сохранных возможностей, период ограниченных возможностей, период немощности.

Социальная активность – поведение социальных субъектов (общества, классов, групп, личностей), воспроизводящее или изменяющее условия их жизнедеятельности и развивающее их собственную структуру. Нередко социальная активность определяется как способность субъекта к указанным формам поведения. Анализ социальной активности начинается с поведения, поэтому в психологии противопоставляют реактивность индивида, вызванную влиянием ситуации, и активность, обусловленную внутренним состоянием субъекта в момент действия и выходящую в высших своих проявлениях за пределы требований текущего момента. С этой позиции деятельность оказывается одной из высших форм общей активности субъекта, а активность социальная - условием самоопределения личности в обществе и сознательной регуляции поведения.

Современная геронтология определяет содержание психологической задачи личностного развития, которую можно сформулировать как задачу установления связей вне семьи, говоря иначе, расширение, изменение жизненного контекста.

Установление связей вне семьи переживается пожилыми людьми как потенциально существующая готовность быть полезными своими знаниями и опытом другим людям. Они готовы учить, но не всегда умеют это делать.

Навыки учительства и умение дать дельный жизненный совет являются естественным следствием развития в Я-концепции диалогичности сознания, предполагающей возможность встать на точку зрения другого человека.

Содержание актуальных переживаний пожилых людей способствует осуществлению внутреннего диалога, который основан на осознании концепции жизни и собственной Я-концепции. Именно они создают благоприятные условия для осуществления возможного перехода от одной

педагогической позиции к другой, более обобщенной и осмысленной. За этим стоит и качественно новое перераспределение ответственности с близкими и чужими людьми за осуществление разных проявлений жизни.

Конечно, все это существует как потенциальная возможность, которой можно воспользоваться, а можно и не заметить, продолжая существовать в мире фантомном, сюрреалистическом.

Недаром многие психотерапевтические направления уделяют такое большое внимание работе с прошлым. Имен оно обладает способностью создавать мир ирреальный, в котором переживание настоящего и планирование будущего ориентируются только на прошлое, причем давно прошедшее, в чем, например, убеждает анализ ранних воспоминаний в соответствии с концепцией Альфреда Адлера.

Навыки учительства и умение дать совет для пожилых людей проявляются в социальном интересе. Психологи связывают его проявление с тремя областями объектов: 1) неодушевленные предметы, ситуации или виды деятельности – природа, наука, искусство. Человек проявляет к ним интерес, никак не связанный с его собственным Я, - это интерес бескорыстный;

2) все живое (социальный интерес здесь проявляется как способность ценить жизнь и принять точку зрения другого);

3) вселенная и мир в целом, это идентификация как с живыми, так и неживыми объектами, это единство со всей полнотой мира – космическое чувство жизни.

Социальный интерес и его проявление у пожилого человека позволяет переживать противоречия своего возраста через создание живительных связей с окружением.

Исследователи социального интереса отмечают, что с ним связаны такие чувства:

1) чувство принадлежности к группе или группам;

2) чувство, что «ты здесь дома» - личность и комфорт во взаимодействии с людьми;

3) чувство общности с другими людьми, переживание похожести на них;

4) вера в других - чувство, что в каждом человеке есть что-то хорошее;

5) мужество быть несовершенным - это ощущение того, что ошибки делать естественно, что и не надо быть всегда «первым», «правым», «лучшим» во всех своих начинаниях;

6) ощущение себя человеком - чувство, что ты часть человечества;

7) оптимизм - чувство, что мир можно сделать лучшим местом для жизни.

Социальный интерес связан со следующими мыслями человека о своей жизни: я человек, и мои общественные права и обязанности равны правам и обязанностям других; можно достичь моих личных целей так, чтобы это совпадало с общественным благом; процветание и выживание общества зависит от решимости и способности его членов научиться гармонично сосуществовать друг с другом; я убежден, что надо поступать по отношению к другим людям так, как мне хотелось бы, чтобы они поступали по отношению

ко мне; общей оценкой моей личности будет та степень, в которой я способствовал благополучию общества.

При этом поведение человека, осуществляющего живительные связи с окружением, проявляющем социальный интерес, выглядит следующим образом: готовность использовать свои возможности, знания или способности для оказания помощи другим людям; готовность щедро поделиться тем, что тебе принадлежит; готовность участвовать в групповой деятельности; готовность признавать чужие права, знания и опыт; стремление работать или играть вместе ради достижения общей цели или общей пользы; готовность идти на взаимные уступки для достижения взаимно приемлемых решений, проблем и конфликтов; умение показать другим, что ты понимаешь и ценишь их мысли и чувства; способность воодушевить, мотивировать других людей; улучшение социальных условий к общей пользе.

Исследования социального интереса показывают, что люди с низким уровнем его более негативно относятся к своим родителям и большое значение придают своему прошлому опыту, они преувеличивают значение прошлого опыта для своей нынешней жизни.

Выраженность социального интереса очень подвержена влиянию стрессовых факторов - ухудшению условий жизни, постоянного напряжения. Это повседневно, к большому сожалению, существует в нашей жизни, поэтому я часто чувствую себя профессионально бессильной, так как знаю, что могла бы помочь людям пожилого возраста решить их психологические задачи, но ни я, ни они не могут это реализовать в бытовой жизни.

Гражданскую и политическую активность, которую на Западе обычно демонстрируют студенты, у нас проявляют пенсионеры, обнаруживая сходство социальных предпосылок. И те и другие меньше подвержены контролю и давлению основных управляющих инстанций в обществе, поскольку еще или уже не работают, т. е. еще не вошли в или уже вышли из корпораций, каковыми являются предприятия и учреждения с их разносторонним контролем над работниками.

Во второй половине 1980-х — 1990-х годах представители нынешнего старшего поколения сначала поддержали М. Горбачева и предложенные им перемены, потом Б. Ельцина с его заманчивыми обещаниями. Но это привело к результатам, которых они не ожидали и которые можно считать прогрессом или регрессом, возвращением на круги своя или на столбовую дорожку истории. Главное, что для большинства старых людей эти события означали утрату сделанных за жизнь социальных накоплений, независимо от того, выражались ли они в деньгах, в научном, профессиональном и житейском опыте, в праве на авторитет, уважение, самоуважение.

Как мы говорили, концепция старения, негласно принятая в нашей стране, подразумевает как априорное уважение к опыту старших, так и — в свой час — его утрату. Перемены, потрясшие Россию, привели к тому, что этого социального капитала лишили все поколение разом. Ходячее выражение «ограбление народа» имело столь широкое распространение именно потому, что даже те,

кто не терял в деньгах, переживали символическую депривацию, причем не в одиночку, а коллективно. Последнее создавало ощущение, что они — «народ».

Другая часть общества, молодые, впервые за долгое время получили возможность исключительно быстрого накопления материальных и различных символических благ. Сложилась неведомая другим обществам перевернутая пирамида богатства. Вместо обычной закономерности (чем старше человек, тем больше у него накоплений) у нас действует обратный закон. Основные активы оказались в руках молодой части общества.

Основные инструменты политического влияния и контроля также перешли к новым или существенно обновленным группировкам. Сложилась ситуация, при которой страна могла сделать рывок, сравнимый с рывком 1920–1930-х, когда управление страной также находилось в руках молодых элит, опиравшихся на молодую часть общества. Но, как выяснилось, «молодые» элиты не располагали достаточным запасом идей по реформированию общества. Разочарованное старшее поколение обратилось вновь к тем символам, которые были усвоены ими в «прошлой жизни». «Коммунизм», «социализм», «Советская власть», «Советский Союз» — все это отсылает к одному и тому же общему символическому целому. Оно обладает очень важными качествами: равно доступно всем (в воспоминаниях) и безусловно утрачено всеми вместе с утраченными каждым собственными материальными и/или символическими ресурсами.

Под знаменами ностальгии и реванша оказались люди, которых объединял общий признак — старость, с ощущением, что они обладают бесценным опытом, и предчувствием, что этот опыт не востребован, а его носители вытесняются из жизни. Подчеркнем: в нормальных условиях эта социальная программа старости реализуется для каждого в индивидуальном порядке. Здесь же она осуществляется в масштабах всего общества. Объединенное общей обидой, общей судьбой и общей идеологией старшее поколение могло стать огромной силой. Нашлись политические лидеры, которые захотели ею воспользоваться.

Еще во времена М. Горбачева к «перестроечной» риторике Н. Рыжков начал добавлять социальную демагогию, рассчитанную на «обездоленных». Далее не было ни одного политика, который хоть раз не попробовал бы привлечь на свою сторону пожилой электорат.

Постепенно сложилась новая норма представления социальной реальности. Она вобрала в себя основанный на ностальгии и обиде дискурс стариков. Это принесло В. Путину и партии «Единая Россия» тот успех в борьбе с «коммунистами», которого, конечно, не могли иметь «демократы». Реальные экономические и социальные меры правительства, активность предпринимателей учитывают интересы старшего поколения лишь постольку, поскольку это им выгодно с точки зрения их интересов и целей. Но символическое покрытие всей действительности через СМИ осуществляется теперь как развертывание идеологии «старших».

По аналогии с описанными в начале статьи механизмами архаического сознания, забытые песни и другие семантические конструкции отмененного было прошлого всплывают в общественной памяти, которая теперь работает как память старческая.

Наша страна долго существовала в условиях геронтократии и почти так же долго оправлялась от ее последствий. Нынешняя «правлящая элита» в возрастном отношении молода. Но господствующий дискурс, как было сказано, заимствован у старшего поколения. Молодые могут строить свои представления о мире, о стране лишь как частные, не имеющие свойств нормативности, всеобщей обязательности. В итоге Россия видит себя более бедной и разоренной, чем она есть на самом деле, но развивает претензии и амбиции, которые не может обеспечить своим реальным потенциалом.

Резюмируя эту ситуацию в категориях молодости/старости как общих метафор развития, можно сказать следующее. Страна объективно решает задачи модернизации, т. е. «омоложения» всего своего материального и символического капитала, но имеет ретро-ориентированную, «старческую» идеологию, что затрудняет решение этих задач.

Тема 13. ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ И СТАРЕНИЕ

Факторы, способствующие возникновению вредных привычек у человека. Пьянство, алкоголизм, курение, наркомания, их сущность и последствия (физиологические и социальные). Влияние вредных привычек на процесс старения. Профилактика пьянства, алкоголизма и наркомании. Как избавиться от вредной привычки? Отношение общества и государства к вредным привычкам. Пропаганда и «культивирование» здорового образа жизни.

Немаловажную роль в предупреждении преждевременного старения играет отказ от вредных привычек — курения и систематического употребления алкогольных напитков.

Курение — это давно известный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Оказалось, что курение снижает уровень витамина В6 в организме, это приводит к накоплению вредных веществ в организме и связанным с этим повреждениям сосудов.

Повышение концентраций вредных веществ в плазме крови опосредует ряд вредных влияний курения на сердечно-сосудистую систему. Поэтому не удивительно, что статистика взаимоотношений «курение — сердечно-сосудистые заболевания» совпадает со статистикой заболеваний дыхательной системы у пожилых людей.

Курение усугубляет вредное воздействие вредных веществ на сосуды, приводящее их к старению, уплотнению стенок сосудов, что проявляется ишемической болезнью сердца, инсультами.

У курящих людей снижены сопротивляемость организма и его защитные силы, они чаще, чем некурящие, подвержены заболеванию раком легкого. Систематическое курение — одна из основных причин болезней сердечно-сосудистой системы. У людей, курящих длительное время, могут возникать проблемы с нижними конечностями — спазмы кровеносных сосудов ног, что приводит к сильным болям во время ходьбы. Если сосуды закупорятся полностью, возникнет гангрена нижних конечностей, и их придется ампутировать. Курение вызывает также расстройство зрения, слуха и полости рта. Табачный дым со слюной попадает в желудок и вызывает поражение слизистой оболочки, вплоть до язвы

желудка. В первую же очередь, курение пагубно влияет на бронхи и легкие, часто вызывая бронхиальную астму.

Алкоголь. Данные относительно влияния потребления алкоголя на связанные со старением биохимические процессы противоречивы.

С одной стороны, некоторые авторы утверждают (http://news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_1832000/1832328.stm), что у женщин пожилого возраста, в периоде менопаузы, риск сердечно-сосудистых заболеваний может снижаться на фоне умеренного потребления алкоголя. Группа из 51 женщины, средний возраст которых составил 60 лет, получала в течение восьминедельных периодов различные виды диеты. На фоне содержащих алкоголь диет было обнаружено снижение концентраций в крови липопротеина низкой плотности, или опасного холестерина, и повышение концентрации липопротеина высокой плотности, или полезного холестерина. Согласно оценкам авторов данного исследования, употребление одной дозы алкоголя (10-12 г чистого спирта) в день женщинами пожилого возраста может снизить у них вероятность сердечно-сосудистых заболеваний на 4-5%.

Но, с другой стороны, употребление алкоголя приведет к другим, отрицательным последствиям для здоровья, поэтому некоторые ученые биохимики, например, доктор A.Badawy, консультант по здравоохранению в Кардиффе, считает, что «глупо рекомендовать потребление алкоголя в этой возрастной группе». Поэтому рекомендация им употреблять алкоголь для профилактики не обоснована.

С другой стороны, как заявляет Ассоциация по проблемам инсультов (http://news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_1709000/1709302.stm), хотя считается, что алкоголь разжижает кровь и препятствует образованию тромбов и жироподобного налета на стенках сосудов, что должно служить профилактике ишемических инсультов, тем не менее, «чрезмерное» потребление алкоголя также повышает вероятность инсультов, как ишемических, так и геморрагических, и сопровождается повышением концентрации гомоцистеина в крови.

Авторы другого исследования (http://news.bbc.co.uk/hi/english/health/newsid_727000/727912.stm) в качестве средства снижения концентрации вредных веществ и, следовательно, риска сердечно-сосудистых заболеваний предлагают использовать *пиво*, поскольку оно содержит витамин B6. При этом они утверждают, что пиво эффективнее, чем давно обсуждаемое в связи с этим красное вино и этиловый спирт.

Однако, как сказал Andrew Varley из Института Алкогольных Исследований, «существует огромное количество более удачных способов снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний, чем потребление пива». Даже если у конкретной группы людей в конкретных обстоятельствах обнаружено снижение риска какого-то заболевания на фоне потребления алкоголя, это не повод рекомендовать потребление алкоголя для профилактики, поскольку это создаст больше проблем для здоровья, чем сможет решить.

Статистика свидетельствует, что среди пристрастившихся к спиртному преждевременная смертность примерно в десять раз выше, чем среди непью-

щих. Большинство любителей спиртного страдают различными заболеваниями сердца, легких, желудка и особенно — печени.

Небольшие дозы алкоголя, принимаемые регулярно, снижают трудоспособность — как в количественном, так и в качественном отношении. И.П. Павлов писал: «Алкоголь гораздо больше горя причиняет, чем радости, всему человечеству. Хотя его и употребляют ради радости». Сколько талантливых людей погибло из-за него! Алкоголь, как доказали ученые, — весьма специфический яд, он действует прежде всего на нервную систему, поэтому преждевременная старость у пьющих людей всегда носит болезненный характер. Ученые, проводившие специальные исследования долгожителей, обнаружили, что среди перешагнувших столетний рубеж нет ни одного любителя спиртного. Известный всему миру Ширам Муслимов, доживший до 168 лет, был убежденным трезвенником. Другой долгожитель, доживший до 143 лет, признался: «Я не знаю вкуса табака и вина. Чай и молоко — вот напитки, приличествующие мужчине».

Кофе. Недавно норвежские исследователи пришли к выводу, что курение и потребление кофе — это надежный путь к сердечно-сосудистым заболеваниям. В связи с этим обсуждался вопрос о том, какие же именно вещества, содержащиеся в кофе, приводят к повышению содержания вредных веществ. Высказывалось предположение, что это обусловлено терпенами, от которых можно освободиться, если фильтровать кофе. Однако впоследствии данное предположение было отвергнуто, поскольку был сделан вывод, что современные технологии приготовления кофе не делают его менее опасным в отношении сердечно-сосудистых заболеваний.

Было обнаружено, что потребление кофе замедляет метаболизм триметилглицина, присутствие которого в рационе может облегчать обезвреживание вредных веществ.

Тема 13. КРИЗИС СТАРЕНИЯ И СМЕРТЬ

Понятие кризиса. Классификация возрастных индивидуальных кризисов. Факторы кризисного стояния. Особенности индивидуальных личностных кризисов у пожилых людей. Проявления кризиса старости и смерти.

Тема личностного кризиса — не слишком разработанная в психологической науке тема. Наибольшее внимание в разработке этой проблемы всегда уделялось возрастным кризисам и в особенности кризисам ранних возрастов. Из возрастных кризисов наиболее разработаны детские и подростковые кризисы. Это понятно, так как в эти периоды развитие происходит очень быстро и напрямую связано с ростом и физиологическими изменениями. Оно во многом определяется внешними факторами, а промежуточные результаты доступны наблюдению. Однако и в пожилом возрасте наблюдается действие внутренних и внешних факторов, приводящих к личностным кризисам, наиболее острым из которых является ожидание приближающейся неизбежной физической смерти.

Кризис, от греческого *krineo*, буквально означает «разделение дорог». Понятие «кризис» означает острую ситуацию для принятия какого-то решения, поворотный пункт, важнейший момент.

Под **кризисным состоянием** понимается такое состояние личности, когда происходит дисбаланс в жизни и деятельности человека, в результате чего возникает неразумное с точки зрения личности и социально неадекватное поведение, поступки и действия, а также срыв нервно-психического и соматического состояния. Это ситуация невозможности дальнейшего существования в прежнем статусе, т.е. такая ситуация, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренней необходимости своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей). При упоминании о кризисе имеется в виду острое эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, препятствием, которое не может быть устранено способами решения проблемы, известными личности из ее прошлого опыта. **Психологический кризис** – это внутреннее нарушение эмоционального баланса, наступающее под влиянием угрозы, создаваемой внешними обстоятельствами.

Все люди испытывают различные внешние и внутренние проблемы, которые могут быть эпизодическими или связанными с развитием или переходом от одной стадии жизненного цикла к другой. Хотя у человека есть много адаптивных средств для того, чтобы справиться с этими трудностями, неожиданное усиление таких воздействий или уменьшение способности управлять ими приводит к недостатку обычных защитных механизмов.

Под кризисным состоянием подразумевают временную ситуационно или внутренне обусловленную дезинтеграцию личности. Кризисное состояние является испытанием на соответствие личности новой ситуации, новым социальным требованиям. Психологически кризисное состояние требует концентрации всех сил для решения задач, которые ставятся перед личностью. Кризисное состояние всегда сопряжено с лишением, фрустрацией. Кризис в некотором смысле является хирургическим вмешательством в структуру личности. Человек привыкает к определенной структуре своей жизни и идентификаций, которые в основном являются внешними по отношению к психической реальности: образу и состоянию тела, пище, одежде, более или менее комфортным условиям существования, счету в банке, автомобилю, жене, детям, социальному статусу, смыслам и духовным ценностям. Кризисное состояние лишает некоторых элементов внешней опоры и именно при этом вычленяет, что человеческого останется от человека, что у него останется внутри, что в нем укоренилось и крепко сидит, а что сразу разрушается, как только исчезает внешняя поддержка. Поэтому кризис – это испытание на укорененность, интроецированность каких-то ее важных установок.

Кризисное состояние – это также и разрушение всего внешнего, неукорененного, всего, что сидит в человеке неглубоко. И одновременно это проявление внутреннего, укорененного, действительно личного. Разрушение внешнего и проявление внутреннего важно, прежде всего, для истинного созревания личности, становления Человеком. Все внешнее выходит наружу в процессе кризи-

са, и человек начинает осознавать его внешность. Если же он еще и отказывается от этой внешней шелухи, то происходит очищение сознания, соприкосновение с истинной экзистенциальной глубиной человеческого существования.

Кризисы приводят личность к глубинному переживанию тайны смысла жизни, духовного пространства культуры. Кризис – это не просто способ переведения личности в новое качество более полноценного социального индивида, а нечто большее. Кризис приводит к интроекции в сознание личности новых жизненных ценностей и, таким образом, становится действительным преобразованием индивида.

По мере того, как кризисное состояние личности и кризисная личность все более интегрируются в практику социальной и психологической работы, становится очевидно, что термин «кризис» употребляется в двух смыслах:

- закономерные кризисы, которые являются эволюционными этапами онтогенеза (к ним относятся возрастные кризисы, пенсионный кризис);

- вероятностные кризисы, которые могут случиться, а могут и не случиться с любой личностью (к ним можно отнести кризисы, которые возникают в результате такие неожиданных, непредсказуемых, внезапных событий, как смерть близкого человека, потеря значимого статуса, развод, насилие, катастрофа и др. Эти кризисы также называют ситуационными).

Причины индивидуальных кризисов можно разделить на две большие группы: кризисы, связанные с деформацией структуры «Эго» (статические изменения, потеря какой-либо части «Эго») и кризисы, связанные с невозможностью реализации тенденций личности (они связаны с динамическими характеристиками личности). Теоретически жизненные события квалифицируются как ведущие к кризису, если они создают потенциальную или актуальную угрозу удовлетворению фундаментальных потребностей и при этом ставят перед индивидом проблему, от которой он не может уйти и которую не может разрешить в короткое время и привычным способом.

Именно деформация или угроза деформации как фрустрирующий фактор для главных компонентов «Эго» и близких к ним по ценностной значимости компонентов является основной причиной индивидуального кризиса. Эта деформация может касаться материальной, социальной либо духовной сторон жизни.

Кризисные факторы в данном случае:

- физический фактор – болезнь, несчастный случай, операция, изменение внешности, рождение ребенка, выкидыш, аборт, чрезвычайное физическое напряжение, длительное лишение пищи, чрезмерный сексуальный опыт, сенсорная депривация, депривация сна, длительная сексуальная неудовлетворенность или травматический сексуальный опыт, катастрофически быстрое похудение или ожирение;

- потеря значимых предметов и ценностей вследствие пожара, стихийного бедствия, банкротства, грабежа, обмана, разорения и т.д.;

- потеря интегративного социального статуса вследствие увольнения, сокращения штатов, пенсии, банкротства предприятия или дисквалификации;

- деформация значимых социальных связей или социальной обстановки, которые провоцируют сильные эмоциональные переживания и обозначаются личностью как крупные неудачи: потеря важных родственных связей, смерть ребенка, родственника, отделение от родителей, семьи, друзей, конец значимых любовных отношений, чрезмерное долгое пребывание в агрессивной среде, развод, потеря лидерских позиций, изгнание из значимой социальной общности, вынужденная социальная депривация, длительное насильственное пребывание в несвойственной роли;

- потеря смысла жизни вследствие жизненной дезинтеграции, стремление к поиску и реализации человеком смысла своей жизни мы рассматриваем как мотивационную тенденцию, присущую всем людям и являющуюся основным двигателем поведения и развития личности; на начальных стадиях потери смысла у человека возникает ощущение, что ему чего-то «недостает», но он не может сказать, чего именно, к этому постепенно добавляется ощущение ненормальности и пустоты повседневной жизни, индивид начинает искать истоки и назначение жизни; состояние тревоги и беспокойства становится все более мучительным, а ощущение внутренней пустоты – невыносимым; человек чувствует, что сходит с ума: то, что составляло его жизнь, теперь большей частью исчезло для него как сон, тогда как новый свет еще не явился. Человек стремится обрести смысл и ощущает фрустрацию или вакуум, если это стремление остается нереализованным;

- нравственный кризис, который заключается в том, что у личности просыпается или обостряется совесть; возникает новое чувство ответственности, а вместе с ним тяжкое чувство вины и муки, раскаяние, человек судит себя по всей строгости и впадает в глубокую депрессию; на этой стадии нередко приходят мысли о самоубийстве, человеку кажется, что единственным логическим завершением его внутреннего кризиса и распада может быть физическое уничтожение, человек не может принять повседневную жизнь, не удовлетвориться ею, как прежде; это состояние очень напоминает психотическую депрессию или «меланхолию», для которой характерны острое чувство собственной недостойности, постоянное самоуничтожение и самообвинение;

- углубленное участие в различных формах медитации и духовной практики, предназначенные для активизации духовных переживаний: методики дзен, буддийские медитации, йога, суфийские упражнения, чтение христианских молитв, различные аскетические депривационные практики, монашеские размышления, статические медитации на мандалы и т.д.;

- групповые и индивидуальные эксперименты с использованием психоделических веществ;

- участие в различных интенсивных формах групповой психологической работы с личностью;

- неподготовленное включение в различные этнические ритуалы и экстатические практики;

- участие в жизни тоталитарных сект.

Кризисы, связанные с невозможностью реализовать основные тенденции личности, возникают, когда тенденция встречается с трудностями. В этом случае кризисными могут стать следующие факторы:

- быстрое преуспевание личности в материальной сфере, когда в течение короткого срока накапливаются не соотносимые с притязаниями личности экономические богатства;

- раздирающая нищета, в ситуации которой экспансивная функция сведена до минимума и часто средств не хватает даже на физическое существование человека, особенную опасность представляет для личности в тех случаях, когда не позволяет реализовать значимую социальную функцию (накормить семью, купить медикаменты для близкого при болезни и др.);

- «из грязи в князи», когда вследствие удачного стечения обстоятельств личность попадает в социальную страту, с представителями которой не имеет коммуникативных навыков и, что не менее важно, не готов выполнять властные, управленческие ролевые функции; фрустрация данного вида, возникающая вследствие быстрой реализации экспансивной функции, может привести к экзистенциальной пустоте;

- «я достоин большего» - большой разрыв между личностными притязаниями на социальный рост и достигнутым статусом вследствие невозможности реализации экспансивной функции социального «Я»;

- слишком быстрое протекание процесса духовного самораскрытия; скорость этого процесса превышает интегративные возможности человека, и он принимает драматические формы; люди, оказавшиеся в таком кризисе, подвергаются натиску переживаний, которые внезапно бросают вызов всем их прежним убеждениям и самому образу жизни;

- слишком медленное протекание духовного самораскрытия, когда поиск основных смыслов существования превращается в мучительное ожидание и трагическую безысходность; часто активация психики, характерная для таких кризисов, включает в себя проявление различных старых травматических воспоминаний и впечатлений; в силу этого происходит нарушение повседневного существования человека и обесценивание доминирующих аспектов жизни;

- когнитивная интоксикация – слишком быстрое накопление знаний в определенной науке, виде деятельности или столкновение с большим массивом информации и переживаний в жизни;

- быстрые качественные личностные изменения, к которым не готова как сама личность, так и социальное окружение;

- «тоска стабильности», когда развитость консервативной тенденции приводит к материальной, социальной стабильности такого порядка, что вызывает ощущение пресности и бесцветности жизни, с личностью в такой ситуации «ничего не происходит», и это вызывает экзистенциальную тоску существования;

- «тоска по стабильности» - при невозможности реализации динамических жизненных обстоятельств у человека возникает ощущение зыбкости и ненадеж-

ности жизни, которое и является причиной экзистенциальной тоски по порядку и устроенности.

Дж. Каплан описал четыре последовательные стадии кризиса: 1) первичные рост напряжения, стимулирующий привычные способы решения проблем; 2) дальнейший рост напряжения в условиях, когда эти способы оказываются безрезультатными; 3) еще большее увеличение напряжения, требующее мобилизации внешних и внутренних источников; 4) если все оказывается тщетным, наступает четвертая стадия, характеризуемая повышением тревоги и депрессии, чувствами беспомощности и безнадежности, дезорганизацией личности. Кризис может кончиться на любой стадии, если опасность исчезает или обнаруживается решение (см. Козлов, 2003).

В преклонном возрасте (старости) человеку предстоит преодолеть *три подкризиса*.

Первый из них заключается в переоценке собственного «Я» помимо его профессиональной роли, которая у многих людей вплоть до ухода на пенсию остается главной.

Второй подкризис связан с осознанием факта ухудшения здоровья и старения тела, что дает человеку возможность выработать у себя в этом плане необходимое равнодушие.

В результате *третьего* подкризиса у человека исчезает самоозабоченность, и теперь он без ужаса может принять мысль о смерти.

Бесспорно, проблема смерти является всевозрастной. Тем не менее именно для пожилых и престарелых она не представляется надуманной, преждевременной, трансформируясь в проблему естественной смерти. Для них вопрос об отношении к смерти переводится из подтекста в контекст самой жизни. Наступает время, когда в пространстве индивидуального бытия начинает отчетливо звучать напряженный диалог между жизнью и смертью, осознается трагизм временности.

Актуализация танатологических размышлений обусловлена не только патологическими изменениями, ведущими к ухудшению здоровья и повышению вероятности смерти, но и особенностями образа жизни старого человека. К последним можно отнести определенную монументальность внутренней субъективности, дистанцированность от сиюминутных социальных раздражителей, существенное ослабление мотивов достижения успеха, комфорта, карьеры. Человек, освободившийся от всего тривиального и поверхностного, может сконцентрироваться на сфере глубинного и существенного.

Тем не менее, старение, смертельные болезни и умирание воспринимаются не как составные части процесса жизни, а как полное поражение и болезненное непонимание ограниченности возможностей управлять природой. С точки зрения философии прагматизма, подчеркивающей значение достижений и успеха, умирающий является потерпевшим поражение.

Религия, способная быть значительной поддержкой для умирающего, в значительной степени утратила смысл для среднего человека. Западные религии низведены до уровня формализованных обрядов и утративших внутренний смысл церемоний. Взгляд на мир, выработанный наукой, базирующейся на ма-

териалистической философии, усиливает тяжесть положения умирающего. Ведь согласно такому подходу за пределами материального мира ничего не существует. Физическое уничтожение тела и мозга есть необратимый конец человеческой жизни.

Сейчас наша социальная структура, равно как и философия, религия и медицина почти ничего не могут предложить для облегчения душевных мук умирающего. Пожилые и престарелые люди, как правило, опасаются не самой смерти, а возможности лишённого всякого смысла чисто растительного существования, а также страданий и мучений, причиняемых болезнями. Можно констатировать наличие двух ведущих установок в их отношении к смерти: во-первых, нежелание обременять своих близких, во-вторых, стремление избежать мучительных страданий. Поэтому многие, находясь в подобном положении, переживают глубокий и всеохватывающий кризис, затрагивающий одновременно биологические, эмоциональные, философские и духовные стороны жизни.

Волна профессионального интереса к практическим и теоретическим аспектам процесса умирания привела, в частности, к появлению научного труда Элизабет Кюблер-Росс «О смерти и умирании», выполненного на факультете психопатологии университета Чикаго. В этом труде содержатся многочисленные доказательства того, как часто люди, находящиеся на смертном одре, остро нуждаются в искренних человеческих контактах и психотерапевтической помощи. Она подчеркнула важность открытого и честного общения с умирающими, готовность последних обсуждать любые психологически близкие им темы. В результате подобного подхода они могут научить остающихся в живых важным вещам, относящимся не только к заключительным фазам жизни, но и проблемам работы человеческого сознания, а также к некоторым редким аспектам нашего существования вообще. Кроме того, данный процесс обогатит его участников и, возможно, снизит уровень их тревоги относительно собственной смерти.

Сложившееся среди гуманистов представление о жизни как ценности и о неотъемлемом праве каждого человека на жизнь стали основой многих институтов современности как формальных, принадлежащих социетальному уровню, так и неформальных, находящихся на уровне первичных сообществ. Декларируемой целью этих институтов является сохранение и обеспечение жизни членов общества, что на языке государства называется социальным обеспечением, здравоохранением, техникой безопасности и пр. Цель малых сообществ точно такая же, но она носит имя любви к своим близким.

Смерть как постоянная угроза, отводимая усилиями институтов обоих уровней, является негативным регулятором этих процессов поддержания жизни.

Идея смерти нагружена в нашей культуре важнейшими регулятивными функциями. Одна из них — жизнеутверждающая. Коль скоро жизнь объявляется наивысшей ценностью, то средством утвердить ее в этом качестве является указание на ее противоположность, смерть. Смерть, соответственно, выступает в большинстве дискурсов как наихудшее или абсолютное зло. Это делает смерть важнейшим многофункциональным общественным инструментом. На

страхе смерти держатся институт власти, институт войны, правоохранные институты и институт охраны и многие другие. Непризнание того, что смерть есть предельное зло, обесценивает названные институты современного общества. Так, не находится эффективных мер профилактики бытовых или ритуальных самоубийств, еще менее — самоубийств политических, в частности, практики голодовок, самокалечения и иных способов уничтожения своей жизни в местах заключения. Человек, не боящийся смерти, знающий худшее зло, чем смерть, неуправляем. Потому получившая распространение практика террористов-смертников так сильно волнует контртеррористические ведомства.

Другой пример — эвтаназия. Институт здравоохранения отторгает эту практику, ибо она грозит подрывом ценностных оснований медицинской помощи, принцип которой — безусловная и абсолютная необходимость бороться за жизнь как таковую. Узаконению эвтаназии препятствует и неотчетливо осознаваемый страх подорвать абсолютность авторитета смерти указанием на то, что страдания могут быть большим злом, нежели смерть.

В приведенном выше описании легко узнать черты этической системы, получившей наименование «советского гуманизма». Имея коллективистскую природу (примат ценности рода над ценностью жизни отдельной личности), эта система, тем не менее, уже исходила из ценности жизни как таковой. Старая, «родовая» логика вела к тому, что миллионами жизней платили за победы и производственные успехи или просто за сохранение власти. Но логика новая требовала создавать учреждения для сбережения жизни младенцев и матерей, старух и стариков. Без какого-либо давления со стороны общества пенсионное обеспечение ввели сначала для городских работников, потом и для сельских.

Идеологическое сопровождение этих мер строилось на противопоставлении архаической морали, господствовавшей вплоть до первых десятилетий XX века, и «новой морали». Наше сегодняшнее отношение к старости и ее символу, пенсии, представляет собой смесь этих противоположных друг другу толкований.

Не входя в историю вопроса о введении пенсий, отметим, что для нашей страны принятие на себя государством обязательств пенсионного обеспечения было одним из самых значимых вариантов социального контракта. Социальная эксклюзия стариков была санкционирована государством. Введением обязательного для всех пенсионного возраста накопленный пожилыми людьми опыт был объявлен утратившим значение. Законодатель предписывал вывести этот опыт из оборота. Социальная смерть стариков уподобилась их физической смерти в архаических обществах. Недаром в современном русском языке используется понятие «выход» (на пенсию), близкое понятию «уход» из жизни, а ритуалы проводов на пенсию более чем сходны с ритуалами прощания с покойным. И сам человек, бывает, воспринимает пенсию как «черную метку», посланную ему от имени общества, как знак «пора уходить» — и потому она может вызвать у него грусть или негодование.

Но в то же время пенсия несет в себе жизнеутверждающую символику. Она распространяет на старость предикаты жизни. Прежде всего, это признание общественной необходимости человека. Общество отменяет требование «ухо-

да». Хотя пенсия назначается с некоторым учетом заслуг, статуса, заработков в так называемом трудоспособном возрасте, она воспринимается пожилыми людьми как признание их общественной необходимости. Пенсионное обеспечение по старости переозначивает поздний период жизни. Он не перестает быть временем приготовления к тому, чтобы и обществу, и близким было удобно расстаться с человеком. Но поверх архаического слоя значений накладывается иной, ресемантизирующий эту же действительность. И пенсионеры восприняли новый сигнал от общества: они демонстрируют политическую и гражданскую активность, не имеющую параллелей в других статусно-возрастных группах.

Публичный, декларируемый современным российским обществом подход к смерти таков: смерть человека есть зло и горе, мечта человечества — бессмертие. Но наряду с ним существует другой, тоже публичный, «научный» дискурс, который берет начало в европейской новейшей истории. В нем, исходя из общественной необходимости смерти, жизнь признается высшим, но ограниченным для каждого человека благом, которым он не может пользоваться беспредельно. Человек должен уступать место другим. Ясно, что в таких условиях смерть теряет качества зла — если не публично, то в умолчании.

Существует и «практический» дискурс, который исходит из того, что век пенсионера не должен быть слишком долгим, иначе пенсионеров не прокормить. Идеи укоротить этот период если не «сзади», то «спереди», за счет более позднего пенсионного возраста, регулярно становятся предметом обсуждения во властных инстанциях и прессе.

В связи с этим важным представляется осмысление социально-психологических механизмов адаптации человека к феномену смерти. Речь идет и о системе психологической защиты, определенных моделях символического бессмертия, и о социальной апробации смерти — культе предков, поминальных обрядах, похоронных и мемориальных службах и о просветительских программах пропедевтического характера, в которых феномен смерти становится темой раздумий и духовных поисков.

Культура сопереживания смерти другого человека выступает неотъемлемой составляющей общей культуры как личности, так и общества в целом. При этом совершенно справедливо подчеркивается, что отношение к смерти служит эталоном, индикатором нравственного состояния общества, его цивилизованности. Важно создать не только условия для поддержания нормальной физиологической жизнеспособности, но и предпосылки для оптимальной жизнедеятельности, удовлетворить потребность пожилых и престарелых людей в знаниях, культуре, искусстве, литературе, часто выходящих за пределы досягаемости для старших поколений.

На современном этапе кризисная ситуация для пожилых и престарелых людей обусловлена и усугубляется следующими обстоятельствами:

1. Экономический статус данной социальной группы чрезвычайно низок, происходит процесс обнищания.
2. Отсутствует продуманная система профессиональных маршрутов для лиц пенсионного возраста, сохранивших трудовую и социальную активность.

3. Состояние здоровья людей данной возрастной категории обычно хуже, чем у молодых членов общества. Наличие хронических болезней вынуждает их чаще обращаться к медицинской помощи, а это, соответственно, ведет к дополнительным расходам. Практически отсутствует реабилитационная система.
4. Нарастающая новизна ситуации, постоянное возникновение новых, необычных реалий общественной жизни на финальном этапе онтогенетического развития человека порождает чувство тревоги, апокалиптические настроения, кризис социальной идентичности у пожилых и престарелых.
5. Службы оказания социальной помощи находятся в зачаточном состоянии.

Тема 14. О «КИТАЙСКИХ ЦЕРЕМОНИЯХ», КУЛЬТЕ ПРЕДКОВ И СТАРОСТИ В КИТАЕ

Исторические и философские традиции отношения жителей Китая к пожилым и старым людям. Литературные свидетельства. Творчество поилых.

Уже первые европейцы, с XIII века проникавшие в Китай, обратили внимание на необыкновенную церемонность тамошних жителей. Бесчисленные поклоны и взаимные комплименты сопровождали даже случайную уличную встречу. Особо изощренный церемониал подобало исполнять в отношении людей почтенных — годами или положением. Миновали столетия, прежде чем самые проникательные и заинтересованные европейцы — путешественники, торговцы, миссионеры, движимые любопытством или долгом слуг господних, а потом и ученые-китаеведы — начали постигать глубинные основы чужой культуры, важным элементом которой оказались знаменитые «китайские церемонии». Пришло понимание и удивительного даже для традиционного общества почитания старости. Впрочем, и потом знание и понимание не избавили их обладателей от искреннего удивления перед повседневным, вошедшим в плоть и кровь культуры, уважительным отношением к старикам, к долголетию.

Так, в 1906 году В. М. Алексеев, будущий великий знаток Китая, академик, а тогда начинающий ученый, несколькими годами ранее окончивший Петербургский университет, приехал в эту страну для подготовки магистерской диссертации. Он знал язык, четыре года учился понимать китайскую культуру у лучших русских синологов, потом стажировался в Европе. Он не был неофитом, но живой Китай увидел впервые. В дневнике тщательно фиксировалось все то, что поражало его в китайской повседневности. Вот характерное замечание, подающее проблему в самом что ни на есть бытовом ракурсе: «Утром приходит поболтать какая-то старуха. Лодочник галантно осведомляется, сколько ей лет: “Небось, уже восемьдесят скоро!” — Старуха, весьма польщенная, скромно заявляет, что ей всего только пятьдесят шесть. — “Ну и счастье тебе, старуха! Выглядишь, ейей, на все восемьдесят!”... Дело ясно. В патриархальном Китае возраст всегда заслуживает уважения! Поэтому понятия старый и уважаемый выражаются у китайцев одним словом лао (*Слово «лао» записыва-*

ется одним знаком-иероглифом, который восходит к архаическому рисунку, изображавшему согбенного человека с длинными всклокоченными волосами (возможно, символ мудрости), который опирается на палку. Современное слово охватывает широкий круг значений от основных «старый, пожилой, дряхлый, почтенный, уважаемый, изношенный, ветхий» (то же в форме существительного и глагола) до периферийных вроде «терять, умирать», а также образует множество сочетаний со значением старшинства и родства, например, лаоцзур — предок, лаоэр — второй брат и т. п.). Я могу только бесконечно обрадовать человека, дав ему (хотя бы и неискренне) больше лет, чем следует. Я как бы хочу этим преувеличением сказать ему: «Я должен вас уважать, как старшего»».

На многих страницах алексеевского дневника встречаются описания странных на сторонний взгляд форм, которые принимает это уважение. Вот на вершине одной из священных гор Китая, Тайшань, среди многочисленных храмов путешественник видит новехонькую стену, загораживающую подход к обрыву. На стене надпись: «Запрещается кончать с собой». Рядом — указ губернатора о воспрещении самоубийств. «Эти меры, — пишет Алексеев, — вызваны существующим поверьем, согласно которому, бросившись в бездну с вершины, можно тем самым избавить своих родителей от болезни и смерти. Приняв во внимание, что безграничное почитание старших составляет основу всей китайской морали, можно себе представить, во что обходится Китаю эта дикость суеверия!»

Казалось бы, от вежливого преувеличения возраста собеседника до самоубийства огромная дистанция. А исток и того, и другого обычая общий — почитаемая в китайском обществе одной из четырех главных добродетелей благочестивая почтительность младшего к старшему. Неслучайно все китайское искусство — и высокая словесность, и фольклор, и особенно лубочные картинки — наполнено примерами высоконравственного поведения, в первую очередь, конечно, детей по отношению к родителям; в семье почитание старших блюлось с особой строгостью.

Необыкновенной популярностью пользовался сборник XIII века, именованный «Двадцать четыре рассказа о сыновней почтительности», охватывавший историю от баснословной древности до тогдашней современности. Среди его героев — бедняки и вельможи, государи и ученые сановники. Легендарный император Шунь, по преданию, сам пахавший землю, так чтит родителей, что Небо в награду послало ему слона, чтобы пахал, и птиц, чтобы склевывали сорняки. А некий Чжун Юн батрачил далеко от дома, но ежедневно носил еду родителям. Другой государь, Вэнь-ди, живший уже в исторически достоверную эпоху, во II веке до н. э., собственноручно подносил матери лекарства, непременно предварительно пробуя их. Примерно в то же время опутанному долгами Дун Юну не на что было похоронить умершего отца; он продал самого себя, но Небо не допустило такой жертвы: к нему спустилась небесная дева, они вместе наткали шелку, выплатили долги и подобающим образом совершили погребальную церемонию. А при династии Тан (VI–X века) некая Цзянь Ши-ши по-

казала пример почтительности к свекрови: когда старуха не могла есть, она кормила ее грудью.

Может показаться, что приведенные случаи (исключая разве что историю со свекровью) по духу вполне укладываются в христианскую заповедь «почитай отца и мать своих», да и у других, нехристианских народов уважение к родителям входит в число главнейших требований морали. Миссионеры-иезуиты довольно рано почувствовали внешнюю близость (глубинное различие они осознавали безошибочно; об этих различиях еще придется говорить) китайской нравственной проповеди и попытались ее использовать для более успешного обращения язычников, но и они отступали в недоумении перед другими, но тоже вполне каноническими для китайцев примерами сыновней любви.

В глубокой древности некто Лао Лай-цзы дожил до шестидесяти лет, его родители к тому времени были уже очень старыми. Чтобы его возраст не напоминал родителям об их старости, он, несмотря на седину, одевался в детские платица, играл и танцевал, веселя стариков. Как-то он нес воду, оскользнулся, упал и больно ушибся, но и тут принялся принимать смешные позы, дабы позабавить роди телей. А вот восьмилетний У Мэн летними ночами раздевался донага, чтобы его, а не родителей кусали комары. Увековечен в китайской памяти Вань Бо-у, который, заслышав гром, бежал на могилу матери, при жизни ужасно боявшейся грома, и с криком: «Я здесь, матушка, не бойтесь!» — укрывал могилу собственным телом. Умножать примеры можно до бесконечности. Приведу последний, на европейский взгляд кажущийся почти пародией на библейский сюжет. Го Цзюй был настолько беден, что не мог прокормить и свою мать, и сына. Он решил пожертвовать ребенком, принялся копать землю для могилы и наткнулся на клад. Так Небо вознаградило его за сыновнюю преданность.



Даже на интуитивном уровне ощущается фундаментальность принципов, породивших подобные стереотипы социального поведения и культурные универсалии. Чтобы выяснить их истоки, придется обратиться к древности, когда формировались важнейшие этико-религиозные представления китайцев.

Великий мудрец Конфуций (Кун-фу цзы, VI–V века до н. э.) принял за образец идеальной жизни баснословную древность, правда которой давно утеряна в мире, но сохранилась в старинных книгах. Значит, чтобы исправить кошмар современности, нужно постичь древнюю культуру, явленную в слове. Этому и должен посвятить себя благородный человек, притязающий на управление другими людьми. Намереваясь устроить современное ему общество по идеальному образцу, Конфуций во множестве заимствовал архаические обычаи и представления, часто толкуя их по-своему, наделяя их иным содержанием.

Так случилось и с культом предков. Своим мертвым прародителям поклонялись многие народы, но в архаическом китайском обществе ритуал почитания умерших родичей получил весьма широкое распространение и со временем начал обставляться пышным церемониалом. Особенно торжественным был обряд поклонения предкам главы клана, в котором участвовали его ближайшие родственники, родовая знать. Они в свою очередь, пусть и менее пышно, поклонялись собственным предкам. Ритуал сопровождался жертвоприношениями, песнями, танцами, обильными возлияниями. Вот как в древней «Книге песен» (Шицзин, XI–VI века до н. э.) описана величественная церемония:

*Вот подходят — плавно,
Приблизилась вот чинно-чинно...
Помогают — да — владыки и правители...
Сын Неба величественно-великолепен.
Вот подношу в жертву большого быка...
Помогают мне расположить...
О ты, Августейший Родоначалник,
Дай мир благочестивому сыну!
Всесторонний, мудрый — да — ты человек,
Просвещенный, воинственный — да — ты государь!
Покой твой до самого Августейшего Неба!
Ты мог дать счастье своему потомку!
Ты закрепил за мной длиннобровое долголетие,
Ты умиротворил меня обильною благостыней!
И когда я чту Великолепного Предка,
То чту и Просвещенную Мать!*

Более или менее очевидно, что в этом весьма архаическом песнопении описан обряд принесения жертвы предку, согласно комментаторской традиции — первым государем династии Чжоу, У-ваном, своему отцу, Вэнь-вану (Просвещенному). В церемонии участвуют вассальные правители. «...Сын Неба возносит молитву к духу покойного родителя, прося его принять от него жертву, насладиться ею и дать этим покой сердцу сына. Затем он поет гимн доблестной личности отца, создавшей на земле мир и на небе тихую радость, а в потомстве — полное преуспевание в основном доме. Наконец, засвидетельствовав благостыню, которою пользуется приносящий жертву сын, он чтит при этом и свою мать, достойную супругу достойного князя».

Заметим, что в случаях, когда обряд отправлял не государь, как описано выше, в непосредственный контакт с предками рода мог вступать только ста-

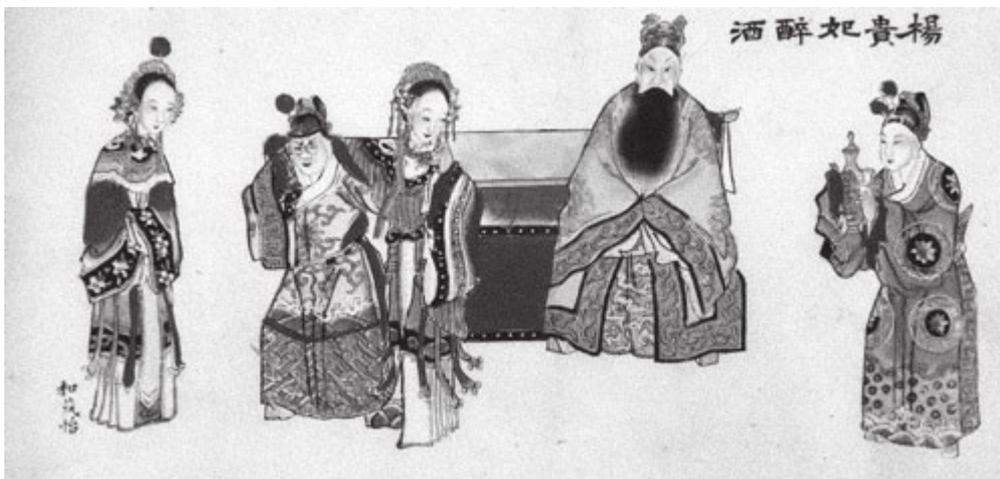
рейшина — старший по возрасту член клана. Иными словами, уже в глубокой древности общественным уважением пользовались не только умершие, но и старшие из живых. Да и умершие, строго говоря, считались не вполне мертвыми, поскольку оказывали едва ли не решающее влияние на жизнь потомков. Конфуцию, который вообще не любил ничего придумывать наново, осталось только актуализировать это влияние, сделать его частью общего культа древности, когда жили мудрые правители и их добродетельные подданные, ставшие предками нынешних правителей и подданных соответственно. Он вывел почитание предков за пределы сравнительно узкого круга знатных семейств, из локального родоплеменного обихода и сделал его общественно значимым ритуалом, обязательным для всего населения страны.

Хотя Конфуций строил свое учение в основном на базе древних обрядов, ритуалов, культа и этики, связанных прежде всего с верхним пластом религиозных верований, он и его последователи сделали все возможное, чтобы распространить свои принципы на возможно более широкие массы народа. До той поры распространенный в основном среди знати культ предков сделался основой религиозно-этических норм низших слоев, оттеснив на второй план привычные суеверия, магические практики и пр.

Кроме того, он дополнил обновленный культ предков учением о сыновней почтительности (кит. сяо), чем фактически лишил почитание умерших родичей мистического статуса, приравняв этих последних просто к уважаемым членам общества. Зато принцип сяо был им поставлен, пожалуй, выше прочих моральных принципов его учения и уж, во всяком случае, следование ему считалось безусловным нравственным императивом. Впрочем, о содержательной стороне понятия сяо Конфуций говорил довольно расплывчато, не старался дать ему точное определение. Скорее ему хотелось очертить круг возможных представлений о сяо — истинных и ложных. Как-то он сказал: «Ныне сыновней почтительностью именуют способность прокормить. Но ведь кормят и лошадей с собаками. Коли нет благоговения, то в чем же разница?» Знаменитый истолкователь Конфуциева наследия Чжу Си (XII век) так объясняет сказанное Учителем: «Смысл тот, что, содержа скотину, человек тоже имеет основание ее кормить, и значит, если он способен кормить своих родителей, не проявляя к ним особого чувства благоговения, то в чем будет отличие содержания родителей от содержания скотов?» Иными словами, Конфуций резко осудил бездумную, лишнюю ритуальную значительности и душевного трепета заботу о родителях, какой, видимо, грешили и знать, и простонародье. В другой раз мудрец так ответил на вопрос о сути сыновней почтительности: «При жизни служи родителям по ритуалу, умрут — похорони по ритуалу и принеси им жертвы по ритуалу». Ритуал здесь — это ли, знаменитые «китайские церемонии», на самом деле — правила чинного достойного поведения, регламентирующие буквально каждый шаг человека внутри социума. В данном случае речь идет о полном и беспрекословном послушании, облеченном в соответствующие внешние формы. Именно правила ли обязывали уважать родителей, заботиться о них при жизни, угождать, исполнять любой каприз без малейшего колебания или осуждения. Образцовый сын зимой согревал родительскую постель, даже будучи взрослым,

спрашивал их согласия на любой сколько-нибудь значимый поступок, т. е. буквально растворялся в них, навсегда оставаясь в положении ребенка. Фактически вплоть до смерти отца великовозрастный сын был социально и юридически неполноправным. Даже занимая высокий пост, он по смерти кого-то из родителей должен был выйти в отставку и три года соблюдать траур. И власть обязана была содействовать (и охотно содействовала!) ему в этом.

Принцип сяо был настолько всемогущ в системе социальных отношений, что оправдывал любые проступки, включая преступление. Полновластно хозяйничая в семье, отец имел право распоряжаться всем имуществом и даже жизнью домочадцев. В голодные годы нередко продавали детей, чтобы родителям хватило еды — это считалось вполне естественным. Право отца и матери на жизнь детей никто не подвергал сомнению. Равно как и сын во имя родителей мог совершить тяжелейший проступок. Известен случай, когда вопреки строжайшему запрету на пользование императорской колесницей (ослушнику отрубали обе ноги!) один из приближенных государя, узнав о болезни матери, без колебания нарушил запрет и избежал наказания. Одна из самых поразительных сентенций Конфуция гласит, что сын обязан покрывать отца, совершившего кражу, и официальное законодательство вслед Учителю отказывалось признавать в суде свидетельства детей против родителей. Сын не имел права ни в чем перечить отцу, даже отцузлодею. Самое большее, он мог мягко увещевать родителя, униженно просить вести себя, как подобает, а при неудаче — молча скорбеть.



Почему же исполнение сугубо, казалось бы, семейной заповеди о сыновней почитательности сделалось государственным делом? На то имеются по крайней мере две причины. Во-первых, Конфуций видел в семье универсальный прообраз общественного и даже государственного устройства. Традиционный образ китайского общества — это «гора песка», где каждая песчинка соответствует отдельной семье. Император в буквальном смысле слова почитался отцом своего народа, а подданные его детьми. Подобным образом была устроена и вся пирамида общественных отношений, так что принцип сяо обеспечивал не только прочность отдельной семьи, но и служил надежнейшей скрепой для всего социума. Во-вторых, впитавшие в кровь и плоть идею почитания старших и высших никогда, как полагал Конфуций, не станут бунтовщиками. Для смутного времени, в которое жил мудрец, подобное смирение дорогого стоило.

Смирение следовало воспитывать в семье: «Молодые люди дома должны проявлять почтительность к родителям, выйдя за ворота — уважать старших», поскольку «...очень мало людей, которые, обладая сыновней почтительностью и любовью к старшим братьям, склонны выступать против высших. И вовсе не бывает людей, которые не любили бы выступать против высших, но любили бы затевать смуту». «Смысл ясен, — комментирует уже упоминавшийся Чжу Си, — хороший сын и брат имеет мягкую, податливую душу. Редко кого из таких людей влечет к мятежам, и, уж конечно, никого к сеянию смуты»[7]. Понятно, в каких подданных нуждалось государство и каких граждан благодаря принципу сыновней почтительности воспитывала семья. Понятна и решительность, с которой Конфуций утверждал: «Почтительность сына и младшего брата — это корень любви к людям», т. е. основа всех социальных отношений.

Со времени превращения норм конфуцианской этики в нравственный императив и в систему общественных обязательств все воспитание и обучение детей основывалось на тщательном изучении сложнейших правил и церемоний, обязательных для всякого члена общества и почти без скидок на возраст. С трех лет ребенок по несколько часов проводил с учителем, заучивая наизусть сложнейшие тексты. Его очень рано переставали воспринимать как ребенка (традиционным подарком, который ученик преподносил учителю, впервые явившись на занятия, была палка). Детские шалости, разумеется, допускались, старшие даже смотрели на них снисходительно, но они считались явным отклонением от чинного поведения, которое требовало во всем подражать старшим — в привычках, в манерах, во внешнем облике. Дети стремились как можно скорее вырасти, повзрослеть. Это обычное детское стремление приобрело в Китае почти маниакальный характер — слишком бесправны были младшие и необычайно высоко почитаемы старшие во всех сферах жизни. Младших буквально опутывала сеть строжайших обязательств и почтительных церемоний, далеко превосходящих любой мыслимый этикет в общении со старшими. Помимо понятных обязанностей уступить место или дорогу старику, сойти с колесницы при встрече со старшим по чину и т. п., на любой вопрос старшего полагалось отвечать не только униженно кланяясь, но и постоянно упоминая о своем незнании, неумении — ничтожности, в конце концов. Строгие церемониальные установления запрещали младшему проявлять любые эмоции, кричать, смеяться, даже смотреть в глаза старшему. По малейшему зову кого-то из старших полагалось не просто откликнуться, но встать и почтительно приблизиться, опустив очи долу.

Заметим, кстати, что из «пяти отношений», которыми с точки зрения китайской морали исчерпывается диапазон социальных ролей (отношение сына к отцу, подданного к государю, жены к мужу, младшего к старшему и друга к другу), единственным типом связи между людьми, выходящим за пределы семейно-клановой или официальной иерархии, была дружба. Тем не менее даже отношения дружбы в Китае не предполагали равенства сторон. По крайней мере, из двух друзей один должен быть старшим, и это давало ему повод покровительствовать младшему товарищу и давать ему советы вплоть до выбора невесты. Непочтительный отказ следовать рекомендациям старшего друга грозил разрывом отношений. Отношения младший — старший делали общение друзей

до предела формализованными и создавали благоприятную почву для демонстрации всего церемониального набора поклонов, расшаркиваний, комплиментов и пр. И тем не менее дружба чрезвычайно высоко ценилась в традиционном китайском обществе, мало какая другая тема столь часто облекалась в строки лирических стихотворений, воплощалась на живописных свитках и т. п. Ценность, кроме всего прочего, заключалась и в том благородном усилии духа, естественном, как дыхание, но все же усилии, необходимом для общения со старшим вне семейного круга.

За страстным стремлением молодого человека самому стать взрослым и старшим скрывалась не только извечная тяга к самостоятельному жизненному поприщу, но и желание поскорее получить заслуженную возрастом долю почета и уважения, самому стать объектом подлинного «культа старости», не имевшего, пожалуй, равных в истории других цивилизованных народов. У любого народа старость и мудрость — синонимы, но высочайший авторитет древних мудрых правителей вместе с культом предков и проповеданным Конфуцием почетом к родителям соединили в Китае ум с возрастом прочнее, чем где бы то ни было. Люди, дожившие до почтенного возраста, пользовались всеобщим уважением, граничившим с поклонением. При всей строгости поведенческих норм старые люди освобождались от обязательного выполнения церемониала. Или, скажем, никому не пришло бы в голову посмеяться над почтенным старцем, продолжавшим учиться и даже пытавшимся сдать государственные экзамены на высокий чин. Более того, особо успешных старцев поощряли, даруя им императорские милости.

Пафос раннего старения, пусть и символического, буквально растворен в китайской культуре — от бытового поведения до высокой словесности. Редкий поэт уже в молодые годы не написал о первой седине на висках (хотя, заметим, в массе своей китайцы седеют сравнительно поздно). Дело в том, что средневековый китайский стихотворец почти никогда не говорил о себе напрямую, он облекал свои чувства и мысли в некую типовую форму, сложившуюся в поэзии его предшественников, а искренность пряталась где-то глубоко за словами. Поэтому если в стихотворении реализовывался мотив печали, то одной из типовых форм служили сетования на раннюю седину, на дряхлость, на скорый закат жизни:

*Ясное зеркало
с ясной луною схоже.*

*Вот и навечно
оно уложено в ящик.*

*Так ли уж нужно,
Чтоб в нем виски отражались,*

*Если покрыты
они осенней травой.*

(Юй Синь, VI век)

Осенняя трава, иней — устойчивые эпитеты для седины, а зеркало — не просто предмет обихода, это традиционное для китайской культуры средство опознания подлинного облика вещей и людей, причем не столько внешнего,

сколько внутреннего, скрытого. В этом смысле весьма показательны нижеследующее стихотворение Бо Цзю-и (VIII–IX века, пер. Л. Эйдлина):

*Чист и блестящ
круг бронзовый, зеркальный.*

*Рябят-пестрят
виски от белых нитей.*

*Да можно ли
упрятать глубже годы?*

*Моим летам
ты, зеркало, не веришь! —*

Облик поэта вовсе не свидетельствует о почтенном возрасте, можно обмануть себя, но зеркало не обманешь.

Как бы то ни было, но сам факт поэтической символизации старения, старости свидетельствует о высочайшем статусе категории возраста в культуре Китая.

В китайском поэтическом универсуме есть еще один мотив, тесно переплетающийся с темой старости, — это природный цикл, смена времен года. Крестьянская в своих основах китайская цивилизация с древности прививала людям пристальный взгляд на природу, на самонаименьшие изменения ее состояний. Человек равноправен в троице вместе с небом и землей, а потому он — органичная часть вечного круговорота природы. Бурное половодье и краткое цветение сливы, в одну ночь прерываемое жестоким ветром, — приметы радостной, но и печальной в своей мимолетности весны. Вот строки Ван Вэя, поэта VIII века, в переложении Арк. Штейнберга:

*Мы дряхлей что ни день,
Седина все ярче видна.
Возвращается вновь
С каждым новым годом весна.
Наша радость теперь:
В дружеских чашах — вино.
Так не будем грустить,
Что цветам облететь суждено.*

Последние цветы, голос сверчка, караваны диких гусей — привычные приметы тоскливой осени. Однако же осенние думы — это очень часто и горькие раздумья человека в конце жизненного пути, когда многочисленные знаки «заката года» словно бы подводят итог. И тогда старое сохлое дерево с поникшими ветвями, горбатый мост и заходящее солнце, усталые конь и путник создают настроение неизбывной печали.



Смена времен года не только в природе, она — в самом человеке, который весь во власти времени. Это естественно, и китаец относился к этому философски, ибо так устроен мир. Горечь увядания, как и собственная старость, рождала печаль, но никогда — трагедию. Печалью отмечены многие поэтические строки, ибо срок жизни человеку отпущен небольшой (в одном старинном стихотворении говорится: «Человеческий век, в нем нет и сотни годов»), а природа постоянно напоминает ему об этом. Жизнь человеческая непрочна — она «не из металла и камня», она мимолетна, словно блеск молнии. В частности, отсюда постоянные в поэзии образы путника, странника. И когда поэт пишет о белых росах, которые станут инеем к утру, — это тоже о быстротечности жизни: с глубокой древности роса символизировала быстротечность жизни. В народной песне говорится:

*Как быстро исчезла роса
Со стрелок дикого лука!
Исчезла, но поутру ляжет опять.
А человек, в могилу сойдя, разве вернется?*

Для китайского поэта собственное старение — только знак быстротекущего времени, как уносящиеся воды потока, уплывающие облака, осыпающаяся листва. Он не говорит о себе — он говорит о мире, в котором жизнь, старость, смерть пребывают от века. Еще Конфуций заметил: «Умершее станет прахом, прах уйдет в землю».

Не последнюю роль в формировании того поклонения, которым окружались в традиционном китайском обществе старость и старики, сыграло с древности бытовавшее уважение к личности учителя. Среди прочих обязанностей человека Конфуций на одно из первых мест ставил учение. Собственно, книга его бесед с учениками, *Луньюй*, открывается известной сентенцией: «Учиться и притом все время в усвоенном упражняться — это ли не радость!» Самого Конфуция почтительно именовали и до сих пор именуют Учителем. Поскольку он отдавал предпочтение внутренней, семейной социальности, по образцу семьи должна была строиться и школа, которую прямо именовали «семьей», а отношения учителя и ученика уподоблялись отношениям отца с сыном. Именно школа в древнем и средневековом Китае являлась местом передачи традиции во всей ее полноте «от сердца к сердцу» и вне объективного, обще-

понятного знания, а ученик там не столько учился, сколько воссоздавал в себе личность учителя. Таким образом, в паре учитель — ученик не только иерархически воспроизводились принятые в семье отношения родителя с ребенком; воспроизводится воспитательная модель подражания старшим в семье, тем более что престиж учителя стоял на огромной высоте; в процессе обучения возникало буквально «духовное сыновство».

Кроме того, учитель наследовал почтение, которым окружены были древние мудрецы, и в определенном смысле поклонение ему становилось частью культа предков — недаром слово «учитель» буквально значит по-китайски «преждерожденный».

Так что заданный в семье стереотип безмерного уважения к старшим получал логическое продолжение в «школьной семье», а объектом почитания оказывался «учитель-отец». Если учесть, что даже формальное обучение из-за невероятных трудностей усвоения иероглифической письменности, литературного языка и древних канонических текстов длилось добрую треть жизни, а учение «в духе» — до самой смерти, то ребенок, начавший учиться в три года, даже сделавшись главой семьи и перейдя в разряд «старших», в глазах учителя и в своих собственных все равно оставался младшим со всеми вытекающими из этого положения обязательствами почитать старшего.

Все, сказанное пока о старости, исходило из одного истока китайской мудрости, получившего по имени своего основателя название «конфуцианство», впрочем, только в Европе, в Китае его именуют просто «школа (или семья) ученых». Это бесспорно наиболее авторитетное течение китайской мысли, под влиянием которого сложились главные этические идеологемы всей дальневосточной культуры.

Но было и другое, тоже весьма влиятельное вероучение, у истоков которого стоял мудрец Лао-цзы, или Лао Дань, возможно, старший современник Конфуция. Традиция приписывает ему знаменитый Дао дэ цзин—«Книгу о Пути и Благодати».

Даосизм, учение о Дао — Пути, наравне с конфуцианством апеллировал к глубокой древности как идеальному веку человечества. Но если последователи Конфуция, сознавая несовершенство, грубость и пошлость мира, стремились все-таки в меру сил восстановить утраченный старинный идеал, обращались за великой правдой к древним текстам, устанавливали моральные нормы и правила образцового поведения, действовали, одним словом, то даосы, отчаявшись исправить людей, обратились на самих себя, стремясь уйти прочь от всего, что дурно влияет на человеческую природу, — от мирской суеты с ее страстями и желаниями. Они культивировали природную простоту и естественность, придерживались принципа «недеяния», полагая, что любое вмешательство в естественный ход вещей пагубно сказывается на органической целостности мироздания и в конечном счете на присутствии в нем Дао, Всеобщего Закона Природы, Правила. Впрочем, любое название Дао бессмысленно, ибо Дао — это все и ничто. Дао дэ цзин начинается знаменательным утверждением: «Дао, могущее быть определенным, не есть истинное Дао». Даосизм исходно впитал в себя те элементы китайской культуры, которые были высокомерно отвергнуты

конфуцианством, — древние верования, практики шаманизма, гадания и врачевания. Так, от древнего шаманизма он унаследовал представление о наличии у человека животной души (по) и мыслящей души (хунь). Только тело соединяло их вместе, и его смерть влекла за собой их гибель. Поэтому уже в глубокой древности огромное значение придавалось средствам продления физической жизни, а долголетие сделалось одной из главных ценностей китайской культуры в ее даосском изводе. Постепенно возникла вера в возможность обретения бессмертия через употребление особых снадобий растительного или минерального происхождения.

Однако даосизм не удовлетворился идеалом простого физического продления жизни. Истинный даосский «бессмертный» на пути к бессмертию радикально трансформировал, преображал свое тело, которое приобретало сверхъестественные силы и способности: умение летать по воздуху, становиться невидимым, одновременно находиться в разных местах и даже сжимать время. Но главной целью была трансформация сознания, в результате которой даосский «бессмертный» воплощал идеал единства со всем сущим и с Дао как таинственной первоосновой мира.

Даосы полагали дух более ценной субстанцией, чем тело, ибо жизненная сила зависит от духа. Тело для даосов выступает условием функционирования духа, «колесницей духа». Как написано в старинной классической книге по китайской медицине, «если тело повреждено, дух его покидает; если дух его покидает, наступает смерть».

Таким образом, с совершенно иных исходных посылок, чем конфуцианство, даосизм пришел к той же фундаментальной для китайской картины мира идее о высочайшей ценности жизни и долголетию как ее наиболее полном земном воплощении. Даосских старцев — и тех, что уходили в отшельнические скиты, и тех, что жили среди людей, — почитали не только за знания алхимических премудростей, но и за почтенный возраст.

Следует сказать, что даосизм оказал огромное влияние на художественную традицию в Китае. Яркая образность, метафизические порывы, тяга к чудесному — все это уравновешивало рациональную сухость конфуцианства. Начиная с великой книги «Чжуан-цзы», собрания остроумных парадоксальных притч и сентенций, даосские идеи мощно воздействовали и на изящную словесность, и на живопись, и на фольклор. Поэтому даосский идеал долголетия легко и естественно соседствовал с «общекитайским» культом старости, сообщая ему благодаря постоянным порывам в бессмертие некоторую мистическую перспективу.

Осталось сказать несколько слов о буддизме. Эта религия пришла в Китай, когда два главных местных вероучения уже имели сложившийся канон идей, с которыми догматы буддизма входили в резкое противоречие. Буддисты видели в жизни только страдание, зло, а для китайцев, будь то конфуцианцы или даосы, жизнь составляла главную ценность. Китайцам претил откровенный эгоизм буддистов, которых заботило только собственное спасение, — как мы помним, высочайший статус семьи, культ предков в Китае отодвигал личность на второй план. Дикими казались еще и такие буддийские «мелочи», как требования цело-

мудрия, безбрачия, как монашеская община, совершенно неприемлемая для китайцев своей откровенной асоциальностью, и т. п. Однако буддизм сравнительно быстро приспособился, ухитрившись ввести традиционные ценности китайцев, умело затушевывая их подлинное содержание, в круг своих вероучительных идеологем. Именно так обошелся простонародный буддизм с ключевым элементом китайской культуры — культом предков, от которого осталось одно название. В буддийской трактовке посмертную участь усопшего определял закон воздаяния, учитывающий соотношение добрых и дурных деяний при жизни.



Примерно таким же образом адаптировал буддизм и принцип сыновней почтительности. Во всяком случае, в сборниках буддийских легенд немало историй о добродетельных детях, вот только сюжеты этих рассказов возникли явно под влиянием учения Будды, который иногда и сам выступает в непривычной для себя роли почтительного сына.

Так, одна из легенд гласит, что мать Будды была очень злая и прожорливая, поела людей. В числе жертв оказался и ее сын Будда. Попав в материнский желудок, он как почтительный сын не захотел вспороть ей живот, чтобы выйти из него, а предпочел испортить спину. Затем на волшебной горе он построил храм своей покойной матушке и дал ей имя бодисатвы «Кунцяо даминван Пуса». Кунцяо—значит «павлин». Поэтому в кумирне висит надпись: «Причинить вред павлину — все равно что ранить мою мать».

Или вот еще буддийская история вполне в духе традиционных притч о почтительных сыновьях. Добродетельный Мулянь, который творил добро, ел простую пищу и поклонялся Будде, очень переживал за свою мать, которая, напротив, ела мясо, поносила монахов, не верила в Будду, за что и попала в ад. Сын, движимый сыновней почтительностью и преданностью, освободил ее, пройдя все адские инстанции и избежав козней дьявола. В конце концов он разнес весь ад и выпустил оттуда мучившиеся души.

Но вот согласиться с уважением к старости буддисты никак не могли, они считали ее одним из четырех страданий, выпадающих на долю человека: рождение, старость, болезнь, смерть. Поэтому в поэзии, на которую буддизм (в версии «чань») оказал сильное влияние, появились трагические мотивы в опи-

сании старости, дотоле не свойственные китайским стихотворцам. Великий Ван Вэй, верующий буддист, писал:

*Увял, обескровлен
Твой давний лик молодой.
Редеют седины,
Вот-вот их лишишься ты.
Изранено сердце
Мирской, жестокой тщетой.
И есть ли спасенье
Помимо Врат Пустоты?*

(Пер. Арк. Штейнберга)

Этими прекрасными строками можно было бы и закончить. Но следует сказать хотя бы несколько слов об отношении к старости в современном Китае. Опросы общественного мнения показывают, что молодые люди в большинстве не возражают против сохранения (скорее — возрождения) в обществе традиционных ценностей — сыновней почтительности, уважения к старшим. Вот только есть ли для этого соответствующие условия? Суровые меры по ограничению рождаемости привели к тому, что в городских семьях редко бывает больше одного ребенка. Тут уж не до строгостей традиционного воспитания. Недаром этих единственных деток называют императорами — ведь это они повелевают в семье, а бабушки-дедушки да и родители пылинки с них сдувают.

Мне самому доводилось видеть в набитом пекинском автобусе поразительную сцену: на освободившееся место старуха-мать заботливо усадила сына, молоденького солдатика в форме, с румянцем во всю щеку, а сама осталась стоять, с умилением поглядывая на своего дитяню...

Другое дело, что реальная жизнь всегда далека от идеала — и в традиционном Китае умирали нищие, всеми покинутые старики, и далеко не все сыновья являли собой пример образцовой почтительности, и в патриархальной семье не всегда царил лад. Так что многое из описанного в этом очерке — скорее норма культуры, чем ее повседневность. Об этом стоит помнить.

Тема 15. «ВОЗРАСТ СЛУЧИЛСЯ»: МОДЕЛЬ И АНТИМОДЕЛЬ ИНДИЙСКОЙ СТАРОСТИ

Религиозные основы современной концепции старости в Индии. Модель и антимодель старости.

Индийской идиоме, вынесенной в заголовок, в русском языке соответствует словосочетание «наступила старость», в котором «старость» выступает как природно-физиологическая неотвратимость — мы говорим: «наступило утро» или «пришла зима». Оригинал же содержит идею факультативности и стоит в ряду таких индийских оборотов, как «насморк случился» или «радость случилась». Это различие, безусловно, отражает те медико-биологические, культурные и социальные параметры, которыми оперируют индийцы, определяя жизненную фазу, следующую за человеческой зрелостью. Сегодня в Индии проживает более 82 млн человек, которых статистические и социологические исследования признают старыми и называют «седым сегментом». Только 5% из них

обеспечены пенсией по старости. Ожидается, что к 2025 году индийских стариков станет 177 млн, а к 2050 году — 324 млн. Общая же численность жителей Индии к началу XXI века превысила 1 млрд. Вопреки общенациональному лозунгу «Единство в многообразии (разнообразии)» их разделяют многочисленные региональные, этнические, религиозные, социальные и кастовые барьеры.

Идеальная схема. Согласно древнеиндийским представлениям индус проходит через четыре жизненные стадии (ашрамы): ученичество (брахмачари), домохозяйничество (грихастха), лесное отшельничество (ванапрастха) и странничество (саньяси). Эта идеальная схема подразумевала, что «возраст случался» после завершения первых двух стадий, и призывала готовиться к неизбежному концу. Уход в лес и/или странничество диктовали изменение социального поведения и постепенный отказ от того, что составляло смысл предыдущей стадии, — от материальных и чувственных привязанностей, или майи. При этом главную роль играли внешние, а не внутренние (биологические) факторы: человек, вырастивший детей, сыгравший их свадьбы и дождавшийся внуков, считался готовым к последним ашрамам. Он перекладывал дела на плечи сына, а укрепившая свой статус рождением наследника невестка прибирала к рукам домашнее хозяйство. Если к тому же у до мохозяина появлялись седые волосы, то уже не оставалось сомнений в том, что он должен расстаться с главной ролью в семье. Ранние браки и небольшая продолжительность жизни вели к тому, что обычно «возраст случался» у тех, кто приблизился к сорока: «В двадцать — знания, в тридцать — богатство, в сорок — конец» (маратхская пословица). И сейчас в бенгальских деревнях появление невестки в доме автоматически изменяет статус старших женщин, которые из обслуживающих превращаются в обслуживаемых. Они рассчитывают, что невестки будут растирать им уставшие ноги и выдергивать первые седые волоски, а в более дряхлом возрасте кормить рисом и убирать за ними нечистоты, поэтому матери с нетерпением ждут, когда сыновья женятся.

Классические трактаты предписывают двум последним ашрамам скромный образ жизни: отшельникам следовало довольствоваться минимальным количеством вещей и умеренным питанием, странникам, живущим подаянием, — не иметь никакого имущества. Первым рекомендовалось посвящать больше времени духовному совершенствованию, а вторым — бродить без цели и надежды. «Законы Ману», установившие в II–III веках общие нормы поведения, требовали от странника: «Не следует желать смерти, не следует желать жизни, / Пусть он ожидает [свое] время».

Все это не значит, что четырехашрамной модели человеческой жизни обязательно следовали, тем более что она рекомендовалась только мужчинам из трех высших варн — брахманам-жрецам, кшатриям-воинам и вайшьям-торговцам и не распространялась ни на многочисленную низшую варну шудр, занимавшихся земледелием и ремеслами, ни на женщин из любой варны. Абсолютное большинство самскар — ритуалов жизненного цикла индусов для очищения души, разума и тела, отправляемых и в сегодняшней Индии, расположены в диапазоне от рождения (вернее, от зачатия) до вступления в брак, после чего зияет провал вплоть до последней самскар — кремации. Это, в частности, сви-

детельствует и о том, что «возраст случался», но либо длился недолго, либо общество не уделяло подобающего внимания носителям этого возраста.

Классические тексты индуизма рассказывают о том, что некоторые мифологические герои жили по многу лет и даже столетий. Эпические сказители повествовали о многотысячелетней жизни Рамы, главного героя «Рамаяны», пятерки Пандавов из «Махабхараты» и великих мудрецов древности. Их долгая жизнь, как и смерть по собственному желанию, воспринималась как знак особого расположения богов и высоких духовных заслуг. Впрочем, преклонный возраст не вызывал ни физической, ни интеллектуальной немощи. Ради наслаждений с небесной девой мудрец Канду прервал свое отшельничество и забылся в мирских радостях на 907 лет, семь месяцев и три дня. Даже появление детей и внуков не старило героя: отец и сын нередко изображались как равные по физическим достоинствам сверстники. Например, в «Махабхарате» Арджуна, третий из Пандавов, и его сын Абхиманью не уступают друг другу в доблести и силе, хотя и различаются воинским опытом, что в конечном счете и приводит к гибели младшего героя.

Средневековые сказания, ссылаясь на более ранние источники, сообщают, что в древности и простые смертные жили дольше: «В ведах сказано, что человек в давние времена жил сто лет. Но, совершая неверные действия, он умирает преждевременно. <...> Человек, соблюдающий обряды и раздающий дары, живет долго». Чем дольше жил человек, тем больше возможностей имел он для праведной жизни, преждевременная же смерть вела к его посмертному превращению в злого духа (прету) или последующему рождению в низкой касте. Накопление грехов и адхармы сократило человеческую жизнь; ее продления добивались йоги, устанавливая полный контроль над своим телом, и персонажи из индусской мифологии.

Мудрецу Маркандейе была предсказана смерть в возрасте 16 лет, и он истоково испрашивал помощи у бога Шивы в образе лингама под именем Амритагхатешвар. Но Яма, бог смерти, явился в назначенный срок и, чтобы увести Маркандейю за собой, накинул ему на шею петлю, которая обвила и лингам. Разгневанный Шива оттолкнул Яму и даровал Маркандейе вечную юность и бессмертие. «Поправший смерть» лингам — святыня цилиндрической формы со следом захлестнувшей петли — находится в алтарном помещении храма Амритагхатешвара в местечке Тируккадавур в штате Тамилнаду на юге Индии. Сюда на свои 60- и 80-летние юбилеи приезжают тамилы (жители Тамилнаду), чтобы совершить поклонение «Божественному нектару, поправшему смерть»: мифологические образцы попрежнему легитимируют многие сферы и феномены индийской жизни.

60-летие считается особенной датой потому, что, по индийским представлениям, в этот день все небесные тела занимают то же положение, что и в момент рождения человека. Шестьюдесятью годами исчисляется средняя продолжительность жизни. И практически во всех индийских языках существуют идиомы, свидетельствующие, что наступление 60-летия отождествляется с физической и интеллектуальной деградацией, что представление об этом возрасте связывается с патологической раздражительностью и явлениями старческого ма-

разма. Глагол сатхияна (хинди, «становиться шестидесятилетним») употребляется в значении «дуреть»; маратхская поговорка «шестьдесят стукнуло, ум заклинило, в руках палка, за спиной [дразнящая] ребятня» не нуждается в пояснениях.

Неидеальная жизнь. Проблема старости и стариков в индийском обществе существовала всегда. «Махабхарата» рассказывает о царе Яяти, из-за проклятия рано лишившегося молодости, но получившего возможность передать старость тому, кто согласится ее взять. Яяти обратился к старшему из своих пяти сыновей: «Старость, морщины и седые волосы одолели меня <...>. Но я еще не наслаждался в молодости». А в ответ услышал: «Тот, кто расслаблен старостью, имеет седые волосы и бороду и покрытое морщинами тело. Он неприятен на вид, бессилен и худ, он не способен выполнять работу, им пренебрегают молодые и слуги. Такой старости я не желаю». Второй сын сказал: «Не желаю я старости, о отец, которая губит наслаждения и желания, уничтожает силу и красоту, разрушает ум и [самую] жизнь». Отказал отцу и третий сын: «Старый не наслаждается ни слоном, ни колесницей, ни конем, ни женщиной, и голос его становится хриплым...» Четвертый сын ответил: «Старый принимает пищу в определенное время, точно ребенок, он не чист и не совершает возлияния огню в нужное время». И только младший сын согласился: «Я возьму твою немощ, о царь, вместе со старостью. Ты же возьми от меня юность и предавайся наслаждениям, сколько будет тебе угодно». Через тысячу лет, верный слову, Яяти вернул сыну молодость, в обход старших сыновей помазал его на царство и удалился в лес.



В этом сюжете эпическая гипербола (возможность поменяться биологическим возрастом и более чем тысячелетняя жизнь) переплетается с клиническим натурализмом: старость сопровождается утратой нормального голоса, красоты и силы, в том числе сексуальной, и снижением качества жизни из-за нарушения телесных функций. Все это влечет за собой пренебрежение общества, даже

«молодых» и «слуг», которым традиционно предписывалось уважать старших по возрасту и положению.

В Индии отношение к старости всегда отличалось двойственностью. С одной стороны, считаясь заслугой, долголетие давало право на уважение и авторитет в семье и внутри социальной группы. Безупречное служение старым родителям является главной сыновней дхармой (долгом), именно поэтому во всех индийских семьях с нетерпением ждут рождения сыновей, а не дочерей, которые будут выданы замуж и уйдут в другую семью. Сыновним благочестием Пундалики объясняют жители Пандхарпура появление в их городе бога Витхобы. Пундалика ежедневно омывал ноги своим престарелым родителям, и, когда к нему в дом заглянул Витхоба, примерный сын не прервал своего занятия, а, бросив гостю под ноги камень, попросил подождать. Так и остался Витхоба в Пандхарпуре, а его храм является главной святыней города.

Почтение к мифологии и беспредельная вера в то, что она моделирует действительность, создает в индийском обществе иллюзию благодной старости, которая, как правило, не выдерживает проверку суровой прозой жизни. Да и на каждый мифологический пример можно найти контрпример, на каждую посылку об уважении к возрасту — едкую насмешку. Один из центральных персонажей «Махабхараты» — патриарх Бхишма, в глубокой старости сохранивший воинскую мощь и трезвый ум политика. Его одинаково уважали оба родственника клана — Пандавы и Кауравы, воспринимая его как носителя дхармы, морального закона и праведного поведения. В противостоянии между кланами Бхишма вынужденно занял сторону Кауравов и повел их армию в бой против Пандавов. Последние терпели поражение, пока не прибегли к хитрости: зная, что Бхишма не будет воевать против слабого пола, Арджуна укрылся за женщиной и, когда Бхишма опустил свой лук, из-за ее спины выпустил смертельную стрелу, поразившую патриарха. Затем, окружив умирающего старца, и Пандавы, и Кауравы на протяжении нескольких дней внимали его поучениям.

Безусловно негативное отношение всегда вызывало не подобающее старикам поведение, отразившееся, например, в маратхской поговорке «Сивому мерину красную узду» или поговорке хинди «Старик женится, соседи счастливы [посмеяться всласть]». Насмешкам подвергается и старческая дряхлость: «Старик сядет, все наружу», «Старый стал, ум потерял», «Старуха умерла зимой, всплакнули летом». О каком бы пиетете ни толковали высокие примеры, общество очерчивало для старости круг возможного, как в анекдоте об умном и находчивом министре Бирбале: «Пришла пора, и стал падишах сесть. <...> Чтобы скрыть изъян, начал падишах волосы красить. Однажды он чернил себе волосы при Бирбале. “Бирбал! Скажи-ка, не будет ли от краски какой порчи мозгам”, — спросил Акбар. — “А есть ли они у тех, кто красит волосы? Если бы у них мозги были, они не старались бы понапрасну из старых молодыми сделаться”. С того дня падишах перестал красить волосы».

Декларативные идеалы, пропагандируемые мифологическими примерами, не только уязвимы сами по себе, но почти не подкрепляются практическим опытом, отразившимся в цинично-прагматичных поговорках, поговорках и анекдотах. Сами старики говорят не о власти и почете, но об утрате влияния и

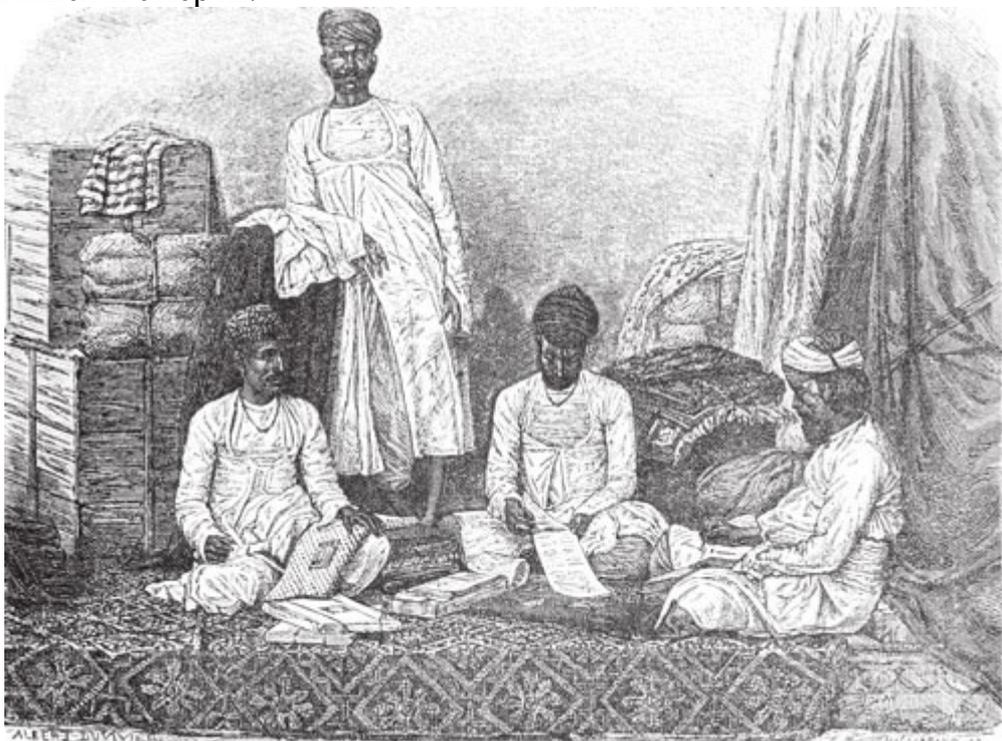
крушении надежд, о том, что не получают от своих детей столько заботы, сколько отдали им в свое время. Каким бы авторитетом ни был наделен Бхишма, его устранил один из его любимейших внучатых племянников, Арджуна, тот, кому в «Бхагавад-гите» бог Кришна раскрывает тайны мироздания.

Кто в Индии старый? Старость как культурная модель определяется комплексом медико-биологических и социальных показателей и их интерпретацией, но в силу индийского многообразия и разнообразия унификация этого явления почти невозможна. Очевидно, что «возраст случается» преимущественно у индийцев из средних и высших слоев. Индийские города, пропитанные промышленным смогом, цементной пылью и выхлопными газами, не способствуют увеличению продолжительности жизни, но они обладают высококлассными медицинскими учреждениями, отсутствующими в деревнях. Удельный вес «седого сегмента» значительно выше в тех из 28 индийских штатов, которые лидируют по экономическим показателям или по уровню грамотности (Панджаб, Тамилнаду, Керала), и падает в отсталых (Уттар Прадеш, Мадхья Прадеш, Бихар, Раджастхан). В Панджабе и Западной Бенгалии, на пример, говорят «идти [вести себя на] 70–72», т. е. ощутимые для окружающих возрастные изменения ассоциируются не с шестидесятилетием, а отодвигаются на декаду. В разговоре о близком человеке хорошим тоном считается не использовать прилагательное «старый», а заменять его эвфемизмом «уставший».

Старость как субъективная категория связана с оценкой со стороны или самооценкой. Одна из пословиц о возрасте говорит, что «60-летний — [еще] жеребчик, 20-летняя — [уже] кошелка». Первые геронтологические исследования в Индии, начавшиеся в 1970-х годах, включали в «седой сегмент» и 55-летних. Индийских государственных служащих в обязательном порядке отправляют на пенсию в 58 лет, университетской профессуре разрешают преподавать до 60. Работая над настоящей статьей, я разослала друзьям и коллегам электронные послания с вопросом «Чувствуешь ли ты себя старой/старым?» Джьоти, домашняя хозяйка и эссеистка, ответила: «Здесь, в Индии, я не ощущаю своего возраста и вообще никакого возраста не ощущаю. Я смазанный механизм, запрограммированный на выполнение семейных функций, и поскольку я самая молодая в доме [по сравнению с мужем и свекровью], я и чувствую себя самой молодой». Еще через несколько дней она написала: «Мне 55, и в строгом смысле я не старая (senior citizen), но думаю, что мои нездоровье и усталость позволяют мне присоединиться к этой категории». 52-летняя Суджал, психолог, размышляла почти две недели: «Я замечаю, что мои студенты, здороваясь со мной, ожидают моего благословения, так что я старая. Многие уже обращаются ко мне за советом. Иногда кто-нибудь предлагает помощь, когда я спускаюсь или поднимаюсь по лестнице. Уходит сексуальное желание. Я бы хотела подумать еще». 56-летнему Суджиту пенсия не грозит — он преуспевающий владелец частной типографии. На мое послание он ответил быстро: «Да, я старый, у меня два внука и скоро будет третий. Ты знаешь, как тяжело болеет моя жена». Прежде жизнерадостный Ашок, инженер, после выхода на пенсию впал в депрессию и вот уже три года сидит в кресле-качалке в своем гараже. На мои вопросы он не ответил, так же как и энергичный Виджай, экономист, ставший

пенсионером два года назад и прекративший в связи с этим «чернить» волосы, отвечать на телефонные звонки и выходить из дому.

Сара Лэмб в книге «Белые сари и сладкие манго: старение, пол и тело в Северной Индии» сообщает, что в бенгальской деревне женщины, став свекровями в возрасте от 35 до 60 лет, начинают продвижение к «охлаждению» и «сухости», т. е. к старости. Свекровь перестает носить яркие наряды и в конце концов облачается в белое. В Индии белый цвет связан с воздержанием и обузданием — наиболее выразительно это проявляется в белых одеждах траура и вдовства. Присутствие юной супружеской пары под одной крышей со старшими диктует последним отказ от секса даже в тех случаях, когда свекровь еще не достигла возраста менопаузы. Наступление же пострепродуктивного периода окончательно переводит женщину в иную возрастную и социальную категорию: она не только теряет «жар», характеризующий женскую природу во всех ее проявлениях — от ежемесячных истечений до деторождения, но, в отсутствие интимной жизни, утрачивает физиологическую «открытость» и приобретает «закрытость». Женщина, а потом и ее супруг, постепенно исключают из пищи все, что несет с собой «жар» — мясо, рыбу, лук, чеснок, — и переходят на охлаждающие продукты: молоко, некоторые виды овощей, фрукты. Далеко не сразу, а поэтапно передавая в руки молодых семейный бизнес и заботы по дому, деревенские свекор и свекровь отодвигаются на периферию, хотя, пока у них хватает сил, они помогают по хозяйству, присматривают за внуками и выступают арбитрами в спорах. Отказываясь от привычного, но продолжая желать «сладкое манго», старики должны начать борьбу с майей, чтобы достойно подготовиться к смерти.



Интересный феномен обнаружила в сельской местности Андхра Прадеша финский социолог Минна Сявяля: 44% женщин, находящихся в репродуктивном возрасте, прибегают к стерилизации не только для предупреждения нежелательной беременности, но и для приобретения более высокого семейного ста-

туса. Исключая в будущем возможность деторождения и высвобождая время, они сознательно «старят» себя и тем самым ранее положенного срока вытесняют свекровей на маргинальные позиции[. Последние, признавая поражение, оставляют хозяйство на невесток и, если обладают средствами, отправляются в автобусные паломничества, успешно организуемые современными турагентствами как «духовные путешествия». Порог некоторых храмов, всегда открытых для мужчин, как, например, храма бога-девственника Айяппы в Керале, может переступить только девочка препубертатного возраста или женщина в пострепродуктивной фазе. Впрочем, свекровь может и остаться в доме: как гласит пословица, «и обритая старуха в хозяйстве сгодится».

Скрытое становится явным. Если в индийских деревнях еще сохраняются патриархальные семьи, состоящие из представителей нескольких поколений, и старики окружены родней — не всегда внимательной, иногда откровенно злобной, но вынужденной считаться с деревенской молвой, то городские кланы распались на нуклеарные ячейки и старики остались один на один со своими проблемами: они страдают от отсутствия любви и часто лишены средств к существованию. Статистика показывает, что финансово независимы только 34% деревенских и 29% городских стариков. В Индии именно распад патриархальной модели семейных отношений винят в катастрофическом положении старого поколения, которое долгое время не замечали, привычно принимая за жизненную норму мифологические декларации.

Возможно, первыми сказали горькую правду драматурги. В 1970-х годах одна за другой были поставлены пьесы, в которых в голос заговорили о том, что долго скрывалось за идеалами. Поскольку индийский театр — зрелище не элитарное, но рассчитанное на средние слои, реакция была бурной и болезненной.

Сюжет «Короля сцены» В. В. Ширвадкара навеян шекспировским «Королем Лиром», но действие происходит в наши дни. Старый актер, поделив свое состояние между сыном и дочерью, не уживается ни в одной семье. Ганпат-рав в отличие от Лира не проявляет типичных для старческого возраста признаков распада личности. Но он привык к сольным ролям, и ему не удастся «уйти со сцены», смириться с маргинальным положением в доме. Его никто не гонит, и он не прокликает, как разгневанный Лир, свое потомство. «Не люди плохие, а старость плохая», — объясняет его верная жена. Ганпат-рав, следуя четырехашрамной модели, сам уходит отовсюду, а когда дети находят его, отказывается к ним вернуться. Он плетется вслед за молодым бродяжкой, еще не пресытившимся его театральными монологами. Индийский театр отразил существующую в Индии практику: стариков, особенно вдов, часто выкидывают из дома или же они уходят сами. В так называемых «вдовьих городах» Уттар Прадеша — Вриндаване, Матхуре и Бенаресе, куда в ожидании смерти стекаются североиндийские вдовы (сейчас их там, по приблизительным подсчетам, около 16 тыс.), каждая может рассчитывать на 250 г риса, 50 г чечевицы и 2 рупии (около 4 центов) в день за восьмичасовое хоровое исполнение религиозных песнопений в городских храмах.

Впрочем, в хите сезона 1989 года «Свои чужие» шекспировский сюжет, переработанный в традициях Голливуда, был снабжен «хеппи-эндом». Немоощным отцом пренебрегают старшие сыновья и невестки — их раздражает старость, говорящая языком просьб или, того хуже, языком старческого слабоумия. Младший же сын вместе с женой преданно выхаживают отца, «излечивая» его от признаков «случившегося возраста», и в конце концов семья воссоединяется, возвращаясь к патриархальному идеалу.

Герой пьесы «Тень Гималаев» В. Канеткара основывает приют для вдов и сам женится на вдове. Он борется за улучшение положения женщин, и его бескомпромиссность приводит к сложным внутрисемейным конфликтам. Дети, в общем-то преданные отцу, устают от его социальных экспериментов, угрожающих их собственному благополучию. Попечительский совет возглавляемого им вдовь его приюта не доволен шепетильностью, которую герой проявляет в финансовых делах, и отстраняет его от руководства. Перенесший инсульт старый человек вместе с женой уходит из приюта, которому он посвятил всю жизнь, и создает дом для престарелых, куда стекаются старики, утратившие общий язык со своими детьми.

Первые дома престарелых, открытые христианскими миссиями, появились в Индии при англичанах и предназначались для англоиндийцев — потомства смешанных браков, которых ни англичане, ни индийцы не признавали полностью своими. Собственно индийские «обители старости» стали возникать в 1970-е годы; тем самым общество признало наличие проблемы. На сегодняшний день в Индии имеется 354 дома престарелых — от элитных хором до грязных ночлежек, в которых проживает 12 702 человека, — поистине капля в море. Часть этих домов получает мизерные отчисления из государственного бюджета, однако в реальности их существование зависит от помощи неправительственных организаций и частных пожертвований. В последнее время для пожилых людей, не потерявших мобильность, организуются «дома дневного посещения». При такой форме социального обслуживания старики сохраняют связь со своими семьями. Эти меры, однако, направлены на поддержание стариков из средних и высших слоев, в то время как трагизм положения бедняков, у которых «возраст случился», становится предметом обсуждения только накануне 1 октября — Международного дня пожилых людей.

Летом 2005 года неожиданно для меня Москву одна за другой посетили несколько индийских тургрупп преклонного возраста, отправившихся вместо традиционных паломничеств к индийским святыням в кружение по европейскому континенту. В каждой из них были родственники или знакомые моих знакомых, по просьбе которых мне приходилось оказывать старикам знаки внимания. Первое, о чем просила каждая группа, — это посещение российских интернатов для престарелых. Оказывается, идея возрастной сегрегации уже прочно поселилась в головах индийцев.

«Тень сумерек» Д. Далви рассказывает об угасающих стариках, живущих вдвоем: их старший сын восемь лет назад уехал в Америку; младший — пилот в индийских ВВС. Старики мечтают о двух свадьбах и пытаются найти хороших невесток. Старушка говорит: «Невестка будет мне голову мыть, волосы

расчесывать. <...> Сразу две свадьбы сыграем, дом заполнится, внукам будем сказки рассказывать...» Старик злится: «Работа у них все, работа, а о нас кто позаботится? Нет счастья от детей!» Оба постоянно уговаривают друг друга не хлопотать по хозяйству, накапливая «охлаждение». Тем временем старший сын женится на американке, младший погибает в индо-пакистанской войне 1971 года. Приехавший на похороны старший тут же торопится обратно, и старики ускоряют свою смерть, чтобы их, как того требуют нормы индуизма, кремировал собственный сын, а не безродные чужаки.



Такая — досрочная — смерть, когда окончательно «уставший» человек добровольно отказывается от пищи, погружается в воды священной Ганги или бросается с утеса в узкую расщелину, заложена в индусских традициях. Одиночество индийских стариков при живых детях, эмигрировавших в поисках «зеленых пастбищ», стало в Индии катастрофой национального масштаба.



После того как в 1982 году Индия приняла участие в Международной ассамблее по вопросам старения, которая прошла в Вене в рамках Междуна-

ного года пожилых людей, объявленного ООН, индийские власти обратили внимание на проблемы стариков. С этого момента в Индии стала развиваться геронтология и предпринимаются попытки ввести гериатрию как отдельный предмет в медицинских колледжах.

Геронтократы. Никакие ассоциации, вызываемые глаголом сатхияна или его аналогами, не имеют отношения ни к индусским богам и эпическим героям, ни к индийским вершителям судеб, вознесенным на политический Кайлас и тем самым приравненным к сонму небожителей. Еще мифологические мудрецы отличались завидным долголетием, не проявляя при этом признаков, свидетельствующих о возрастной инволюции. Многие из них принимали обет безбрачия, характерного для первой ашрамы ученичества: согласно индийской традиции, непролитое семя увеличивает срок жизни и интеллектуальную потенцию, а вместе с тем и общественный авторитет брахмачари, т. е. девственника. Одним из примеров является уже упоминавшийся Бхишма, который отказался от радостей супружества и посвятил себя государственным заботам. С древности же сохраняется убежденность в том, что наука расаяны — экспериментов в области смешивания различных органических элементов — успешно омолаживает тела и мозг стариков. Реклама тоника, приготовленного по рецептам расаяны, изображает бодрого старичка на фоне немощного юноши, а слоган гласит: «60 years old or 60 years young?»

Достигший 35 лет индиец может быть избран на пост президента страны. Верхнего возрастного предела, однако, не существует. Сейчас президентом страны является 74-летний мусульманин Абдул Калам, признанный в Индии «отцом ракетного оружия». В 2002 году он сменил на этом посту 81-летнего К. Р. Нараянана. Соперницей Калама на президентских выборах была 87-летняя индуска Лакшми Сехгал, практикующий гинеколог и общественная деятельница. В момент выборов и тот, и другая находились в благоприятном, по индийским меркам, возрасте для начала политической карьеры. Калам чувствовал себя уютно и при правительстве Бхаратийя джаната парти, возглавлявшемся до 2004 года 78-летним А. Б. Ваджпайи, и при нынешнем, сформированном под эгидой Индийского национального конгресса во главе с 73-летним премьер-министром Манмоханом Сингхом. Кстати, и Калам, и Ваджпайи — брахмачари, как бы оставшиеся на первой жизненной стадии и тем самым сохранившие себе вечную молодость.

Вир Сангхви, известный политический комментатор, назвал одну из своих статей «Когда в 70 жизнь только начинается» (закончив ее словами: «Или в 80»). Самым почтенным премьер-министром Индии до сих пор остается Морарджи Десаи: когда в 1977 году он занял этот пост, ему был 81 год. Умер Десаи в 1995 году в возрасте 99 лет. На протяжении всей жизни, включая время премьерства, он неуклонно исполнял предписания расаяны, выпивая по утрам стакан собственной мочи. 81-летний Ситарам Кесри был избран президентом Индийского национального конгресса в 1997 году. 89-летний Харикишан Сингх Сурджит уже 13 лет носит звание Генерального секретаря Центрального комитета Коммунистической партии Индии (марксистской); членом политбюро КПИ(м) является неувядающий 92-летний Джьоти Басу, бывший на протяже-

нии 23 лет, вплоть до 2000 года, главным министром Западной Бенгалии. В нижней палате индийского парламента функции спикера выполняет 76-летний Сомнатх Баннерджи, министерство иностранных дел возглавляет 74-летний Натвар Сингх, людских ресурсов — 75-летний Арджун Сингх, а М. Карунанидхи, 83-летний лидер южноиндийской партии Дравида муннетра кажагам, вновь готовится к борьбе за пост главного министра штата Тамилнаду. Объясняя эту ситуацию в 2000 году, тогда главный министр Уттар Прадеша 77-летний Рам Пракаш Гупта сказал: «Возраст вызывает уважение, именно поэтому в такой демократической стране, как наша, столько почтенных политиков». Жители демократической Индии убеждены, что вырвать власть у политика может только смерть. Политиков чаще, чем других, сравнивают с мифологическими персонажами — кого с Бхишмой, кого с Рамой.

Политическое стариковластие, как и проблемы, сопровождающие это явление, — еще одна специфическая черта современной Индии.

Создание антимодели. Бывший дипломат и редактор «Иллюстрейтед Уикли», самого популярного индийского еженедельника 1970-х, историк и поэт, жуир и выпивоха, 91-летний Кхушвант Сингх встает в пять часов утра. Для разминки разгадывает кроссворды, читает газеты, намечает дневную норму и садится за письменный стол. Отдыхает час-другой днем и возвращается к столу. Пишет романы, рецензии, еженедельные колонки для трех популярных газет, выходящих в Дели («Хиндустан Таймс»), Чандигархе («Трибьюн») и Калькутте («Телеграф»), отвечает на 30 писем в день. Не скрывает политических симпатий и антипатий. В последние годы увлекся некрологами: пишет нежно и остро и прощается, не всегда прощая. «Я все еще пишу, поскольку презерватива для ручки никто не изобрел», — говорит 91-летний «грязный старикашка», как его называют приверженцы традиционной модели индийской старости, — и не ложусь, не выполнив намеченного на день».

В своих многочисленных публикациях Кхушвант Сингх на собственном примере беспощадно и милосердно препарировывает старость, деликатно учит мужеству и достоинству. Он по-своему расстается с майей и ведет свою отшельническую и странническую жизнь.

«На днях мне исполнилось 89. Я подошел к зеркалу, чтобы взглянуть на себя: я и выглядел на 89. Слезящиеся глаза, куцая бороденка — местами серая, местами красная от хны. Увиденное мне не понравилось. Когда ты стар, то не должен выглядеть на свой возраст: старайся выглядеть моложе и будешь чувствовать себя моложе. И я освежил бороду черной краской. Я и вправду стал выглядеть лучше, во всяком случае, пришедшие поздравить и пожелать долгих лет жизни друзья сказали, что я выгляжу намного моложе моих 89. Это меня воодушевило. Я взглянул на симпатичную фигуристую даму, годящуюся мне во внучки, и в мои глаза вернулся почти что юношеский блеск. Никому никакого вреда, а я почувствовал себя лучше... И дама почувствовала себя лучше от комплиментов, которые я стал ей расточать. <...> Если хочешь бросить вызов возрасту, делай это с некоторым шармом.

У меня есть еще ряд соображений, полезных людям моего возраста. Чем больше мы стареем, тем больше нужно обращать внимания на свое тело. Энер-

гичная гимнастика уже не рекомендуется. Начинаешь уставать даже от медленной прогулки или неторопливого плавания. Но есть другие способы для тренировки стареющего тела: можно слоняться по дому, вытирать пыль с книг и разговаривать с растениями в саду, если он у вас есть. В отсутствие энергичных упражнений надо решительно сократить количество еды и выпивки. Пищу следует принимать точно по часам.

Приходят проблемы с мочевым пузырем и кишечником. Возраст делает их вялыми. Ты должен им помогать искусственными средствами и не надеяться, что природа вернет их в нормальное русло: природа уже не на твоей стороне. <...> Необходим хороший ночной сон... и часик-другой днем. А для этого нужно, чтобы в душе был покой. <...>

Урежь светскую жизнь. Если возможно, исключи ее полностью и прими саньяс в собственном доме. Не поощряй посещений без приглашений, а если они случаются, через полчаса вежливо попроси гостей уйти. Не позволяй себе перенапрягаться из-за присутствия людей. Ты обнаружишь, что день, проведенный в одиночестве и в тишине, может по-настоящему взбодрить. На последнем этапе жизни ты обязан отбросить все мирские амбиции и зависть к людям, получившим, по-твоему мнению, то, чего они не заслуживают. Чрезвычайно важно держать себя в руках. У раздражительных людей поднимается давление и может случиться удар, ведущий к параличу и беспомощности. <...> Вспыльчивые люди долго не живут.

Большинство стареющих индийцев обращаются к молитве, ежедневно посещая храмы и тяготея к обществу таких же стариков. Я бы этого не советовал. За погружением в молитву и ритуал по сути стоит признание поражения, отказ от желания жить и попытка договориться с жизнью «после»... Компания стариков только подтвердит ваш страх того, что вы проиграли битву за жизнь. Лучше всего найти молодую душу противоположного пола, напарника или напарницу, с которыми вы могли бы беседовать. До секса уже, должно быть, не дойдет, но нужно поддерживать мерцающее пламя желания, поскольку вместе с ним приходит желание как можно дольше держаться за жизнь».

В канун 90-летия Кхушванта Сингха навестила легендарная 92-летняя актриса Зохра Сегал, и их беседа о любви и смерти прозвучала гимном человеческому оптимизму. Кхушвант: «Я всегда помню слова Икбала — “Ты хочешь узнать, как отличить верующего человека? Он умирает с улыбкой на лице”. Я прошел через то, что назвал бы опытом, близким к смерти. В прошлом году, днем, я неожиданно упал, когда никого из помощников не было дома. Я полз, как краб, и думал, что мое время пришло. И я сказал себе — я всю жизнь отрицал существование Бога, я не буду молиться. <...> И я сказал Большому Хозяину наверху: у меня дела здесь».

«Моя жена умерла около трех лет назад в возрасте 85 лет. За пять лет до того ее здоровье стало ухудшаться. У нее никогда не было хорошей памяти на имена и умения ориентироваться. Я часто подшучивал над ней. Если она с заднего сиденья говорила мне: «Поверни направо», я не сомневался, что нужно повернуть налево. Однажды она опоздала на полчаса в клуб, где мы договорились встретиться. Она потеряла дорогу и оказалась в аэропорту. Это никого не на-

сторожило. Потом она стала испытывать недомогания, стоило нам выехать куда-нибудь на отдых. Она, как и я, любила по вечерам выпить, но внезапно разлюбила. Она была жизнерадостная болтушка, но утратила всю свою живость и часами сидела молча». И Кхушвант Сингх честно говорит о симптомах болезни Альцгеймера, рассказом о неприятном подготавливая читателей к тому, что может случиться и в их семьях.

«Мне кажется, что я чокнутый и день ото дня становлюсь все чокнутее. Мое терпение истощается. Когда звонит телефон, я не поднимаю трубку или прибегаю к вопиющей лжи, чтобы отбить у людей желание со мной повидаться, попросить благословения или обменяться мыслями. Я все больше провожу времени в уединении моей спальни, притворяясь больным, или сижу, скрытый кустами, на зеленом пятачке моего палисадника. Мне бы хотелось поселиться в какой-нибудь гималайской пещере, ...но жить в комфорте — с электричеством, кондиционером, горячей и холодной водой, изысканной кухней, ...и — об этом я мог бы даже не говорить — неисчерпаемыми запасами марочного вина и первоклассного виски. Ни телефона, ни телевизора, только спутниковый приемник с каналом классической западной музыки. Для духовного же просветления буду созерцать матушку Гангу... Она единственная богиня, которую я боготворю, потому что она красивей всех богинь вместе взятых, и ничего не требует, кроме моего восторженного любования ею».

Богохульник, у которого «возраст случился» не иначе как в результате благорасположения богов и высоких духовных заслуг, он на собственном примере создает антимодель старости, рассказывая о ней всей Индии, и намерен жить по ней до последнего глотка и вздоха. «Единство» не только индийцев, но общечеловеческого бытия заключено в неизбежности, путь к которой «многообразен и разнообразен».

Тема 16. ПРОДЛЕНИЕ ЖИЗНИ И ДОЛГОЛЕТИЕ

Исторические аспекты проблематики долголетия. Продление жизни как социальная проблема. Факторы, способствующие долголетию.

Продление жизни – проблема всех времен и народов. В эволюции эта проблема появляется именно у человека. Осознавая бессмертие живой природы за счет размножения смертных организмов и обладая инстинктом самосохранения и выживания, человек всегда пытался разрешить это противоречие жизни и смерти.

К средствам сохранения молодости, здоровья и достижения сверхдолголетия человечество во все эпохи проявляло повышенный интерес. Поиски этих средств предпринимались в древнем Китае, Индии, Греции, Египте, у великих цивилизаций Центральной и Южной Америки. Следы этих поисков теряются в глубине веков и восходят к древнейшей истории. В самой старой китайской медицинской рукописной книге "Ней Кине" (4 тыс. лет до н.э.) имеется много рассуждений о старении. Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) в своих "Афоризмах" и Аристотель в трактатах "О молодости и старости" высказывали взгляды на причины старения и давали советы по здоровому образу жизни. Специальных эликсиров в этих трудах не приводится.

Для продления жизни древние египтяне употребляли в больших количествах чеснок. Мыслители и врачи разных эпох уделяли немало внимания вопросам лечения болезней старых людей и обобщали опыт продления жизни. Авиценна (980-1037 г.) обобщил достижения медицины предыдущих поколений в этом вопросе. Описания средств омоложения и бессмертия мы находим в рукописях средневековых алхимиков. Но ни эликсиры жизни, ни философский камень не позволили выдающимся алхимикам самим прожить дольше 100 лет.

Сверхдолгая жизнь людей, упоминаемая в древних книгах, видимо преувеличена, так как археологические данные свидетельствуют о том, что древние люди жили не дольше современного человека. Видовой предел *продолжительности жизни* (ПЖ) не был преодолен.

В конце 19-го века, в связи с работами А.Вейсмана, в биологии возникает наука о природе старения. В исследованиях биологии старения и омоложения участвовали выдающиеся биологи того времени. Было выполнено много опытов по продлению жизни и омоложению на беспозвоночных животных. По результатам этих опытов были сделаны важные теоретические выводы о природе старения.

Далее начинаются систематические исследования по продлению жизни млекопитающих и человека. За 100 лет накоплен огромный материал по биологии старения, однако решению основной задачи геронтологии - продлению жизни посвящено менее 1% работ, в которых получены данные о влиянии различных факторов на ПЖ человека и животных.

Наибольший вклад в увеличение *средней ПЖ* (СПЖ) населения некоторых стран оказали социальные факторы, экологические условия и достижения медицины, что не связано с замедлением старения как такового. Эти факторы позволили почти вплотную подойти к биологическому пределу ПЖ, который почти достигнут в ряде развитых стран.

Применение гериатрических средств направлено на профилактику многих заболеваний, сопровождающих старение. Некоторые ученые считают, что при огромных затратах излечение основных заболеваний пожилых прибавит примерно 10 лет жизни. Таким образом, человечество практически исчерпало возможности увеличения ПЖ традиционными медицинскими средствами, и на первое место выходит проблема разработки средств и способов радикального воздействия на сам процесс старения.

Многие известные средства увеличивают СПЖ животных и человека. При этом *максимальная ПЖ* (МПЖ) не увеличивается, откуда следует, что данные средства направлены на коррекцию патологических последствий старения, но не на фундаментальные процессы старения как такового.

Во многих опытах по продлению жизни использовались различные линии короткоживущих лабораторных животных с известными, наследственно закрепленными, заболеваниями. Если средство эффективно при этих заболеваниях, то СПЖ животных увеличивается, не затрагивая процесс старения. Таких опытов большинство. Подобные ошибки приводят к противоречивым результатам у разных авторов. Некоторые воздействия вызывают признаки омоложения человека и животных, при этом МПЖ не увеличивается или даже уменьшается.

Данная ситуация объясняет достаточно широко распространенную пессимистическую позицию по вопросу возможности получения средств радикального продления жизни у человека. Так, например, экспертный анализ современного состояния и перспектив развития геронтологических исследований, представленный 39 ведущими геронтологами мира в начале 90-х годов, показал, что большинство экспертов считает возможности увеличения МПЖ человека нереальной задачей].

В настоящее время видовой биологический предел жизни человека составляет 90-100 лет. Вам решать, сколько прожить от этого срока.

В настоящее время исследуются различные способы, приемы и системы продления жизни. По эффективности на процесс старения эти способы и средства можно разделить на 2 группы: увеличивающие СПЖ и МПЖ и увеличивающие только СПЖ. Наибольший интерес представляет первая группа. Применяемые воздействия имеют различную природу: физические, химические и другие. Здесь рассматриваются наиболее изученные средства и способы, известные в геронтологии.

ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Электромагнитные поля. Установлено, что при воздействии электростатического поля (ЭСП) отрицательного заряда низкой напряженности СПЖ мышцей увеличивалась на 10%. К.В. Ковальчук изучал действие ЭСП напряженностью 15 кВ/м на мышечных самцов линии СВА. СПЖ животных в поле отрицательного заряда была на 34,9%, а МПЖ - на 41% больше ПЖ контрольных. Но мыши СВА имеют высокую частоту возникновения опухолей. Видовая МПЖ мышцей (не высокоракковых) имеет величину 1030-1070 суток. В данном опыте МПЖ (1049 дней) не превышала видовой предел, а эффект получен за счет снижения частоты развития опухолей под воздействием ЭСП.

С 1939 г. по настоящее время выполнен ряд экспериментальных исследований, показывающих влияние постоянных магнитных полей (ПМП) на ПЖ и выживание различных видов животных. В опытах А.Л.Чижевского (1939), Ван Дейка (1965) и М.Халперна (1966) наблюдалось укорочение жизни крыс и мышцей, помещенных в экранированное пространство, где напряженность геомагнитного поля была уменьшена в несколько раз. Сильное МП более 100 кЭ не оказывало заметного влияния на выживание мышцей и обезьян (Beischer, 1964). Однако многочисленные клинические и экспериментальные исследования показывают, что длительное воздействие сильных ПМП на человека вызывает повреждающее действие. В многочисленных опытах Барноти (1959-1964), а также Мак Лина (1959), Перепечина (1974) и других установлено, что ПМП от 100 до 4200 Э способствовало увеличению СПЖ мышцей, крыс и других видов животных, при этом существенно замедлялось развитие опухолей. Видимо, этим и можно объяснить продление жизни животных в данных опытах.

Большой эффект оказывало переменное МП в опытах, проведенных Л.Х.-Гаркави с сотр. Применялось воздействие на голову старых крыс (возраст 18-32 мес) поля с индукцией 3,2-4,5 мТ и частотой 50 Гц. Цель опытов заключалась в создании у животных неспецифической адаптационной реакции активации. Через 1-2 недели после начала воздействия у животных появились признаки омо-

ложения, а через 2-8 мес. подопытных крыс по внешнему виду можно было отличить от молодых только по размерам. Они были более подвижными; редкая, желтая, грубая шерсть сменилась белой, мягкой, густой; желтоватые склеры глаз стали ярко-розовыми; кожа из грубой и толстой превратилась в мягкую и эластичную; тимус был увеличен, нормализовался половой цикл. О МПЖ не сообщалось. В литературе по магнитобиологии подобные факты отсутствуют. Эти опыты представляют интерес для изучения возможности применения реакции активации как способа продления жизни человека. Реакция активации организма, согласно Гаркави, может быть вызвана воздействиями различной природы.

Ионизирующая радиация. Большие дозы различных видов радиации обычно приводит к сокращению ПЖ многих видов животных и человека. Однако при малых дозах радиация может способствовать увеличению СПЖ животных на 10-20%, причем этот эффект лучше проявляется при облучении туловища, чем головы. Продление жизни в этих опытах ряд авторов объясняет подавлением развития опухолей и инфекций, снижением температуры тела, метаболизма и репродуктивной функции.

ХИМИЧЕСКИЕ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА.

Известно много химических веществ, оказывающих влияние на ПЖ. Выбор их для исследования и апробация на эффект продления жизни обычно основан на определенных представлениях и гипотезах старения.

Антиоксиданты. Применение антиоксидантов (АО) основано на связывании ими свободных радикалов - реакционных соединений с неспаренным электроном, возникающих в процессе метаболизма, количество которых увеличивается с возрастом (гипотеза Хармана, 1956-1968). Эти радикалы, повреждая высокомолекулярные соединения хроматина (ДНК, РНК), коллагена и других белков, вызывая перекисное окисление липидов мембран клеток, могут нарушать обмен веществ в организме. У млекопитающих имеется мощная антиоксидантная система, регулирующая действие свободных радикалов, однако с возрастом эффективность этой системы снижается.

Для проверки своей гипотезы Д.Харман исследовал ряд АО на короткоживущих линиях мышей (то есть с наследственно закрепленной патологией). Продление жизни было небольшим.

Наиболее эффективные из АО - меркаптоэтиламин увеличивал СПЖ на 26%, а бутилокситолуол - на 45%, главным образом за счет замедления развития опухолей, МПЖ животных не увеличивалась. При воздействии указанных АО на мышей долгоживущих и устойчивых к заболеваниям линий не наблюдалось продления жизни. Сделан вывод, что АО не замедляют процесс старения.

Л.К.Обуховой (1975) проведены многочисленные опыты на мышах короткоживущих линий. Применялись 2-меркаптоэтиламин, эпигид, ионол, этоксихин, диметиламиноэтанол, центрофеноксин и другие АО. Воздействие начиналось в молодом, среднем и старшем возрастах животных. Показано, что ПЖ после начала воздействия увеличивалась на 11-26%.

На других линиях животных в опытах с применением аскорбиновой кислоты, глутатиона, токоферола, серусодержащих аминокислот не выявлено эф-

фекта действия этих АО на ПЖ. В опытах других авторов воздействие токоферола, аскорбиновой кислоты, инола и метионина приводило к сокращению жизни животных.

Во многих исследованиях на беспозвоночных (нематодах, насекомых и др.) установлено, что действие АО убывает с возрастом и у старых животных они не оказывают влияния на процесс старения.

Некоторые АО (витамины С, Е, А) используются в гериатрической практике. Имеются наблюдения, что при воздействии аскорбиновой кислоты на людей после 75 лет наблюдалось увеличение статистического показателя длительности предстоящей жизни до 102 мес при длительности 70 мес в контрольной группе (Комаров, 1978).

Анализ накопленных данных по изучению АО позволяет сделать вывод о том, что с помощью АО не представляется возможным достигнуть существенного замедления старения и увеличения МПЖ. Однако многие из них являются официальными препаратами и эффективны при различных заболеваниях, необходимы для нормальной жизнедеятельности организма и укрепления здоровья. Поэтому применение АО оправдано и для увеличения СПЖ человека. Антиоксиданты в настоящее время применяются в медицине достаточно широко.

Латирогены. Гипотеза Бьёркстена связывает старение с образованием сшивок в молекулах ДНК, коллагена и других белков ковалентными и водородными связями. Бьёркстен выделил бактериальный фермент, разрушающий эти сшивки. Введение его мышам увеличивало их СПЖ, что, как полагал автор, замедляло старение. Затем была найдена группа веществ - латирогенов, препятствующих образованию сшивок, в частности молекул коллагена соединительной ткани: пенициламин, семикарбазид, аминопроприонитрил и другие. В опытах на крысах, мышах и других животных сейчас доказано, что латирогены, ингибируя образование поперечных связей, практически не влияют на МПЖ животных.

Комплексоны. Бьёкстен (1951) предположил, что переходные металлы (кальций, алюминий и др.), участвующие в процессе перекрестного связывания высокомолекулярных соединений, играют важную роль в старении. Для связывания этих металлов и замедления процесса старения была предложена группа веществ - комплексонов: этилендиаминтетрауксусная кислота (ЭДТА) и ее соли, унитол, пенициламин и другие. Наиболее исследована среди них ЭДТА. В многочисленных опытах Т.Л.Дубиной (1968-1975) применение соли $\text{Na}_2\text{ЭДТА}$ в качестве комплексона и геропротектора показало, по выражению самого автора, «ЭДТА не вмешивается в процесс старения, увеличивает СПЖ (крыс на 20-25%) и выживаемость животных за счет уменьшения частоты образования опухолей, инфекционно-воспалительных и других заболеваний, замедляет развитие атеросклероза, гипертензии и гиперхолестеринемии». У других исследователей комплексоны также не увеличивали МПЖ животных. И вообще, сшивки металлами не ускоряют процесс старения, так как исключение кальция из диеты не влияло на ПЖ мышей.

Адаптогены. Это тонизирующие средства, повышающие адаптационные возможности и сопротивляемость организма к различным факторам. Для этих целей и замедления возрастных изменений чаще используют настойки и экстракты растений: женьшеня, элеутерококка, радиолы, заманихи, левзеи, аралии, а также пантокрин. Однако применение их ограничено, так как большинство адаптогенов противопоказаны при гипертонии и других заболеваниях пожилых. Преувеличенное внимание к этим и некоторым другим растениям (молочай, рододендрон Адамса, гастродия высокая - нанайский женьшень и другие) как к «эликсирам жизни» объясняется чаще косметическим эффектом или стимулирующим влиянием на отдельные процессы в организме. Прямые эксперименты указывают, что лишь немногие адаптогены (экстракты женьшеня, элеутерококка, корня солодки) увеличивали СПЖ крыс не более 10%, практически не влияя на МПЖ.

Биостимуляторы, препараты клеточной и тканевой терапии. Биостимуляторы образуются в определенных условиях в изолированных тканях животного и растительного происхождения. В гериатрической практике успешно используются препараты: экстракт алоэ, взвесь и экстракт плаценты, ФиБС, пеллоидистиллат, пелоидин, пирогенал, продигозан, гумизоль, биосед, торфот и другие. Применяют также подсадки кожи и некоторых тканей других людей.

Эти средства оказывают стимулирующее действие на обменные процессы, регуляторное влияние на функции ЦНС, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем, активизируют восстановительные и регенерационные процессы, замедляют развитие атеросклероза и артритов. Например, воздействие экстракта алоэ на лиц старше 71 года с церебросклерозом уменьшало головную боль, головокружение, улучшало память. ФиБС действует слабее. Лечение препаратами плаценты оказывало нормализующее влияние на ЦНС, обмен веществ, органы зрения, эндокринную, сердечно-сосудистую и иммунную системы, замедляло развитие атеросклероза и полиартрита.

Многие препараты, полученные из разных тканей животных, успешно применяются в ветеринарии для снижения заболеваемости и смертности животных. Некоторые препараты, по наблюдениям в эксперименте и в сельскохозяйственной практике, могут вызывать омолаживающие эффекты на отдельные органы и системы животных, однако заметного влияния на ПЖ эти препараты не оказывают.

К группе биостимуляторов относится ряд цитотоксических сывороток: антиретиккулярная (АЦС), антиовариальная, антитестикулярная и другие, которые используются в гериатрии. Как средство профилактики старения наиболее известна АЦС, созданная А.А.Богомольцем в 1937 г., который связывал старение организма с возрастными изменениями соединительной ткани. АЦС оказывает положительное влияние на систему соединительной ткани (лечение артритов), сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, иммунной, гемопоэтической систем, что свидетельствует о повышении общей резистентности организма. Однако нет убедительных фактов о влиянии АЦС на ПЖ человека.

Это относится и к некоторым стимуляторам неорганического и другого происхождения: нефтяное ростовое вещество (НРВ), мумиё. Например сообща-

лось, что применение НРВ вызывает повышение работоспособности, «омоложение» кожи, потемнение седых волос и рост новых волос на голове и бровях. Тщательное исследование на кроликах и человеке не выявили влияния НРВ на процесс старения. В гериатрии НРВ не применяется.

Интересна история изучения биостимуляторов в связи с омоложением человека. В 1899 г. 72-летний французский физиолог Ш.Броун-Секар сделал себе несколько инъекций из семенников молодых собак и кроликов и почувствовал, будто помолодел лет на 30. Однако через 5 лет он умер. Эффект оказался временным. Но другие врачи начали применять этот метод. Е.Штейнах (1920) и С.Воронов (1923-1928) сообщали, что в опытах на крысах, кроликах и баранах им удавалось омолаживать и продлевать жизнь животных. Омолаживание выражалось в том, что старые животные выпрямлялись, у них повышалась двигательная активность, открывались глаза, которые становились ясными, начинался рост новых волос, мех становился гуще, мягче, восстанавливалась половая функция. В.Гармс (1921) сообщал о 4-кратной пересадке семенников от 3-мес собаки таксы 17-летнему таксе-самцу с резко выраженными явлениями старческого одряхления. Наблюдались эффекты, описанные выше, но через несколько недель после очередной пересадки наступали признаки старческой дряхлости, а после 4-й пересадки эффекта не наблюдалось. Опыт продолжался 200 дней. Он свидетельствует о продлении жизни животного и о пределе возможности метода. С целью омоложения Е.Штейнах и С.Воронов производили пересадки человеку половых желез молодых животных и обезьян. По их описаниям, у пациентов исчезали признаки старческой дряхлости. Профессор В.К.Кольцов писал, что аналогичные опыты проводились в Москве в Институте экспериментальной биологии и в других лабораториях и клиниках страны. В некоторых случаях эти пересадки давали очень эффективный, но кратковременный результат с последующим быстрым одряхлением организма. Было много и неудач, за что этот метод подвергся резкой критике и был запрещен.

Попытки омоложения человека путем переливания крови между здоровыми людьми предпринимались А.Богдановым. Он описывает ряд пациентов, у которых после переливания крови наблюдались отдельные признаки омоложения, повышение работоспособности и укрепление здоровья. Ни клинических, ни экспериментальных доказательств влияния на ПЖ не получено. Однако сын А.Богданова, известный врач, генетик и геронтолог А.А.Малиновский, которому в течение жизни было сделано 4 переливания крови, прожил до 90 лет. По его наблюдениям, люди, которым делались переливания крови, доживали до 85-90 лет. В докладах по геронтологии А.А.Малиновский сообщал, что в детстве он не отличался хорошим здоровьем, однако после первого и особенно после второго переливания крови здоровье и работоспособность многократно повысились, причем эффект был стойким и сохранялся многие годы; переливания крови в старшем возрасте давали меньший эффект.

Известно много малоизученных средств тканевой терапии. Так, недавно появилось сообщение о том, что в аптеках Восточной Азии сейчас продают кожу слона, которую рекомендуют пожилым людям как тонизирующее и омолаживающее средство. Идея применения ее взята из древних легенд: якобы ста-

рые хищники, съев кожу слона, молодели на глазах; с людьми происходило нечто подобное. Это наблюдение требует экспериментальной проверки.

Большой биологической активностью обладают препараты клеточной терапии, полученные из свежих эмбриональных тканей крупного и мелкого рогатого скота, свиней и цыплят (КЭП, СЭП и другие), из плодов и маток животных (овариолизат, тестолизат), из эмбрионов и плаценты (ЭМЭКС), из эмбриона и хориона (фетозол, лейкозол). Механизм действия эмбриональных препаратов изучен недостаточно. Их успешно применяют в гериатрической практике при лечении различных заболеваний пожилых пациентов. Выяснено, что гомогенаты, полученные из эмбриональных тканей различных органов, после введения в организм оказывают воздействие на одноименные органы, то есть препараты действуют избирательно на органы и неспецифически на весь организм. После введения эмбриональных препаратов у пожилых людей улучшается общее состояние, повышается работоспособность и настроение, нормализуется функция различных органов и систем.

Практическое применение метода клеточной терапии для замедления старения связано со швейцарским врачом, доктором медицины П.Нихансом. Он широко использовал клеточную терапию для "омоложения" людей, среди которых было немало состоятельных знаменитостей: папа Пий XII, У.Черчилль, Шарль де Голь, С.Мюэ, Т.Манн, Дж.Рок-феллер, Глория Свенсон, Б.Барух и другие. Все они дожили до преклонного возраста, но не достигли 100 лет. В своих работах П.Ниханс не сообщал о неудачах. Многие из его пациентов были практически здоровыми людьми, следили за своим здоровьем и могли долго прожить и без помощи Ниханса. Сам П.Ниханс (став тоже состоятельной знаменитостью) прожил 89 лет. Следует отметить, что иногда применение эмбриональных препаратов вызывает тяжелые осложнения. Поэтому Американская ассоциация врачей признала метод клеточной терапии опасным.

П.Стефан, последователь Ниханса, называет свой метод омоложения «ремонтом тела» - вариант тканевой терапии, связанный с регенерацией органов. Метод не содержит строгого анализа результатов такого «ремонта тела». Создатели подобных методов, как и сам Ниханс, часто сознательно и небескорыстно переоценивали эффекты омоложения. Все эти методы, несомненно, являются одними из наиболее перспективных и требуют тщательного изучения.

Иммунотропные средства. Применение этих средств и способов для замедления старения основаны на гипотезе, связывающей процесс старения с возрастными изменениями иммунной системы, и прежде всего с инволюцией тимуса у человека и животных. Имеются данные о том, что гормональные вещества тимуса (тимический гуморальный фактор, тимопоэтин, тимозин и другие), а также интерлейкин-2, изопринозин, иммуноцитал, ЛПС (иммуностимулятор), азатиоприн (иммунодепрессант), тимекс и тималин (экстракты тимуса) и другие замедляют инволюцию тимуса, оказывают нормализующее влияние на функции различных систем, предупреждают образование опухолей, стимулируют защитные силы организма, но не оказывают заметного влияния на ПЖ. Например, воздействие иммуномодуляторов тималина и эпителина на 3,5 мес крыс увеличивало предстоящую СПЖ и МПЖ в основном за счет уменьшения об-

разования опухолей. У пожилых людей оба препарата воздействуют на центральные механизмы (пептидергической) регуляции, оказывая нормализующее влияние на иммунную, нейроэндокринную и мочеполовую системы. Имеется сообщение, что в опытах на крысах пептидный иммуномодулятор тимоген вызывал увеличение МПЖ животных с 946 до 1048 дней, а СПЖ не изменилась, хотя препарат способствовал замедлению развития опухолей (Павельева И.А., 1991). Эти данные требуют проверки.

Т.Макинодан осуществлял пересадки тимуса и костного мозга от молодых старым мышам. Автор сообщал, что при этом происходило "омоложение" иммунной системы и продлевалась жизнь животных. Другие исследователи указывали, что множественные пересадки тимуса в старшем возрасте (при старении) неэффективны, а множественные пересадки мышам долгоживущих линий в период их полового созревания тимусов от новорожденных мышей замедляли снижение Т-зависимых функций иммунитета и развитие болезней, при этом СПЖ увеличивалась, а МПЖ не изменялась. Новый интерес к проблеме связан с работами В.И.Донцова (1992-2000), указывающими на центральную роль Т-лимфоцитов в развитии и старении организма.

Гормоны. Изучение влияния гормонов на ПЖ связано с важной ролью механизмов нейроэндокринной регуляции в процессе старения. Попытки омоложения человека и животных с помощью пересадок и вытяжек из половых желез (Броун-Секар, Воронов, Штейнах), видимо, чаще приводили к сокращению жизни, так как в большинстве опытов для удобства операции использовались самцы животных и пожилые мужчины. Сейчас установлено, что введение тестостерона сокращает ПЖ самок и особенно самцов млекопитающих. Показано некоторое продление жизни животных после введения эстрадиола, окситоцина, вазопрессина и глюкокортикоидов. Установлено, что дегидроэпиандростерон, введенный мышам в больших дозах, оказывал омолаживающее действие. Этот гормон в повышенных дозах вызывает у человека побочные явления. Доктор Дж.Глезер обнаружил у лиц, занимающихся психотехникой трансцендентальной медитации, значительное повышение уровня этого гормона, особенно у пожилых мужчин (на 23%) и женщин (на 47%), при этом биологический возраст уменьшался.

Удаление гипофиза обычно приводит к сокращению жизни. Однако когда мышам при этом вводили кортизон, их МПЖ увеличивалась с 1120 до 1332 дней. Эффект в продлении жизни в данном случае связывают со снижением влияния тропных гормонов гипофиза и подавлением функции эндокринных желез, в частности снижением уровня тироксина, а также влиянием на иммунную систему. Отметим, что в опытах с голоданием животных также подавляется выделение тиреоидных гормонов и увеличивается ПЖ. В других опытах введение тироксина в неонатальном периоде (до рождения) самцам крыс приводило к снижению на 2/3 уровня тиреоидных гормонов у взрослых животных и к продлению их жизни на 4 мес. У самок эффект был ниже. Возможно, продление жизни животных при снижении уровня тироксина связано с перестройкой механизмов терморегуляции, снижением обмена веществ и температуры тела. В.Денкла в 1977 г. высказал гипотезу о существовании "гормона смерти", кото-

рый после достижения полового созревания начинает выделяться гипофизом, вызывая снижение восприимчивости тканей организма к гормонам щитовидной железы у старых животных и человека примерно в 3 раза. Это приводит к подавлению энергетических процессов, вызывая снижение функции сердечно-сосудистой и иммунной систем. Удаление гипофиза и введение тироксина старым крысам приводило к восстановлению функции иммунной и сердечно-сосудистой систем, вызывая при этом некоторые признаки омоложения. Исследования продолжаются. Денкла считает, что такой способ позволит продлить жизнь человека до 400 лет.

Такой оптимизм разделяют и другие ученые, интенсивно изучающие механизмы нейроэндокринной регуляции процесса старения. Наиболее эффективным является воздействие на гипоталамус. Так, пересадка клеток эмбрионального гипоталамуса в гипоталамические центры старых животных приводила к изменению программы развития организма и вызывала эффекты омоложения. Воздействие на гипоталамус крыс антидиабетического препарата фенформина или эпифизарных экстрактов увеличивало СПЖ животных на 25% без изменения МПЖ.

Средства воздействия на генетический аппарат. В мировой геронтологической литературе примерно половина работ посвящена изучению генетики старения. С целью задержки темпов реализации генетической программы, снижения синтеза белков - возможных инициаторов старения был испытан ряд ингибиторов транскрипции и трансляции (актиномицин Д, оливомицин, циклогексамид и другие). Наибольший эффект был достигнут при введении крысам оливомицина: СПЖ увеличилась на 15,4%. Попытки стимулировать активность стареющего генома с помощью препаратов РНК и ДНК не дали существенных результатов в продлении жизни. Препарат сульфазин из группы пиримидиновых вызывал у крыс, мышей и собак признаки омоложения и немного продлевал жизнь. Введение этого препарата в сочетании с витаминами и микроэлементами старым людям с атеросклерозом, сердечной недостаточностью, диабетом, гипертонией, поражением суставов и последствиями инсульта вызывало улучшение самочувствия, памяти, состояния мускулатуры, кожи и зрения.

Б.Фрэнк (1981) разработал способ омоложения, который он назвал РНК-терапией. Лечение состоит из трех форм: диеты, богатой нуклеиновыми кислотами, пищевых добавок (РНК из дрожжей) и органоспецифический метод (введение РНК из органов животных). Фрэнк утверждал, что тысячи стариков, которых он лечил, испытывали удивительное чувство омоложения. О продлении жизни он не сообщал. Эксперименты, проведенные В.В.Фролькисом с сотр., показали неэффективность данного способа.

С целью продления жизни Р.Уолфорд (1990) предлагал пересадить "главный комплекс гистосовместимости" от долгоживущих мышей в яйцеклетки мышей короткоживущих линий с помощью генной инженерии. Исследования продолжаются. Предполагаемый эффект связывают с влиянием на иммунную систему.

В книге американского геронтолога и нейробиолога К.Финча "Долголетие, старение и геном" (1990), используется обширная литература (более 4000 ра-

бот) и наиболее полно описана роль генома в старении различных видов. В итоге автор заключает, что достижения генетических подходов к продлению жизни более чем скромные.

В последние годы в генетическом направлении изучения старения заговорили о наступлении кризиса, так как многие гипотезы не подтвердились.

Химические средства разных групп. Для профилактики атеросклероза как основного синдрома старения предлагается: устранение в диете избыточного количества насыщенных жиров, потребление ненасыщенных жирных кислот, применение эстрагенов для увеличения в крови липопротеидов высокой плотности, снижение уровня холестерина с помощью психотропных средств, применение антидиабетических препаратов.

Для коррекции нарушений центральной, гипоталамической регуляции предложен ряд средств из разных фармакологических групп: антидиабетические препараты адебит, фенформин, метформин, антиэпилептический препарат L-ДОФА, полипептидный эпифизарный экстракт и другие. В опытах на раковых линиях крыс установлено, что некоторые из этих средств увеличивают СПЖ животных.

Интересно, что длительное применение L-ДОФА снижало температуру тела крыс на фоне стабильного потребления O_2 и выделения CO_2 , при этом ожидаемого замедления старения не наблюдалось. Это говорит о том, что при снижении температуры тела без замедления основного обмена веществ ПЖ не увеличивается.

С целью продления жизни в эксперименте исследованы различные средства: центрофеноксин, ингибиторы белкового биосинтеза, стабилизаторы мембран лизосом (меклофеноксат), сульфомеразин, меланин, этидин, янтарная кислота, диоспонин, фолиевая кислота и другие.

Некоторые из них используются в гериатрической практике, многие не влияют на ПЖ. Так, депренил (Юмекс) и ацетил-карнитин являются нейропротекторными гериатрическими средствами. Однако в опытах на крысах эти препараты не оказывали влияния на МПЖ.

Витамины и микроэлементы. Для замедления возрастных изменений в гериатрии применяются витамины и витаминные комплексы. Изучено влияние витаминов и на ПЖ в эксперименте.

Витамин Е не оказывал влияния на ПЖ мышей разных линий (Imadfa, 1986).

В опытах Г.Масси на мышах C57BL воздействие витамина С в повышенных дозах приводило к увеличению СПЖ на 20%, однако МПЖ не изменялась. Автор делает вывод, что витамин С не может значительно продлить жизнь человека, как считал Л.Полинг.

Имеются сообщения, что витамин А, точнее ретинол-ацетат, предлагается как эффективное косметическое средство "омоложения кожи", связанное с обновлением клеток, и выражается в разглаживании морщин и улучшении эластичности кожи.

Румынскими геронтологами К.Пархоном и А.Аслан в 1948 г. применен для лечения старых людей препарат прокаин, или геровитал Н-3, содержащий

2% раствор новокаина. Более выраженный эффект препарат оказывал в сочетании с декамевитом или квадевитом. 35 лет продолжалась дискуссия о возможности продления жизни с помощью геровитала. Прокаин иногда рекламировали как чудодейственное "омолаживающее" средство, умалчивая о возможных осложнениях со смертельным исходом. Воздействие геровитала на крыс Вистар приводило к увеличению СПЖ на 20%, но МПЖ не изменялась. А.Аслан отмечала, что ей не удалось доказать возможность продления жизни с помощью геровитала.

Американская медицинская ассоциация, после тщательного исследования геровитала, заявила о его полной неэффективности. Другой румынский препарат - аславитал в клинике и в эксперименте показал эффективность для замедления развития церебрального атеросклероза, ишемической болезни сердца и гипертонии.

Более широким спектром действия на замедление возрастных изменений оказывают комплексы витаминов и микроэлементов.

Применяемые в гериатрической практике декамевит, ундевит, квадевит, неодакамевит, ампевит, оркомин, каглютам и другие нормализуют нарушенные при старении обменные процессы, активируют функции многих органов и систем, усиливают адаптационные механизмы и повышают жизнеспособность организма.

В гериатрии применяются также ампевит, липоболит, витерал, геровит, олиговит, супрадил, бекселетес-1, бекселетес-2, сетон, медиатрик, тиреомин, сентон, рикавит и др. Экспериментальные наблюдения указывают на то, что некоторые из этих препаратов (декамевит, ундевит, рикавит, ампевит) несколько удлиняют СПЖ животных, но не увеличивают МПЖ. Установлено, что у лиц пожилого возраста под влиянием поливитаминных комплексов (например, декамевита, квадевита) уменьшалась общая слабость, головная боль, шум в ушах, улучшался сон, память, повышалась функциональная активность головного мозга, снижалось артериальное давление, происходила нормализация окислительно-восстановительных процессов, водно-электролитного и липидного обмена, функции эндокринных желез, активизировались иммунные защитные механизмы, замедлялось развитие атеросклероза. Таким образом указанные препараты замедляют течение возрастных изменений, однако не оказывают заметного влияния на ПЖ.

Х.Шредером (1960-1974) в опытах изучено влияние на ПЖ 21 элемента Периодической системы. Достоверное увеличение СПЖ животных вызывали хром, иттрий и палладий. Другие элементы не влияли на ПЖ. Применяемый в гериатрии полимикроэлементный препарат оркомин увеличивает СПЖ крыс на 4,8%.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ

Ограничение питания. Этот способ продления жизни в настоящее время считается наиболее перспективным. Видимо, первые систематические эксперименты на млекопитающих были проведены Т.Осборном (1915)). В опытах на крысах было обнаружено, что калорийно-ограниченная (на 20-30%) полноценная диета вызывала значительное продление жизни животных. В 1930-43 гг. ин-

тенсивные исследования проводила группа Мак-Кея, затем М.Росс, К.Барроуз, В.Н.Никитин, А.Эверитт и другие. Во всех опытах описано увеличение ПЖ на 40-100% под влиянием различных условий ограничения питания и даже ограничения в диете одной аминокислоты - триптофана. Характерно, что подопытные животные в зрелом возрасте долго сохраняли признаки, типичные для молодых. Наибольший эффект продления жизни достигался в тех опытах, когда воздействие начинали с раннего возраста. Ограничение питания в зрелых и поздних возрастах было малоэффективным. Некоторые авторы отмечали снижение смертности животных на более поздних этапах жизни и повышение смертности в молодом возрасте. В последние годы увеличилось число исследований, в которых наблюдалось лишь небольшое увеличение МПЖ, особенно в опытах на долгоживущих линиях мышей и крыс. Анализ массива работ, проведенных до 1980 г., в который были включены 195 групп животных, показал, что при воздействии калорийно-ограниченных диет во всех опытах СПЖ и МПЖ увеличивалась в среднем на 15 и 16% соответственно, с большим разбросом значений ПЖ в обе стороны от этих средних величин.

Ограничение питания является биологическим способом продления жизни, так как это воздействие сдерживает рост молодых животных и изменяет программу их развития таким образом, что эффект замедления старения проявляется в зрелом и позднем возрастах. И.А.Аршавским показано, что у голодающих крыс период полового созревания может увеличиваться в 3 раза. Проведенный нами анализ литературных данных о ПЖ и длительности периода полового созревания у 200 видов из 14 отрядов млекопитающих показал, что между этими параметрами наблюдается четкая Корреляция. Этим, в частности, можно объяснить продление жизни животных в опытах с ограничением питания. В национальной токсикологической лаборатории США был поставлен опыт с голоданием на 30 тыс. крыс и мышей (1990). Установлено, что у животных снижались обмен веществ и температура тела. Характерно было некоторое уменьшение СПЖ контрольных по сравнению с СПЖ интактных животных, а СПЖ подопытных увеличивалась в сравнении с контролем. Л.Хейфлик отмечал, что подопытные животные не живут необычайно долго. Просто контрольные, переедая, быстрее стареют и живут меньше. Не исключено, что в этих опытах голодание является фактором снижения температуры тела и обмена веществ, под действием которых происходит задержка роста, изменение процесса развития и замедление старения. Хорошо известно, что при 3-дневном голодании температура взрослых крыс может снижаться до комнатной температуры.

Характерно замедление старения во 2-й половине жизни подопытных животных даже без ограничения питания в этот период. Можно предположить, что ограничение питания само по себе практически не изменяет скорости старения, но, воздействуя на программу развития животных в раннем возрасте, качественно изменяет метаболизм в последующей жизни. Эффект увеличения ПЖ обычно наблюдали именно у крыс и мышей, развитие которых до полового созревания очень лабильно при ограничении питания (задержка роста и полового созревания, снижение обмена и температуры тела).

У других видов (кролики, собаки, обезьяны) эти изменения менее выражены. Подобных изменений в программе развития человека не обнаружено, однако при голодании температура тела немного снижается. Что касается уровня обмена веществ, то есть основания ожидать, что он увеличится. Если аналогичные явления будут проявляться у человека до полового созревания, то голодание в этот период может привести даже к сокращению последующей жизни. Потому данный способ продления жизни требует тщательного изучения. Более того, калорийно-недостаточная диета, отмечаемая в некоторых регионах земного шара, приводит к глубоким нарушениям обмена веществ, особенно в раннем возрасте человека, вызывает необратимые структурные изменения в ЦНС, приводя к сокращению жизни. У пожилых людей недостаточное питание зимой способствует развитию гипотермии и увеличению травм.

Имеются сообщения, что 5-кратное уменьшение количества триптофана в диете увеличивало СПЖ крыс на 20%. Воздействие изменяло содержание серотонина в мозгу, что свидетельствовало о перестройке звеньев центральной регуляции с изменением соотношения нейротрансмиттеров в гипоталамусе.

Значительное уменьшение триптофана в диете человека в раннем возрасте может сопровождаться нарушением процессов роста, белкового обмена и развитием пеллагры.

Некоторое продление жизни человека с помощью ограничения питания может быть достигнуто при воздействии во второй половине жизни. Это подтверждается многочисленными данными долгожительства людей. Здесь, видимо, ограничение питания способствует замедлению возрастных изменений не за счет снижения обмена веществ, а за счет смягчения стрессорного действия измененного метаболизма, характерного для пожилых. При этом важно, чтобы питание было ограниченным и полноценным.

Энтеросорбция. Холестериновая гипотеза старения, развиваемая еще с начала века Н.Н.Аничковым, утверждает, что атеросклероз - одно из главных возрастных заболеваний, связан с повышением уровня холестерина в крови. С возрастом увеличивается также чувствительность ряда систем организма к воздействию токсических веществ и усиливаются процессы интоксикации. Было замечено, что животные, обладающие более надежной системой обезвреживания (микросомального окисления), живут дольше. Функции этой системы ослабевают с возрастом. Поэтому для замедления старения и продления жизни В.Г.-Николаевым был предложен метод энтеросорбции - удаления токсинов и их метаболитов, холестерина и атерогенных фракций липидов. Метод заключается в добавлении в пищу поглотителей (сорбентов) для очищения желудочно-кишечных соков от токсинов и других веществ. Жидкая часть этих соков фильтруется из крови, а в кишечнике всасывается в кровь. Образуется своеобразный вариант гемосорбции (очистка крови от токсинов или снижение уровня холестерина). Метод гемо- и энтеросорбции, а также холестеринная теория старения, интенсивно разрабатывается Ю.Л.Лопухиным с сотр. В опытах, проведенных В.В.-Фролькисом с соавт., на крысах 20-мес возраста добавление к рациону углеродного сорбента СКН (азотсодержащий уголь) вызывало увеличение СПЖ на 43,4%, МПЖ - на 34,4%, задержку возрастных изменений печени, почек, серд-

ца, кишечника и поджелудочной железы, снижение уровня холестерина и триглицеридов в печени, крови и головном мозгу. Интересно, что ранее американский ученый А.Каррел высказывал мысль о том, что в крови старых животных содержится некий "фактор смерти". У старого дряхлого пса он удалял 2/3 крови, тщательно отмывал эритроциты в физиологическом растворе от предполагаемого фактора и затем вновь переливал животному. У собаки начала отрастать шерсть, резко возрасла двигательная активность, восстановился половой инстинкт. Однако такое омоложение длилось недолго, а фактор старения выделить не удалось.

Метод энтеросорбции показал себя эффективным для профилактики атеросклероза сосудов сердца (ИБС и инфаркта), мозга (инсультов), диабета и аутоинтоксикации организма человека. Поэтому этот способ можно использовать и для профилактики старения. Видимо, это один из немногих способов, действительно замедляющий старение, может быть использован для продления жизни человека.

Физическая нагрузка. Экспериментально установлено влияние бега на ПЖ мышей и крыс. Если воздействие начиналось в молодом возрасте, то СПЖ немного увеличивалась. При этом наблюдалась задержка роста и развития. Начиная с некоторого возраста физическая нагрузка приводила к сокращению длительности жизни. Это, видимо, было вызвано тем, что в опытах отсутствовала оптимальная дозированность и уменьшение нагрузки с возрастом.

У человека оптимальный уровень двигательной активности способствует сохранению даже в пожилом возрасте достаточно высоких показателей обмена веществ и энергии, тонуса мышц, снижению интенсивности связанных с возрастом патологических процессов, в первую очередь сердечно-сосудистых заболеваний, повышению кровоснабжения мозга и улучшению функции ЦНС. Это связано с улучшением нейроэндокринной регуляции организма. Однако двигательная активность практически не влияет на ПЖ людей и животных. Это подтверждают статистические исследования ПЖ бывших спортсменов разной квалификации и бывших студентов Гарвардского университета - спортсменов и не занимавшихся спортом.

Снижение температуры тела. Во многих опытах на беспозвоночных снижение температуры тела животных вызывало достоверное увеличение МПЖ, иногда в десятки раз. У млекопитающих такого эффекта не достигнуто. Теплокровные животные делятся по принципу терморегуляции на гомойотермных (температура их тела не зависит от температуры среды) и гетеротермных (температура тела меняется при различных условиях). У последних снижение температуры тела связано с замедлением обмена веществ и старения, что приводит к значительному увеличению МПЖ. Так, в опытах на хомяках достигнуто двукратное продление жизни. У гомойотермных животных и человека понижение температуры тела различными способами вызывает включение дополнительных механизмов терморегуляции и повышение уровня метаболизма. В итоге можно ожидать сокращения ПЖ. В опытах по продлению жизни на собаках (Бахметьев, 1901), крысах (Hollozy, 1986) и других животных простое охлаждение окончилось неудачей. В 1974 г. сообщалось, что в США группой проф.

Б.Розенберга предполагалось разработать в течение 10 лет препарат для воздействия на структуры гипоталамуса, ответственные за поддержание температуры тела у человека, с целью снижения ее на 6°C, и таким образом продлить жизнь до 200 лет. Были проведены опыты на мышах. Однако продления жизни человека не достигнуто. Имеются принципиальные трудности в решении задачи длительного и существенного снижения температуры тела человека. Однако известно, что мастера восточных психотехник, а также австралийские аборигены, могут снижать температуру тела на 5-7,5°C и обмен веществ без вреда для себя.

Сон. Профессор С.Н.Брайнес (1958) проводил опыты над старыми, полностью одряхлевшими собаками. Автор описывает 15-летнюю болонку (предельный возраст для этой породы) после 3-месячного лечения длительным сном с применением снотворных. У собаки улучшилось общее состояние, исчезли многие симптомы дряхлости, повысился тонус мускулатуры конечностей, начала расти новая шерсть, восстановился и сохранялся до конца жизни половой инстинкт, многие биологически важные функции были восстановлены. Собака прожила еще 6 лет и в возрасте 21,5 лет была случайно убита шимпанзе. Эти опыты не были подтверждены другими авторами и вообще в литературе не найдено подобных фактов. Тщательный анализ других работ С.Н.Брайнеса показал, что "феномен омоложения" наблюдался вследствие того, что автор до опытов старил животных до одряхления различными воздействиями. Подобные ошибки встречаются и у других авторов, когда некоторые патологические изменения (временные, восстанавливаемые) принимаются за возрастные (старческие).

Статистические демографические данные указывают на минимальную смертность людей при 7-8 час длительности сна. Это связано с тем, что многие биоритмы организма синхронизованы с циклом сон-бодрствование. С возрастом происходит самопроизвольная десинхронизация биоритмов, а нормальный сон является синхронизирующим фактором. Максимальная смертность людей наблюдается осенью и зимой. Известно, что сон короче весной и продолжительнее осенью. Поэтому оправдан традиционный режим долгожителей: вставать после восхода и ложиться после захода. Наибольшее число мест долгожительства наблюдается около 10° северной широты, то есть в области, где наблюдаются не сильно меняющиеся в течении года значения длительностей периодов дня и ночи.

Гипобиоз. Следует особо выделить способ гипобиоза, который используют многие млекопитающие в экстремальных условиях (холод, жара, голод). Установлено, что в этом состоянии процесс старения животных резко замедляется, а ПЖ может увеличиваться в несколько раз по сравнению с ПЖ особей того же вида, не впадавших в гипобиоз.

Эти факты подтверждаются исследованиями и в лабораторных условиях. Имеются принципиальные трудности создания гипобиоза у гомойотермных животных и человека.

В настоящее время разрабатываются методы искусственного гипобиоза.

Используя эти методы, нами проведены предварительные опыты, в которых с помощью гипобиоза показана возможность значительного продления

жизни мышей (незимоспящие). Ранее такие попытки заканчивались неудачей в основном из-за методических трудностей создания гипобиоза.

Известные способы искусственного гипобиоза применяются на людях при сложных операциях или в экстремальных ситуациях.

С целью продления жизни применение их неоправдано вследствие сложности поддержания гипобиоза длительное время и возможности осложнений. Нами исследуются другие, естественные, способы гипобиоза человека, которые пока что демонстрируют некоторые мастера восточных психотехник.

Акупунктура. При десинхронизации биоритмов с возрастом происходит снижение электрической активности точек акупунктуры.

Нормализовать работу биоритмов можно с помощью воздействия на систему акупунктурных точек и каналов человека. Известно, что воздействие на некоторые точки позволяет в значительной степени поднять энергетику организма.

Точка Цзу-Сан-ли считается точкой от 100 болезней. Воздействие на нее оказывает нормализующее, регулирующее и тонизирующее действие на организм. Эту точку, как утверждает китайская народная медицина, давно используют для продления жизни. Известен также оздоровительный комплекс, в котором применяют массаж биологически активных зон, воздействуя на точку E36 (Цзу-Сан-ли), точки 13-Ар, C1₄, C1₁₁, C₇, MC₆, RP₆, дозированное лечебное голодание, курс лечения препаратами чеснока и меда. Подобное воздействие активизирует систему "гипоталамус-ретикулярная формация-амигдаларный комплекс". В результате такой активации у людей, как отмечается, происходило замедление возрастных изменений, улучшение тканевого и клеточного метаболизма и иммунной реактивности. О влиянии этого метода на МПЖ не известно.

Восточные психотехники. Известно, что многие резервные возможности человека проявляются в особых состояниях сознания, которые достигаются после длительных специальных тренировок, психотехник. Это успешно используется для подготовки людей к деятельности в экстремальных условиях (космонавтов, подводников, спортсменов высокого класса и др.).

Для оздоровления людей широко применяется трансцендентальная медитация. Исследуется влияние медитации и на процесс старения. В 73 домах престарелых США (1990 г.) пожилые люди (средний возраст 81 год) были разбиты на 3 группы: в 1-й проводили сеансы медитации, во 2-й - релаксации, 3-я группа была контрольной. Через 3 года в 1-й группе все были живы, во 2-й умерло 12,5%, в контрольной - 37,5%. Механизм замедления старения при воздействии медитации изучается в нескольких научных лабораториях мира.

Имеются сообщения о том, что в так называемом состоянии "самадхи" происходит омоложение клеток организма. Среди мастеров восточных психотехник, применявших самадхи для продления жизни, ходят легенды о феноменах -долгожителях. Например, как утверждают, Тапасвиджи прожил 186 лет, причем он умер не старым, а от несчастного случая. Научных подтверждений этим утверждениям нет, но, возможно, в них есть определенная доля правды.

В отличие от западной культуры, во многих восточных традициях (йога, даосская алхимия бессмертия, тантра и другие) в течение тысячелетий накоплен огромный опыт по оздоровлению и продлению жизни человека. Он обобщен в виде методик, психотехник, способов, систем и, как утверждается, доведен до искусства продления жизни.

Итак, можно говорить следующее.

Факторы, укорачивающие продолжительность жизни

Проживание рядом с оживлённой автострадой -2,5 года

Постоянный стресс -3 года

Постоянное курение -10 лет

Хроническое пьянство -10 лет

Отсутствие образования -9,3 года

Ожирение -9 лет

Лишний вес (без ожирения) -3 года

Сильный стресс (потеря близкого человека) -1 год

Факторы, удлиняющие продолжительность жизни

Счастливый брак +5 лет

Наличие домашнего животного +4 года

Полноценный сон +5 лет

Регулярный секс +7 лет

Проживание в высокогорной местности +12 лет

Оптимистическое отношение к жизни +7,5 года

Не стоит придирается к приведенным цифрам, так как значения усредненные. Но не нужно быть семь пядей во лбу, чтобы понять, что курящий толстяк имеет много шансов прожить долгую жизнь...

Процессы старения. Наряду с разрушительным процессом старения происходит процесс антистарения, направленный на сохранение жизнеспособности стареющего организма. В зависимости от надежности механизмов саморегуляции, старение может проходить по двум вариантам – физиологическому (естественному) или патологическому (ускоренному). Физиологическое старение является предпосылкой активного долголетия, тогда как ускоренное старение (УС) способствует развитию патологических состояний и болезней. В преобладающем большинстве случаев старение человека происходит по ускоренному (преждевременному) типу.

Под ***преждевременным старением*** следует понимать любое частичное или более общее ускорение темпа старения, приводящее к тому, что индивидуум «опережает» средний темп старения группы здоровых людей соответствующей возрастной группы.

Характерной чертой ускоренного старения является более значительное, чем при физиологическом старении, ограничение приспособительных возможностей организма. В свою очередь, это приводит к резкому сокращению резервных возможностей функционирования организма. При ускоренном старении, как правило, усугубляется неравномерность изменений в органах и системах.

Как физиологическое, так и ускоренное старение обусловлено внутренними (генетическими) и внешними факторами. Эти факторы могут включаться на

разных этапах развития физиологического старения, видоизменяя его механизмы и проявления, сказываясь на темпе и характере развития старческих изменений.

В настоящее время доказана роль генетического фактора в развитии преждевременного старения. Так, известны случаи прогерии, когда характерные для пожилого и старческого возраста изменения внешнего облика и деятельности внутренних органов происходят уже в раннем возрасте. Многие исследователи отмечали, что среди людей, у которых родители были короткоживущими, во всех возрастных группах выше показатели смертности. Генетический фактор играет важную роль в развитии артериальной гипертензии, сахарного диабета и ряда других заболеваний и патологических состояний, которые сами приводят к преждевременному старению и смерти. Поэтому раннее обнаружение и лечение патологических процессов является важным моментом в комплексе мероприятий, направленных на профилактику преждевременного старения.

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, ускоряющих темп возрастных изменений организма, следует отметить, прежде всего, атеросклероз и артериальную гипертензию. Хронические неспецифические заболевания легких оказывают неблагоприятное влияние на кислородное снабжение тканей, приводят к развитию гипоксии, которая ускоряет темп возрастных изменений организма. К ускоренному старению также приводят хронические заболевания желудка, печени, кишечника, центральной нервной системы (церебральный атеросклероз, паркинсонизм и др.), эндокринной системы (сахарный диабет, гипо- и гипертиреоз, ожирение, опухоли надпочечников).

Одним из факторов, определяющих тип старения человека и продолжительность его жизни, являются *социально-экономические условия*. В зарубежных исследованиях показано, что средняя продолжительность жизни напрямую зависит от уровня доходов населения, особенно той их части, которая направляется на личное потребление (питание, физкультура, отдых, лекарства и др.). Так, с увеличением доходов индивидуума, направленных на личное потребление, ожидаемый прирост продолжительности жизни составляет 1 год на каждые 1000 долларов США.

Ограничение двигательной активности человека (гиподинамия) в сочетании с нарастанием интенсивности нервно-психической деятельности способствует развитию многих заболеваний и ускоренного старения. В пожилом и старческом возрасте гипокинезия особенно отрицательно сказывается на функциональном состоянии различных органов и систем, течении обменных процессов. В этом возрасте создается как бы порочный круг – старение ограничивает мышечную активность человека, а возрастная гипокинезия, в свою очередь, способствует развитию преждевременного старения.

Систематически занимающихся физическим трудом, физкультурой, значительно медленнее снижается мышечная сила, физическая работоспособность, сохраняется высокая толерантность к физической нагрузке. Физические нагрузки умеренной интенсивности уменьшают степень постарения сердечно-сосудистой системы, что свидетельствует об их геропротекторном воздействии на организм. Так, у регулярно тренирующихся пожилых людей степень постарения

сердечно-сосудистой системы (разница между функциональным возрастом сердечно-сосудистой системы и календарным возрастом) в течение 3-летнего периода наблюдения постепенно уменьшается. У лиц контрольной группы, которые вели обычный образ жизни, за этот период усилились возрастные изменения сердечно-сосудистой системы, что нашло отражение в увеличении разницы между функциональным и календарным возрастом.

Примечательно, что даже после прекращения физических тренировок, если они продолжались более 12 месяцев, в последующем наблюдается менее значительное снижение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, нежели у пожилых людей, не занимавшихся физическими тренировками. Следовательно, физическая активность является важнейшим условием нормального, физиологического старения.

Перенапряжение нервной системы, часто повторяющиеся стрессовые ситуации, вызывающие нарушение регуляции, функциональные, а затем и структурные изменения различных физиологических систем организма являются важным фактором развития патологии и преждевременного старения. В этом отношении заслуживают внимания экспериментальные данные, относящиеся к моделированию преждевременного старения животных путем экспериментального невроза. Это подтверждается и клиническими данными: постоянно действующие психоэмоциональные напряжения способствуют формированию ишемической болезни сердца, гипертонической болезни.

Среди внешнесредовых факторов ускоренного старения важная роль принадлежит фактору питания. Отмечено, что ожирение укорачивает продолжительность жизни на 6-9 лет. Аналогичный эффект оказывает дисбаланс отдельных компонентов пищи, так как с возрастом снижается толерантность как к углеводам, так и к жирам. Поэтому рационально построенное питание в детском и юношеском возрасте закладывает основы активного долголетия. Не менее важно его значение в пожилом и старческом возрасте, когда изменяются обменные процессы, масса тела, двигательная активность, появляются сопутствующие возрасту заболевания.

Профилактика ускоренного старения, прежде всего, должна быть направлена на устранение или уменьшение факторов риска – загрязнение окружающей среды, плохих социально-экономических условий, вредных привычек, нерационального питания, недостаточной физической активности, хронического психоэмоционального стресса и др.

В то же время **необходимо воздействовать на внутренние факторы риска ускоренного старения**. С этой целью в настоящее время используется геропротекторные средства, которые увеличивают среднюю и максимальную продолжительность жизни животных или уменьшают биологический (функциональный) возраст животных и человека.

В экспериментах на различных видах животных и насекомых (мыши, крысы, дрозофилы) получены доказательства геропротекторного воздействия на организм ряда препаратов. У животных существенно повышалась не только средняя, но и максимальная продолжительность жизни.

Ограничение калорийности пищи **+34% к продолжительности жизни**

Ингибиторы биосинтеза белка +43%

Стабилизаторы мембран лизосом +20-30%

Энтеросорбенты +34%

Гипотермия +100%

Антиоксиданты +17%

Поливитамины +15%

Эстрогены +18-33%

Тималин, эпиталамин +25%

Мелатонин +20-30%

Новокаин +18-21%

Гипофизэктомия и введение кортизона + 15%

Многие из этих препаратов продаются в любой хорошей аптеке без рецепта. И все же чтобы жить долго и молодо выглядеть, не обязательно проходить курс уколов вытяжек из эмбрионов в Швейцарии. Достаточно лишь внимательнее приглядеться к своему стилю жизни.

2.3. Тематический план семинарских занятий

Тема 1. ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ И СТАРОСТИ.

1. Биология старения
2. Экзо- и эндозоология и старение
3. Кризисы зрелости
4. Факторы, влияющие на продолжительность жизни человека

Тема 2. ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ, КАК СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ГРУППА.

1. Классификация возрастных групп населения
2. Социальные аспекты здоровья пожилых людей
3. Субкультура пожилых

Тема 3. СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА.

1. Возрастные аспекты работоспособности человека
2. Пенсионное законодательство в России
3. Виды пенсий
4. Принципы и формы социального обслуживания пожилых людей в России

Тема 4. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ.

1. Расчет прожиточного минимума
2. Бюджет пенсионера
3. Бюджет страны и социальное обеспечение

Тема 5. ПОЖИЛЫЕ В СЕМЬЕ.

1. Изменения характера взаимоотношений в семье с возрастом
2. Роль пожилого человека в семье
3. Секс пожилых людей
4. Экономика семьи и пожилой человек

Тема 6. ПОЛИТИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОЖИЛЫХ.

1. Место пожилых людей в политике
2. Значение политической жизни общества для пожилого человека

Тема 7. ДОСУГ ПОЖИЛЫХ.

1. Выбор досуга для пенсионера
2. Свободное время работающего пенсионера
3. Значение культурных мероприятий в жизни пожилого человека
4. Формы общественной организации досуга пожилых людей

Тема 8. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ПОЖИЛЫХ В РОССИИ.

1. Исторические аспекты заботы государства о пожилых в России
2. Законы, защищающие пожилого человека в России

Тема 9. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ПОЖИЛЫМИ ЗА РУБЕЖОМ.

1. Особенности социальной обеспеченности пожилых за рубежом
2. Образцы лучшего социального благополучия пожилых за рубежом

2.4. Самостоятельная работа

Самостоятельная работа студентов включает следующие виды работ:

- знакомство с периодическими изданиями по социальной защите населения;
- знакомство с научно-практической и методической литературой;
- работа с нормативно-правовой литературой;
- знакомство с зарубежным опытом работы с пожилыми.

Контроль самостоятельной работы студентов включает:

- текущие контрольные задания на семинарских занятиях по итогам лекции, семинара;
- защита рефератов и докладов;
- тестирование и т.п.

Вопросы для самоподготовки:

1. Негосударственные формы социальной защиты пожилых
2. Роль страховых компаний в защите пожилых
3. Меценатство в отношении пожилых в России
4. Виды межгосударственной помощи пожилым людям
5. Социальная работа с пожилыми за рубежом
6. История взаимоотношения пожилого и общества за рубежом
7. Пенсионное обеспечение
8. Роль страховых компаний
9. Государственные учреждения, оказывающие социальную помощь пожилым за рубежом

2.5. Требования к реферату (они же являются критериями оценки выполненной работы)

Титульный лист оформляются по утвержденному образцу. На второй странице работы размещается план (оглавление), в котором отражаются разделы с указанием страниц.

Согласно оглавления подразделяется текст работы, который печатается на принтере или пишется от руки четким каллиграфическим почерком на одной стороне листа стандартного размера 210x 297,5 мм (А4). Машинописная страница стандартного листа должна содержать 28-30 строк и 60 знаков в каждой строке, считая пробелы. Поля: справа 1-1,5 см, слева – от текста 2,5-3 см; сверху – 2 см, снизу – 2,5 см. Между строками – 1,5 интервала. Нумерация страниц сквозная, включая титульный лист (на нем номер страницы не проставляется) и приложения. Номер страницы проставляется в верхнем правом углу без тире и точки.

Разделы в тексте нумеруются римскими цифрами. При написании реферата автор должен, как правило, придерживаться следующего плана:

- введение, где раскрываются с учетом предшествующих исследований актуальность вопроса (проблемы).
- изложение основного материала с использованием таблиц, аргументированных рисунков;
- выводы (рекомендации) по данной теме;
- список литературы.

В тексте должно выдерживаться употребление терминов, единых по формулировке и по их словесному значению. Иллюстрации (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице. Иллюстрации могут быть в компьютерном исполнении, в том числе и цветные. На все иллюстрации должны быть даны ссылки в тексте. Каждая иллюстрация нумеруется (нумерация должна быть сквозной) и подписывается под иллюстрацией слева. Таблицы обозначаются следующим образом: в правом верхнем углу пишется: «Таблица 1», ниже название таблицы. Если рисунок или фотография оригинальны и принадлежат автору, это отражается в работе. Приложения, если они имеют место в работе, располагаются в конце текста.

Список литературы должен быть напечатан на отдельном листе. Библиографический указатель использованных работ (не более 10-12), должен быть оформлен по ГОСТу 7.1-2003 "Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления». Ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках номерами в соответствии с пристатейным списком литературы, в котором авторы перечисляются в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные).

2.6. Защита реферата

На первом этапе студент должен ознакомиться с утвержденными темами рефератов, просмотреть образцы рефератов, ранее выполненных студентами, ознакомиться с соответствующими пособиями, прослушать беседу «Организация и методика выполнения реферата». Разрешается выполнять работу по самостоятельно избранной теме (помимо предлагаемой кафедрой), по которой у студентов уже есть необходимый материал или имеется возможность его собрать. Тема, избранная студентом самостоятельно, согласовывается с преподавателем кафедры МСР. Не позднее, чем за неделю до установленного срока, студенты представляют руководителю полностью оформленную работу на проверку.

Защита проводится на плановом занятии в присутствии студентов группы. Все присутствующие на защите имеют право задавать вопросы. Автору на изложение материала дается от 10 до 15 минут. В докладе акцент делается на основных положениях, при этом используются графики, таблицы, диаграммы. При оценке учитывается содержание работы, полнота и четкость ответов на вопросы присутствующих, культура речи и свобода в изложении материала, оформление реферата.

2.7. Примерная тематика докладов

1. Теории старения человека
2. Долгожители
3. Питание пожилого человека
4. Атеросклероз и его осложнения
5. Климакс у женщин
6. Основные болезни пожилых людей

7. Вредные привычки и старение
8. Изменения органов и систем организма при старении
9. Влияние внешних факторов на старение
10. Алкоголизм и старение
11. Климакс у мужчин
12. Трудовая деятельность пожилого человека
13. Характеристика факторов, влияющих на продолжительность жизни
14. Пожилые в семье
15. Загрязнение атмосферы и здоровье пожилых
16. Адаптационные аспекты старости
17. Феномен долгожительства
18. Обслуживание пожилых людей
19. Болезни сердечно-сосудистой системы у пожилых
20. Курение и старость
21. Особенности сексуального поведения пожилых людей
22. Социально-психологические проблемы пожилого человека
23. Старение нейро-эндокринной системы
24. Проблемы психогеронтологии

2.8. Рекомендуемая литература по курсу

Основная литература

1. Альперович В.Д. Социальная геронтология: Учеб. пособие: Реком. ЮРО Академии образования РФ. Ростов н/Д.: Феникс, 2003.
2. Елютина М.Э. Социальная геронтология: Учеб. пособие: рек. УМО /М. Е. Елютина, Э. Е. Чеканова. - М.: ИНФРА - М, 2004.
3. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения: Учебное пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: "Академия", 2002.
4. Холостова Е.И. Социальная геронтология: Учеб. пособие: Рек. УМО по обр. в обл. социальной работы / Е.И. Холостова, В.В. Егоров, А.В. Рубцов.- М.: Дашков и К, 2005.
5. Яцемирская Р.С. Социальная геронтология: Учеб. пособие. / Р.С. Яцемирская, И.Г.Беленькая. - М.: ВЛАДОС, 2003.

Дополнительная литература

1. Альперович В.Д. Геронтология. Старость. Социокультурный портрет. – М.: Изд-во Приор, 1998.
2. Бойцова А.Н. Деятельность уполномоченных по делам престарелых. – М.: ВЛАДОС, 1993.
3. Бочаров В.В. Антропология возраста. / В.В. Бочаров. - СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2000.
4. Бродская С.Л. Возрастная психология в вопросах и ответах. / С.Л. Бродская. М.: КНОРУС, 2006.
5. В помощь пожилому человеку / Под ред. Б.В. Остапина, Ж.Ю. Баскакова. - СПб.: Инс-т «Открытое общество», 2001.

6. Вавилова Н.Н. Перельман Ю.М., Нахамчен Л.Г., Лейфа А.В. Практические занятия по оценке состояния здоровья: Учеб. пособие.–Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2002.
7. Грегор О. Жить не старея. Москва: Физкультура и спорт, 1991.
8. Гуцко Ю. Введение в энциклопедию здоровья и долголетия. М.: Кольцо, 1993.
9. Ермолаева М.В. Практическая психология старости. – М.: ЭКСМО, 2002.
10. Инновационный подход к социальному обслуживанию пожилых людей: Кузбасская модель. /Отв. Ред. И.Н. Бондаренко. – М.: Московская Швейцария, 2003.
11. Кон И.С. Введение в сексологию. Москва: Медицина, 1988.
12. Коркушко О.В., Чеботарев Т.Б., Калиновская Е.Г. Гериатрия в терапевтической практике. Киев: Здоровье. - 1993.
13. Краснова О.В. Социальная психология старения. /О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. – М.: Изд. центр «Академия», 2002.
14. Курбатов В.И. Социальная работа / Под общ. ред. проф. В.И. Курбатова. Учебное пособие. Ростов н/Д: «Феникс», 2000.
15. Луценко М.Т., Труфакин В.А.. Медицинская социология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2006.
16. Маршинин Б.А. Клиническая психология в социальной работе. / Б.А. Маршинин, М.В. Голубев, Н.Н. Ямщикова и др. – М.: Изд. центр «Академия», 2002.
17. Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию.- М.: МОДЭК, 2000.
18. Настольная книга специалиста: социальная работа с пожилыми людьми /Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Инс-т социальной работы, 1995.
19. Никишина В.Б. Психодиагностика в системе социальной работы. / В.Б. Никишина, Т.Д. Василенко. – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004. – 208 с.
20. Основы социальной работы: Учебник / Отв.ред. П.Д. Павленок. М.: ИНФРА.–М, 2000.
21. Основы социально-медицинской работы / Под ред. Е.А. Сигиды. – М.: Профессиональное образование, 1998.
22. Пантелеева Т.С., Червякова Г.А. Экономические основы социальной работы: Учеб. пособие. М.: ВЛАДОС, 2001.
23. Петрова О.О. Возрастная психология: Конспект лекций. / О.О. Петрова, Т.В. Умнова. – Ростов н/Д: «Феникс», 2004.
24. Пожилые люди в Российской Федерации: Положение, проблемы, перспективы: Национальный доклад. - М: Права человека, 2002.
25. Пожилые люди в структуре г. Благовещенска: Бюллетень №4 Управления социальной защиты населения администрации г. Благовещенска. Благовещенск, 2003.
26. Российская энциклопедия социальной работы. В 2 т. / Под ред. А.М. Панова. - М.: Наука, 1997.

27. Сексопатология. Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. Москва: Медицина, 1990.
 28. Словарь-справочник по социальной работе / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: Юрист, 2000. – 424
 29. Социальная геронтология / Под ред. Р.С. Яцемирской, И.Г. Беленькой. - М.: Изд-во ВЛАДОС, 1999. – 224 с.
 30. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное рук-во / Под ред. Ю.П.Лисицына. М.: НПО Медикосервис, 1999.
 31. Социальная защита населения: опыт организационно-административной работы: Учеб. пособие: Доп. Мин. обр. РФ / под ред. В. С. Кукушина. - 4-е изд., доп. и перераб. - М.: Ростов н/Д : МарТ, 2004.
 32. Социальная работа с пожилыми: настольная книга специалиста /Под ред. В.И. Жукова. – М.: Союз, 1997.
 33. Социальная работа: понятия и определения (глоссарий) / Сост. В.А. Румянцев. М.: СОТИС, 2002.
 34. Социальная работа: теория и практика. / Отв. ред. Е.И. Холостова, А.С. Сорвина. М., 2001.
 35. Справочное пособие по социальной работе / Под ред. О.И. Пановой, Е.И. Холостовой. – М.: Изд-во ВЛАДОС, 1998.
 36. Старость: Популярный справочник /Под ред. Л.И. Петровской. - М.: Дашков и К, 1996.
 37. Тен Е.Е. Основы социальной медицины: Учеб. пособие: рек. Мин. обр. РФ / Е. Е. Тен. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003.
 38. Теория и методика социальной работы / Под ред. П.Д.Павленка. М.: ГАСБУ, 1993.
 39. Технология социальной работы: Учебник /Под ред. Е.И.Холостовой. М.: ИНФА-М, 2001.
 40. Ткаченко В.С. Основы социальной медицины: Учеб. пособие: рек. УМО/ В. С. Ткаченко. - М.: ИНФРА - М, 2004.
 41. Холостова Е.И. Социальная работа с пожилыми людьми: Учеб. Пособие. М.: Дашков и К, 2002.
 42. Хрисанфова Е.Н. Основы геронтологии. - М.: Просвещение, 1999.
- Нормативно-правовые документы:*
1. Федеральная целевая программа «Старшее поколение» на 2002-2004 гг. //Собрание законодательства РФ. – 2002. - № 6. – Ст.578.
 2. Семейный кодекс РФ от 29.12.1995 №223-ФЗ (в ред. От 03.06.2006).
 3. Федеральный закон «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 №178-ФЗ (в ред. Федерального закона от 22.08.2004 №122-ФЗ)
 4. Федеральный закон «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» от 15.12.2001 №166-ФЗ (в ред. ФЗ от 22.08.2004 №122-ФЗ)
 5. Федеральный закон «О предоставлении социальных гарантий Героям социалистического труда и полным кавалерам ордена трудовой славы» от 9 января 1997 г. №5-ФЗ (в ред. ФЗ от 09.05.2006 №67-ФЗ)

6. Федеральный закон «О прожиточном минимуме в Российской Федерации» от 17.12.2001 №173-ФЗ (в ред. ФЗ от 03.06.2006).
7. Федеральный закон «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» от 24.10.1997 №134-ФЗ (в ред. ФЗ от 22.08.2004 №122-ФЗ).
8. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10.12.1995 №195-ФЗ (в ред. ФЗ от 22.08.2004 №122-ФЗ)
9. Федеральный закон от 12.01.1995 №5-ФЗ «О ветеранах» (в ред. ФЗ от 19.12.2005 №163-ФЗ)

3. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ (ПРОВЕРОЧНЫЕ ЗАДАНИЯ ПО КУРСУ)

3.1. Входящий контроль

Эссе по предложенным темам:

1. Старость – это...
2. Пожилой человек – это...
3. Быть пожилым человеком – значит ...

Рекомендации по написанию ЭССЕ

Цель работы. Выбрать одну из тем, представленных в списке тем. Согласовать ее с преподавателем. Отобрать необходимые материалы (при этом допускается использование компьютерных программно-технических средств и Интернета) и провести учебно-исследовательскую работу.

Структура эссе. Эссе содержит 4 части:

Ч.1. Титульный лист (см. пример титульного листа) имеет объем, равный 1 странице. Отсчет страниц в эссе ведется с него, но номер страницы на титульном листе не ставится.

Ч.2. результаты исследований (Введение и Основная часть) объемом = 3–4 стр.

Ч.3. Выводы и рекомендации по дальнейшему развитию, модернизации, выбору, приобретению, использованию и т.п. (Объем = 1 стр.)

Ч.4. Список найденных и использованных ссылок, а также литературы, если она использовалась (Объем – до 1 стр.). Список может не выводиться на отдельную страницу, а следовать за выводами.

Страницы нумеруются начиная с первой (с Титульного листа), при этом на первой странице номер не ставится.

Таким образом, общий объём Эссе составляет от 5 до 6 страниц.

Содержание Эссе. Отражают части 2 – 4 его «Состава» и включают:

Введение. В нем даётся краткая характеристика проблемной области по выбранной теме (часть 2):

- а) что за проблема рассматривается (объект исследования),
- б) с чем связано ее рассмотрение (актуальность проблемы),
- в) краткая историческая справка (например, кем и когда было изобретено рассматриваемое устройство, программа и т.п., кто и когда в России и за рубежом занимался этой проблемой и т.д.) – изученность проблемы.

В среднем объем текста при ответе на каждый пункт равен одному-двум абзацам. Объем всего Введения = 1–1,5 стр.

Основная часть. В ней раскрывается тема Эссе:

- а) основные используемые термины;
- б) название и назначение устройства, системы, программы и т.п.;
- в) содержание (состав) устройства, системы, программы и т.п.;
- г) методы (способы) и область использования.

Основная часть может включать, помимо описательной текстовой части, структурные схемы, рисунки, графики, диаграммы, таблицы и т.п. материалы небольшого размера, способствующие наиболее полному и наглядному раскры-

тию темы (часть 2). Объем нетекстовых материалов не должен превышать одной трети общего объема основной части. При необходимости включения большего объема нетекстовых материалов, объем основной части и, соответственно, Эссе пропорционально увеличивается.

В среднем объем текста при ответе на каждый пункт равен 0,5–1 стр. Объем собственно Основной части = 3–4 стр.

Заключение. В нем отражаются выводы по теме исследования, предложения о дальнейших работах в данной области и т.п. (часть 3). Заключение включает:

а) сведения о полученных результатах (что за устройство, программа получились, для чего или кого они нужны, где могут применяться);

б) обнаруженные закономерности (как они связаны с другими устройствами, программами и почему);

в) новые результаты (рассмотренные устройства, программы и т.п. являются продолжением предыдущих – модернизация, совершенно новым видом и др.);

г) данные, которые, по мнению автора эссе, имеют теоретическое и (или) практическое значение.

Выводы могут сопровождаться рекомендациями, оценками, предложениями и т.п. В среднем объем текста при ответе на каждый пункт равен одному-двум абзацам. Объем всего Введения = 1–1,5 стр.

Эссе оценивается исходя из существующей в вузе балльной системы. Оценка зависит от полноты раскрытия темы, своевременности выполнения работы, объема представленного материала.

3.2. Текущий контроль (тестовые задания)

1. Геронтология это наука о:

- а) старении земли;
- б) старении человека;
- в) старении человечества.

2. Климакс у женщин наступает:

- а) после 55 лет;
- б) после 45 лет;
- в) после 35 лет.

3. К основным болезням пожилого человека относится:

- а) гипертоническая болезнь;
- б) спаечная болезнь кишечника;
- в) сифилис.

4. В питании пожилого человека должны преобладать:

- а) жиры;
- б) углеводная пища;
- в) овощи и витаминизированная пища.

5. Выход на пенсию женщины по возрасту на общих основаниях:

- а) в 50 лет (10 лет стаж работы);
- б) в 55 лет (20 лет стаж работы);

в) в 60 лет (25 лет стаж работы).

6. **Основным направлением социальной защиты пожилых людей является:**

- а) социальная помощь и поддержка;
- б) социальная коррекция и адаптация;
- в) медико-социальная реабилитация.

7. **Пенсия по инвалидности назначается при наличии:**

- а) заключения ВТЭК (врачебно-трудоустройственной экспертной комиссии);
- б) заключения МСЭ (медико-социальной экспертизы);
- в) заключения лечащего врача.

8. **Возможна ли половая жизнь в старости?**

- а) да, возможна;
- б) возможна, но лишь с использованием специальной аппаратуры и лекарств;
- в) невозможна.

9. **Один из главных факторов, влияющих на продолжительность жизни человека:**

- а) характер и условия труда;
- б) воспитание человека;
- в) генетический фактор.

10. **Возрастная геронтологическая периодизация пожилого возраста человека:**

- а) муж. - 61-74 г., женщ.-56-74 г.;
- б) муж. - 51-65 лет, женщ.-42-55 г.;
- в) муж.-48-55 лет, женщ.- 40-50 лет.

11. **Возрастная геронтологическая периодизация старческого возраста человека:**

- а) 75-90 лет;
- б) 60-70 лет;
- в) 50-80 лет.

12. **Возрастная геронтологическая периодизация долгожителей:**

- а) 70 лет и старше;
- б) 90 лет и старше;
- в) 80 лет и старше.

13. **Средняя продолжительность жизни мужского населения Амурской области в последние годы :**

- а) 57,4 лет;
- б) 60,2 лет;
- в) 67,1 лет.

14. **Средняя продолжительность жизни населения Амурской области в последние годы среди женщин:**

- а) 69,4 лет;
- б) 85,2 лет;
- в) 92,1 лет.

15. Воздействуя на здоровье пожилого человека, загрязнение атмосферы вызывает:

- а) заболевания костной системы;
- б) заболевания органов дыхания;
- в) заболевания желудка и кишечника.

16. Основная социальная проблема пожилых людей:

- а) социальная адаптация;
- б) участие в политической и общественной жизни;
- в) трудоустройство.

17. Основной фактор, влияющий на процесс старения:

- а) материальная обеспеченность;
- б) трудовая деятельность;
- в) состояние здоровья.

18. К нестационарным формам социального обслуживания пожилых людей относится:

- а) социальное обслуживание на дому;
- б) обслуживание в отделениях дневного пребывания;
- в) социальное обслуживание в доме – интернате.

19. К адаптационным аспектам старости относится:

- а) психологическое состояние;
- б) трудовая деятельность;
- в) политическая деятельность.

20. Право пожилых людей на юридическую защиту закреплено в:

- а) Конституции РФ;
- б) ФЗ РФ «О социальном обслуживании населения в РФ»;
- в) ФЗ РФ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».

3.3. Итоговый контроль (вопросы к экзамену или зачету)

1. Предмет социальной геронтологии.
2. Пожилые как особая социально-демографическая группа.
3. Теория старения.
4. Психика зрелого и преклонного возраста.
5. Биология старения.
6. Социальный статус пожилых.
7. Кризисы зрелости.
8. Типология психологического состояния пожилого человека.
9. Здоровье пожилых.
10. Социальная адаптация в пенсионном возрасте.
11. Основные направления медико-психологической помощи лицам старческого возраста.
12. Стиль жизни пожилых.
13. Экономические проблемы пожилых.
14. Правовая защита пожилых.
15. Нравственно-этические проблемы социальной работы с пожилыми.

16. Трудовая активность пожилых людей.
17. Особенности социальной работы с пожилыми.
18. Проблема солидарности поколений.
19. Одиночество в пожилом возрасте, как социальная проблема.
20. Социальные отношения в пожилом возрасте.
21. Социальная профилактика старения организма.
22. Семейные конфликты пожилых людей.

3.4. Критерии оценки знаний

Нормы оценки знаний предполагают учет индивидуальных особенностей студентов, дифференцированный подход к обучению, проверке знаний, умений.

В устных ответах студентов на экзамене, в сообщениях и докладах, а также в письменных видах работ оцениваются знания и умения по пятибалльной системе. При этом учитываются: глубина и полнота знаний, владение необходимыми умениями (в объеме программы); осознанность и самостоятельность применения знаний и способов учебной деятельности, логичность изложения материала, включая обобщения, выводы (в соответствии с заданным вопросом), соблюдение норм литературной речи.

Оценка «пять» – материал усвоен в полном объеме; изложен логично; основные умения сформулированы и устойчивы; выводы и обобщения точны и связаны с явлениями окружающей жизни.

Оценка «четыре» – в усвоении материала незначительные пробелы: изложение недостаточно систематизированное; отдельные умения недостаточно устойчивы; в выводах и обобщениях допускаются некоторые неточности.

Оценка «три» – в усвоении материала имеются пробелы: материал излагается не систематизировано; отдельные умения недостаточно сформулированы; выводы и обобщения аргументированы слабо; в них допускаются ошибки.

Оценка «два» – основное содержание материала не усвоено, выводов и обобщений нет.

Зачет по курсу ставится, если студент знает основной материал по данному курсу, демонстрирует понимание изученного, умеет применять знания с целью решения практических задач.

Незачет по курсу ставится, если студент демонстрирует отсутствие понимания изученного, отсутствие самостоятельности суждений, отсутствие убежденности в излагаемом материале, отсутствие систематизации и глубины знаний.

4. ПРИЛОЖЕНИЕ

4.1. ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТНОСТИ ЧЕЛОВЕКА НА ПОЗДНИХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА:

В научной литературе все более утверждается точка зрения, согласно которой старение не может рассматриваться как простая инволюция, угасание или регресс. Старение рассматривается как продолжающееся становление человека, которое включает не только многие приспособительные и компенсаторные механизмы жизнедеятельности, но и способы активного взаимодействия с миром. Люди позднего возраста вынуждены ориентироваться не только в новой внешней ситуации, но и реагировать на изменения в самих себе (Йолов Г., Петров И., Рыбалко Е.Ф., Эриксон Э., Kausler D., Norris J., Pratt M., Schaie K.). Мы предположили, что и на поздних этапах онтогенеза происходит дальнейшее развитие личности человека. Это развитие детерминировано субъектностью пожилого и старого человека, главным смысловым содержанием которой является отношение человека к себе как к активному деятелю в оставшийся период жизни.

Исследования «Я» пожилого человека не столь широко представлены в рамках информационно-процессуального подхода. В определенной степени эти разработки относятся к рассмотрению «социальной активности» и «процесса переработки социальной информации». Установлено, что для психологического самочувствия и благополучия человеку необходимы некоторые формы социальной включенности на более поздних периодах его жизни. В отношении социальной информации установлено, что социальные влияния и события требуют повышенной точности и своевременности (J.E. Norris, K. Rubin). Как показывают проведенные исследовательские опыты, устранение дефицита в этом процессе может способствовать лучшей адаптации пожилого человека.

Третье направление в исследовании психологии пожилых занимает социально-психологический подход. Взгляды M. Pratt и J. Norris обнаруживают тенденцию на объединение социальных репрезентаций с социальным опытом и взаимодействиями взрослых индивидов и людей пожилого возраста, а также их включенность в более широкие социальные системы. Они подчеркивают, что возраст сам по себе - это не объяснение психического изменения, поэтому необходимо акцентировать наблюдения и исследования личности всех возрастов и учитывать влияние всех факторов ее изменения: психических процессов, интересов, умений и др.

Исследователи подчеркивают особую необходимость и актуальность методических разработок для более глубокого, глобального изучения личности пожилых людей в социальном контексте жизни, не пренебрегая и их индивидуальными генетическими предпосылками. Последние литературные источники показывают тенденцию акцентирования внимания на адаптационных механизмах пожилых людей.

Способность пожилого человека быть активным деятелем своей жизни определяется его субъектностью как комплексным качеством, которое детерминирует не только личностные свойства и качества, но и

интенционально атрибутирующие условия духовной целостности пожилых людей. Наличие идентичности предполагает устойчивость, стабильность самовосприятия индивида и его уверенность в том, что другие воспринимают его таким, каков он и есть.

Необходимым признаком субъекта жизнедеятельности является его способность ставить и решать задачи активной адаптации к условиям своей жизни и способность самосовершенствования в процессе этой адаптации. Это тем более актуально на поздних этапах онтогенеза.

Личность пожилого человека меняется. Это может быть представлено как процесс и результат вхождения человека в новую социальную среду и как процесс интеграции в ней. Для пожилого человека, способного к продуктивному личностному самоопределению и активной адаптации, характерна прежде всего личностная субъектность. Активная адаптация - процесс, направленный на сохранение, но, в отличие от адаптации пассивной, он предполагает качественные изменения личности и может быть средством сохранения и развития человека в новых условиях. Реализацию субъектом его целей можно рассматривать как специфический вид адаптационного процесса, обеспечивающий активное взаимодействие субъекта со средой в пожилом и старческом возрасте.

Сущность адаптации может быть представлена в контексте анализа пожилого человека как субъекта своей жизнедеятельности. В определенном смысле форма и эффективность адаптации определяются субъектностью пожилого человека. Социальная ситуация развития во время старости изменяет в известной мере жизненные стереотипы, требует адаптации к новым внешним условиям. Пожилые люди вынуждены не только приспосабливаться к новым ситуациям и внешним условиям, но и адаптироваться к физическим, физиологическим, психологическим и социальным изменениям в себе.

Выводы

1. Старение не означает однонаправленного процесса изменений личностных структур в сторону регресса. Пока человек жив, сохраняется тенденция к его личностному развитию. Активная адаптация в пожилом и старческом возрасте связана с уровнем развития субъектности человека.

2. Субъектность пожилых и старых людей представляет собой интегральное личностное образование, вбирающее в себя основные характеристики самосознания: переживание идентичности, сохранность контроля, устойчивость и вариативность Я-образа, уровень самопринятия, интернальный тип локализации контроля.

3. Принятие пожилым и старым человеком себя как активного деятеля в оставшийся период жизни является детерминирующим и центрообразующим в многокомпонентной структуре субъектности. Именно деятельная позиция в жизни позволяет человеку активно адаптироваться к изменяющейся среде и другим людям (повзрослевшим детям и внукам, утраченным друзьям и родственникам и т.д.), к собственным физическим, физиологическим, психологическим и социальным изменениям.

4.2. СЛОВАРЬ СОЦИАЛЬНО-ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ

Абилитация - система медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных, технических, т.е. социальных мер по приобретению функций организма и трудоспособности больных и инвалидов. Цель абилитации - достижение индивидом по возможности более высокой функциональной активности, не приобретенной им от рождения. В настоящее время в РФ А. определена как комплекс государственных социально-экономических, медицинских, юридических, педагогических и иных мероприятий по включению больных и инвалидов в активную социальную, общественную и трудовую деятельность. Система абилитации больных и инвалидов в России только зарождается. В Министерстве социальной защиты РФ создан Департамент проблем семьи, женщин и детей, на региональном и муниципальном уровнях формируются Центры реабилитации.

Абулия - патологическое отсутствие желаний и побуждений к деятельности.

Аггравация - преувеличение больным симптомов действительно имеющегося заболевания.

Адаптация социальная - процесс приспособления индивида к изменившейся социальной среде. Средством социальной адаптации является принятие индивидом норм и ценностей новой социальной среды (например, к жилищным условиям вследствие болезни или инвалидности, организации, в которую он приходит), сложившихся в ней форм социального взаимодействия (к примеру, стиля руководства, круга общения) и характерных для нее форм деятельности (способов выполнения профессиональных обязанностей). Адаптация социальная имеет две формы: активную, когда индивид стремится к воздействию на социальную среду с целью ее изменения (т.е. изменения тех норм и ценностей, а также форм социального взаимодействия и деятельности, которые он должен принять), и пассивную, когда он не стремится к воздействию на нее. Показателями успешной социальной адаптации являются: высокий социальный статус индивида в новой социальной среде и его психологическая удовлетворенность ею (пример - удовлетворенность условиями работы или ее содержанием). Показателями низкой социальной адаптации являются перемещение индивида в другую социальную среду (например, в случае миграции или текучести кадров), отклоняющееся поведение, выход на пенсию и др. Успешность социальной адаптации зависит от характеристик социальной среды (т.е. от того, насколько она сложна и подвержена изменениям), а также от характеристик самого человека. Наиболее значимыми для социальной адаптации социально-демографические характеристики человека являются образование и возраст. Поскольку социальная адаптация нередко ставит перед человеком проблемы, которые он сам не в состоянии решить, она становится объектом социальной помощи и одной из задач социальной работы.

Адаптация социокультурная - процесс приспособления индивида к окружению и целенаправленного приспособления индивидом элементов этого окружения к удовлетворению собственных потребностей и запросов; осуще-

ствляется с помощью знаний и навыков, полученных в ходе социализации (инкультурации) в процессах социального взаимодействия и коммуникации.

Адинамия - уменьшение или полное прекращение двигательной активности.

Акинезия - отсутствие активных движений.

Активность социальная - поведение социальных субъектов (общества, классов, групп, личностей), воспроизводящее или изменяющее условия их жизнедеятельности и развивающее их собственную структуру. Нередко социальная активность определяется как способность субъекта к указанным формам поведения. Анализ социальной активности начинается с поведения, поэтому в психологии противопоставляют реактивность индивида, вызванную влиянием ситуации, и активность, обусловленную внутренним состоянием субъекта в момент действия и выходящую в высших своих проявлениях за пределы требований текущего момента. С этой позиции деятельность оказывается одной из высших форм общей активности субъекта, а активность социальная - условием самоопределения личности в обществе и сознательной регуляции поведения.

Степень активности социальной можно определить, сопоставляя следующие характеристики субъектов:

- а) мобильность (считая молодежь наиболее социально активной);
- б) разнообразие способов и сфер действия (социальная активность выше у лиц, включенных в большее число общественных связей и общностей);
- в) сознательность осуществляемых действий, приобретающих свойства общественно значимых поступков;
- г) использование опыта других субъектов, что помогает расширить объем и усилить интенсивность преобразующей деятельности;
- д) привлечение сил других субъектов для достижения общественно значимых целей;
- е) творческий потенциал, обеспечивающий генерацию новых способов преобразования природы и общественных отношений.

Называя активность социальной чертой личности, подразумевают сугубо социальный уровень поведения, предпосылкой которого могут служить различные социально-психологические особенности. Последние, тем не менее, могут существенно влиять на ход социальных преобразований, на выбор путей решения социальных задач.

Выделяют три типа активности социальной: трудовую, общественно-политическую и в сфере культуры и быта.

Трудовая активность проявляется в сфере трудовых отношений и характеризует субъект со стороны выполнения им профессиональных социальных функций. Рассматривается в качестве основного, определяющего вида активности социальной. Ее формы: движение за экономию и бережливость, участие в научно-техническом творчестве, движение рационализаторов и изобретателей и пр.

Общественно-политическая активность проявляется в деятельности людей в сфере общественно-политических отношений. Виды данной активности:

участие в обсуждении государственных законов, в работе выборных органов и общественных организаций и т.п.

Культурно-бытовая активность - деятельность субъекта в быту. Она менее формализована и в большей степени зависит от индивидуальных качеств, желаний, устремлений людей. Проявляется в повышении образования, занятиях физкультурой и спортом, воспитании детей, развлечениях и др. Каждый из видов активности социальной, определяется знаниями, убеждениями, действиями. Изучается через исследование социальных факторов с помощью непосредственно фиксируемых их объективных и субъективных характеристик.

Алкоголизм - систематическое неумеренное употребление спиртных напитков в дозах, вызывающих алкогольное опьянение.

Андрогогика - наука, занимающаяся изучением и обоснованием методов и технологий обучения взрослых людей. Объектом андрогогики является взрослый человек с определенным социальным, профессиональным, жизненным опытом, обладающий выраженной потребностью в модернизации имеющегося, восстановлении утраченного и приобретений нового профессионального опыта. Контингент лиц, испытывающих потребность в образовательных услугах, разнороден по составу: лица, которым необходимо изменить профессию, повысить квалификацию, временно утратившие трудоспособность, пожилые люди. В последнем случае андрогогика становится составляющей комплексной медико-психолого-педагогической помощи, включающей широкий круг мероприятий: лечение, психотерапию, восстановительное обучение.

Апатия - расстройство эмоционально-волевой сферы, проявляющееся безразличием к себе, окружающим событиям и лицам, отсутствием желаний, побуждений и бездеятельностью.

Аптечка - скомплектованный в специальной упаковке набор лекарственных средств, перевязочного материала и других предметов медицинского имущества, предназначенный для оказания первой медицинской помощи, в т. ч. в порядке само- и взаимопомощи.

Атрофия мышц - постепенное истончение и перерождение мышечных волокон, уменьшение их сократительной способности. Атрофия мышц может быть ведущим признаком наследственных нервно-мышечных заболеваний, а также при эндокринных и онкологических заболеваниях, при длительных хронических инфекциях, длительном постельном режиме.

Астения - состояние, характеризующееся повышенной утомляемостью, частой сменой настроения, раздражительной слабостью, гиперэстезией, слезливостью, вегетативными нарушениями и расстройствами сна.

Аудиограмма - кривая, отображающая отклонения слуховых порогов от нормальных для разных звуковых частот.

Болезни психические - специфические болезни человека, возникающие в результате нарушения или изменения деятельности всего организма, преимущественно мозга, и проявляющиеся разнообразными расстройствами психической деятельности. По происхождению все психические болезни могут быть разделены на четыре больших класса: эндогенные психические болезни, природа которых имеет характер или наследственный, или наследственного предрас-

положения (хорея Гентингтона, амавротическая идиотия, фенилпировиноградная олигофрения, шизофрения, некоторые формы эпилепсии и др.; экзогенные, причиной которых являются неблагоприятные воздействия внешней среды - травма, инфекция, отравления, проникающая радиация (травматическая болезнь мозга, алкоголизм, наркомания, энцефалиты и т.п.); соматогенные, появляющиеся как следствие первично немозговых болезней, столь значительно изменивших внутреннюю среду организма, что она уже становится агрессивной для деятельности мозга (психические болезни, возникающие в результате болезней почек, печени, сердечно-сосудистой системы, эндокринной и т.д.); психогенные - их причиной становится неблагоприятная для человека социальная ситуация, конфликт (реактивные психозы, неврозы и пр.).

ВОЗ разработала единую международную классификацию психических болезней, что способствует сближению столь разнящихся национальных систематик психических болезней и распространению знаний об их природе и механизмах развития. Международная классификация изменяется довольно регулярно. В настоящее время введена классификация 10-го пересмотра. В ней каждая психическая болезнь (согласно этой классификации вместо понятия "психические болезни" употребляется обобщающее понятие "психические расстройства") имеет свой шифр. Распространенность психических болезней велика.

Лечение психических болезней разнообразно:

- лекарственное, в том числе психофармакологическими препаратами, brutальные методы лечения (инсулиновые комы, электросудорожная терапия);
- лечебное голодание;
- пиротерапия (подъемы температуры тела до 38° С и выше);
- психотерапия;
- трудотерапия;
- хирургическое лечение (психохирургия).

Профилактика психических болезней имеет три вида:

- первичная - недопущение появления болезни;
- вторичная - предупреждение обострений уже начавшейся болезни;
- третичная - предупреждение тяжелых осложнений и появления глубокого психического дефекта.

Болезни психосоматические - патологические расстройства функций организма и систем, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов. Эмоциональный стресс способен вызвать или спровоцировать возникновение большого числа соматических заболеваний. Все они могут быть разделены на две группы психосоматических болезней:

1) расстройства, возникающие при определенной конституционально-генетической предрасположенности к возникновению болезни (сахарный диабет, аллергия, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь);

2) болезни, при которых такой предрасположенности не обнаруживается (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, лейкоз, рак шейки матки, ревматоидный артрит и др.).

Психическая травма влияет на остроту и выраженность подобных расстройств. Особое значение имеют при этом сопутствующие ей эмоциональные переживания: страх, тревога, подавленность, напряжение.

Перед возникновением многих психосоматических болезней проявляются своеобразные варианты депрессивных реакций, когда наряду с тоской обнаруживаются безынициативность и чувство безысходности. Жалобы соматического характера могут возникнуть и при многих нервно-психических расстройствах: неврозах, депрессиях, ипохондрических состояниях. Существует специально выделенный вариант депрессии - соматозированная субдепрессия, при которой на первый план выступают жалобы именно соматического характера, а психические расстройства как бы не замечаются и потому в жалобах больных не звучат. В результате этот вариант депрессии имеет еще одно обозначение - ларвированная (скрытая, маскированная) субдепрессия. Подобные пациенты со своими жалобами обращаются к терапевтам, невропатологам, хирургам, сексопатологам, которые их обследуют и подолгу безуспешно лечат (таких пациентов до 20-30% среди страдающих хроническими заболеваниями больных поликлиник), тогда как лечение должен осуществлять психиатр. Это имеет значительные медицинские (болезни принимают затяжное течение) и социальные (необоснованная инвалидизация, снижение социального и профессионального статуса, семейно-бытовые проблемы) последствия.

Болезнь - нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными или морфологическими изменениями. Возникновение болезни связано с воздействием на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных), с его генетическими дефектами и т.д. ВОЗ разрабатывает Международную классификация болезней, в настоящее время действует 10-й пересмотр.

В развитии болезни обычно различают 4 стадии: латентный период (скрытый), период продромальных явлений (от первых клинических проявлений до полного развития симптомов болезни), период разгара болезни (полное развитие характерной для данной болезни клинической картины), период окончания болезни (исходы болезни: выздоровление, рецидив, переход острой формы в клиническую, смерть). Выделение периодов болезни, вариантов ее течения, фаз обострения и ремиссий, изучение причин перехода острой формы болезни в хроническую имеют большое клиническое, социально-экономическое значение и используются не только для разработки тактики лечения, но и для планирования лечебных и профилактических мероприятий.

Боль - 1. - своеобразное психофизиологическое состояние человека, возникающее в результате воздействия сверхсильных или разрушительных раздражителей, вызывающих органические или функциональные нарушения; является интегративной функцией организма, мобилизующей разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора; 2. - субъективно тягостное ощущение, отражающее психофизиологическое состояние человека, которое возникает в результате воздействия сверхсильных или разрушительных раздражителей.

Больница - лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее населению стационарную, а при наличии поликлинического отделения - и внебольничную медицинскую помощь.

Возрастная структура населения - характеристика населения по возрастным группам, поколениям, когортам, которая создает базу для демографического, социального и экономического анализа. Группы могут иметь годовые, 5- и 10-летние интервалы, поколения распределяют население на детей (0-14 лет), взрослых (15-59 лет) и пожилых (60 и старше), когорта дают более развернутые классификации жизненных циклов. Периодизация жизненных циклов у разных авторов имеет различные основания. Так, ученый-демограф Б.Ц.Урланис в основу классификации положил участие индивидуума в общественно полезном труде: дорабочий период (ясельный возраст до 3 лет, детсадовский возраст - 3-6, школьный возраст - 7-15); рабочий период (юность - 16-24, зрелость - 25-44, поздняя зрелость - 45-59); послерабочий период (пожилые люди - 55-64, старые - 65-74, очень старые - 75-85, престарелые - 85 лет и старше). Американский исследователь И.Алан предложил интерпретацию фаз жизненного цикла, включающую социологические и психологические комментарии. Польские социологи делят возраст человека по отношению к росту его образовательного уровня и трудовому пути.

Возрастная структура дает представление о численности трудовых ресурсов, потребности в рабочих местах и необходимой социальной инфраструктуре, а также служит отправной точкой для прогностических расчетов по данным проблемам. Выделяют три вида возрастной структуры - прогрессивную, в которой численность детей преобладает над численностью старших возрастных групп, регрессивную, с обратным соотношением, и стационарную, с равновесием этих двух групп. Другим показателем "возрастного качества" общества является средний возраст, рассчитываемый как средняя арифметическая взвешенная на основе распределения населения по возрастным группам. Аналогичные сведения о возрастной структуре дает определение медианного (серединного) и модального (наиболее часто встречающегося) возраста.

Общество, в котором удельный вес людей 65 лет и старше превышает 7% от всего населения, по классификации ООН называют старым. Большинство развитых стран из-за низких уровней рождаемости и смертности пожилых людей относятся к данной категории. Общество, в котором доля людей старше 65 лет ниже 4%, по той же классификации считается молодым. Чаще всего это характеристика развивающихся стран.

Значительно изменяет возрастную структуру миграция населения, поскольку уезжают чаще молодые, остаются старики, в результате в местах убытия происходит "старение" населения, усиливающееся естественным падением рождаемости. Противоположные процессы - в местах прибытия, и как результат - "омоложение" населения, сопутствующий рост рождаемости и улучшение демографической ситуации.

Разрушительное влияние на всю демографическую структуру оказывают войны, причем катастрофические последствия деструктивных изменений сказываются и через десятилетия - дисбалансом мужского и женского населения,

снижением рождаемости, ослаблением института брака. Из-за разности в продолжительности жизни мужчин и женщин удельный вес пожилых мужчин во всех странах мира, в том числе и в России, ниже, чем женщин.

Вмешательство (интервенция) - означает планируемое действие, предпринимаемое или предлагаемое патронажным или социальным работником вместе либо от имени подопечного.

Возраст 1 - продолжительность периода времени от момента рождения до настоящего или до другого определенного момента времени; в статистике обычно измеряется числом лет, исполнившихся в последний день рождения. *Биологический* возраст определяется по совокупности обменных, структурных, функциональных, регуляторных особенностей и приспособительных возможностей организма; *календарный* - определяется по известной дате рождения; *костный* - определяется по состоянию костного скелета исследуемого объекта, преимущественно по рентгенологическим данным, сопоставляемым со средними данными о сроках формирования и развития ядер окостенения; *морфологический* - оценивается по морфологическим признакам: вес тела, рост, состояние зубов, степень окостенения скелета, развитие вторичных половых признаков, степень эластичности и морщинистости кожи, состояние волосяного покрова и др.

Возраст 2 - конкретная стадия (период) биологического и социально-психологического развития личности, например, грудной, дошкольный, зрелый, пожилой возраст и т.п.

Возрастная структура населения - распределение численности населения по возрастным группам.

Возрастно-половая структура населения - распределение численности населения по возрастным группам отдельно для мужчин и женщин.

Гериатрия - раздел клинической медицины, изучающий особенности заболеваний у людей пожилого и старческого возраста и разрабатывающий методы их лечения и профилактики, организацию медицинской и социальной помощи. Одна из основных задач гериатрии выяснение возможностей влияния на процесс преждевременного старения. По современным научным данным, старение - физиологический процесс, поэтому плохое самочувствие у лиц пожилого возраста, как правило, связано с какой-либо патологией. Выделяют бессимптомные возрастные изменения, недомогания, не дающие клинических проявлений и часто наблюдающиеся у практически здоровых людей пожилого и старческого возраста, имеющие хроническое течение, иногда с осложнениями. Сочетание болезней, ранее существовавших и развившихся в более поздние возрастные периоды, объясняет часто наблюдающуюся в пожилом и старческом возрасте множественность патологических поражений в различных комбинациях. Структура заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Основную форму патологии составляют хронические заболевания: общий атеросклероз, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, поражения сосудов головного мозга, эмфизема легких, сахарный диабет, болезни глаз, новообразования.

Вопросы организации медицинской помощи пожилым и старым людям решаются в тесном контакте с органами социальной защиты населения по-разному для людей, находящихся в домах для престарелых и проживающих вне их, в семьях или в одиночестве. При осуществлении медицинской помощи пожилым и старым людям следует учитывать, что резкая перемена их образа жизни нередко является причиной развития физической и психической декомпенсации. Поэтому вся система организации медико-социальной помощи в гериатрии должна способствовать пребыванию старого человека дома, естественно, в той мере, в какой позволяет состояние его здоровья, возможность организации ухода, окружающая обстановка.

Герогигиена - раздел геронтологии, изучающий влияние условий жизни на процесс старения человека и разрабатывающий мероприятия, направленные на предупреждение патологического старения и создание условий, обеспечивающих населению длительную, дееспособную, здоровую жизнь. Герогигиена как комплексная социально-биологическая наука использует методы исследования и данные физиологии, психологии, патологии, гигиены, санитарной статистики, демографии и социологии. В соответствии с профилем выделяют социальную герогигиену, коммунальную, труда и питания. Герогигиена решает проблемы увеличения продолжительности жизни и достижения активной старости путем предупреждения преждевременного патологического старения населения, а также проблемы обеспечения населению пожилого и старческого возраста оптимальных условий жизни и усиленной трудовой деятельности.

Изучение состояния здоровья и структуры причин смерти лиц пожилого и старческого возраста является основой разработки нормативов медико-социальной помощи, форм амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, способов профилактики преждевременного старения. Большой удельный вес среди проблем социальной гигиены и социальной герогигиены занимают социологические проблемы - место и авторитет пожилого человека в обществе, в семье, в трудовом коллективе, подготовка к выходу на пенсию, материальная и правовая обеспеченность старости, рациональный образ жизни, формы отдыха и др. Развитие коммунальной герогигиены связано с необходимостью приспособления быта к возможностям стареющего населения. Решение многих проблем герогигиены связано с политикой государства в отношении установления пенсионного возраста, льгот и компенсаций для работающих пенсионеров, правового регулирования их труда и социальной защиты, материального обеспечения старости и медицинской помощи.

Геронтология - раздел биологии и медицины, изучающий закономерности старения живых существ, в том числе человека. Задачей биологии старения является выяснение первичных механизмов старения, установление их взаимосвязи в процессе жизнедеятельности организма, определение возрастных особенностей адаптации организма к окружающей среде. Изучение биологии старения имеет большое значение для правильного понимания генеза заболеваний, характерных для лиц пожилого и старческого возраста, правильной их терапии и разработки мер рациональной профилактики.

Геронтология социальная - область знания, изучающая особенности пожилых людей как определенного социально-демографического слоя: образ жизни пожилых людей, способы их социальной адаптации к новым условиям в связи с выходом на пенсию, перемены в их социальном статусе и престиже, материальном и семейном положении, социальной роли и т.д. В последнее время интерес к социальной геронтологии непрерывно возрастает, что обусловлено изменениями в демографической структуре современного общества: во многих странах, в том числе и в России, происходит увеличение относительного и абсолютного количества лиц пожилого возраста. Причем больший процент лиц старше 60 лет проживает в сельской местности. Процесс старения населения порождает ряд социально-экономических проблем: рост в обществе непродуцируемых групп, увеличение в связи с этим нагрузки на трудоспособное население, возрастание численности престарелых лиц, требующих специального ухода и медицинской помощи и др. Изменение в формах современной семьи, в частности возникновение нуклеарной семьи (т. е. состоящей лишь из супругов и их детей), приводит к изменениям в статусе лиц пожилого возраста в семье. Человек в старости часто отделяется от своих детей, ставших самостоятельными и создавших свои семьи, нередко теряет своих родных и близких. Это подрывает его связи с обществом, приводит к изменениям в мотивации, а также к сужению круга его интересов и социальных контактов. Указанные проблемы находятся в центре внимания социальной геронтологии, входящей в сферу интересов не только социологов, но и социальных работников.

Геропсихология - отрасль геронтологии и возрастной психологии, использующая общепсихологические средства и методики для изучения особенностей психики и поведения лиц пожилого и преклонного возрастов. Изучает взаимосвязь при старении общих физиологических характеристик и психологических особенностей поведения, а также личностные сдвиги, порождаемые изменением характера деятельности и ценностных ориентаций. Общей целью геропсихологии является изыскание средств продления активной и полноценной жизни пожилого человека.

Глухота - полное отсутствие слуха или резкая степень его снижения, при которой невозможно восприятие речи.

Госпитализм - ухудшение состояния здоровья под влиянием длительного пребывания в стационарных лечебных учреждениях.

Группа инвалидности - категория степени длительной или постоянной нетрудоспособности, устанавливаемая медико-социальной экспертизой (МСЭ). Порядок установления группы инвалидности следующий: основанием для направления на Медико-Социальную Экспертизу является стойкое нарушение здоровья, которое приводит больного к необходимости прекращения профессионального труда на длительный срок или постоянно, с полной потерей трудоспособности или значительных изменений условий труда, а также к необходимости осуществления мер социальной защиты. Экспертное решение о состоянии трудоспособности принимается после всестороннего медицинского освидетельствования, изучения результатов обследования больного с учетом наличия

минимальных физиологических данных, которые необходимы для осуществления профессиональной и производственной деятельности.

Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния его здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с утверждаемыми классификациями и критериями.

Основаниями для признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость осуществления мер социальной защиты гражданина.

Наличие одного из указанных признаков является условием, достаточным для признания лица инвалидом.

Решение о признании лица инвалидом либо об отказе в установлении инвалидности принимается полным составом специалистов, принимающих экспертное решение, простым большинством голосов. Решение о признании лица инвалидом оформляется справкой установленного образца, которая выдается на руки больному либо его законному представителю. Решение об отказе в признании инвалидом объявляется гражданину, проходившему медико-социальную экспертизу, или его законному представителю руководителем учреждения в присутствии всех специалистов, принимавших это решение, устно, либо, по желанию гражданина, в письменной форме.

Группа социального риска - разновидность социальной номинальной группы, объединяющая людей, которые в силу своего социального положения и образа жизни подвержены опасным отрицательным воздействиям и в результате этого представляют угрозу нормальной жизнедеятельности общества. Традиционно типичными группами риска считаются алкоголики, наркоманы, проститутки, гомосексуалисты, бомжи, чей образ жизни можно рассматривать как проявление болезней общества, связанных с нарушением форм социального взаимодействия людей, ростом социального отчуждения, нарушением процессов социальной адаптации, снижением и сужением социальных интересов, возрастающей криминализацией, социально-нравственной, психологической и физической деградацией личности, распространением в обществе различных форм отклоняющегося поведения. Объективной основой появления и существования групп риска является антагонистический характер базовых общественных отношений - экономических, политических, правовых, нравственных, определяющих структуру общества и характер взаимодействия в нем, условия и перспективы социального развития. Наличие в обществе механизмов открытого или скрытого социального угнетения, тяжелые условия жизни без надежды на их улучшение, отсутствие социальных перспектив для творческой самореализации человека, неблагоприятная социально-психологическая атмосфера, недостатки

воспитания и образования личности, ее низкий культурный уровень (особенно при наличии психических отклонений, затрудняющих нормальное межличностное общение) - все это служит питательной почвой для существования групп риска.

Социальный ущерб, в силу которого образ жизни групп риска рассматривается как одна из разновидностей самого опасного и разрушительного социального зла, проявляется в разложении нравственных устоев, социальной дисциплины и ответственности, деформации межличностных отношений, росте социального паразитизма, насилия и преступности в обществе. Так, статистика свидетельствует, что увеличение числа бомжей на 1% дает прирост преступности на 5%.

Особенно уязвима и подвержена отрицательным воздействиям групп социального риска молодежь в период социального созревания и вхождения в мир взрослых, так как в это время ей свойственны неустойчивость психики, несформировавшийся характер, слабая приспособляемость к растущей интенсификации жизни, нервно-психическим перегрузкам и стрессам вкупе с материальной необеспеченностью и зависимостью от старших на фоне стремления к самостоятельности и широких потребительских запросов. В связи с переходом нашей страны от традиционного и патриархального уклада жизни к динамичному рыночному обществу, сопровождающимся разрушением старых норм и ценностей, утратой прежних идеалов и возрастанием в массовом сознании тяги к разрушительному, варварскому, разнузданному поведению, к группам риска можно условно отнести и молодежные прослойки, занявшиеся предпринимательством. В условиях государственного монополизма и распределительной государственной экономики наиболее выгодная и доступная молодежи посредническая деятельность с неизбежностью превращается в спекуляцию со всеми ее нравственными разрушительными последствиями: эгоизмом, индивидуалистической ориентацией, духовной примитивизацией и дегуманизацией, ростом чувства вседозволенности, жестокостью и агрессивностью поведения. Стремление к скорейшему обогащению любой ценой, не опосредованное общественно полезной деятельностью и адекватным ей вознаграждением, оборачивается для личности и общества не менее опасными последствиями, нежели распространение наркомании или алкоголизма, превращая в массовом масштабе людей в хищные эгоистические существа, находящие удовлетворение только в бесконечном потреблении и стремлении к удовольствиям и низводящие себя на уровень животных. Наиболее надежными средствами против существования групп риска являются активная государственная социальная политика, направленная на преодоление кризисных явлений в социальной сфере, и культурная развитость, нравственное богатство духовного мира человека.

Деменция - стойкое снижение (упрощение) психической деятельности с ослаблением познавательных процессов, объединением эмоций и нарушениями поведения. Вследствие нарушений функций мозга могут проявляться характерные симптомы заболевания: нарушение внимания и памяти, снижение способности к абстрактно-логическому мышлению, нарушение понимания речи, возможность языкового выражения и практических действий.

Депрессия - болезненное состояние, проявляющееся психическими (подавленное настроение, замедление психических процессов) и физическими (снижение общего тонуса, замедленность движений, нарушение сна) расстройствами. Для состояния депрессии характерно уныние, пессимистический взгляд на будущее, разочарование в себе, в своих близких, легкая раздражимость, плаксивость, нерешительность, быстрая утомляемость, снижение аппетита или, напротив, тяга к обжорству. Депрессия или подавленное состояние, может быть вызвана разными причинами и имеет различную степень выражения - от нежелания следить за своей внешностью до мысли о самоубийстве. Пожилые мужчины, более чем втрое склонны к самоубийству по сравнению с молодыми и во столько же раз - по сравнению с женщинами. Депрессивное состояние вполне объяснимо для людей пожилого возраста из-за ухудшения физического состояния, слуха, зрения, конфликтной обстановки в семье, утраты прежнего положения в семье и обществе, смерти близких людей и других негативных ситуаций. В пожилом возрасте по-разному проявляются депрессивные состояния: до 70 лет депрессия ощущается гораздо острее и жестче, чем после 70-ти. Близкие люди, социальные работники способны ослабить депрессивное состояние установлением эмоционально комфортных отношений и созданием "фонда положительных эмоций" для пожилого или старого человека.

Депривация социальная - ощущение, осознание личностью разрыва между ее ожиданиями и действительностью. В отличие от депривации психологической, понимаемой как сенсорная недостаточность, изоляция от внешних раздражителей, депривацию социальную характеризуют как потребность в социальных контактах, состояние социального дискомфорта, сопровождаемого непривычными или негативными психическими переживаниями. В теории социальной работы изучение социальной депривации связано анализом социального неравенства и образом жизни маргинальных социальных и социально слабозащищенных групп населения, лиц с отклоняющимся поведением, пенсионеров, безработных, инвалидов, заключенных и т.д., а также проблемы одиночества в условиях урбанизированного общества. Для сохранения работоспособности и психического здоровья в условиях депривации важную роль выполняют рациональная организация труда и досуга, специальные меры социальной профилактики, но в первую очередь - создание условий жизни, достойных человека.

Диета - рацион и режим питания, назначаемый больному.

Диетология - наука о лечебном питании, изучающая питание человека в норме и при патологических состояниях, разрабатывающая основы рационального питания и методы его организации.

Дискриминация - осознанное или сложившееся в культуре на уровне обычая ограничение возможностей социальной самореализации определенной категории или группы лиц.

Дистанция социокультурная - различие между лицами или группами, служащее препятствием для их эффективных взаимодействий и коммуникации.

Долгожитель - человек, проживший 90 и более лет.

Дом-интернат для престарелых и инвалидов - стационарное учреждение для людей пожилого и старческого возраста, которые по разным причинам не могут жить дома и нуждаются в специальном уходе и медицинском обслуживании. В домах-интернатах для пациентов создаются благоприятные жизненные условия, организована медицинская и психологическая помощь.

В дома для престарелых принимаются граждане, достигшие пенсионного возраста: женщины 55 лет и мужчины 60 лет, у которых отсутствуют трудоспособные дети. Направление в дом для престарелых оформляется по месту жительства граждан учреждением социальной защиты совместно с медико-социальной экспертной комиссией и лечебным учреждением.

Пациенты, проживающие в домах для престарелых, получают 25% своей пенсии, остальная сумма зачисляется на счет учреждения, обеспечивающего своих подопечных необходимой мебелью, постельными принадлежностями, одеждой, обувью, питанием.

Для адаптации пожилых людей к новым жизненным условиям создается соответствующая бытовая обстановка, организуются необходимые виды помощи (медицинская, психологическая). Одной из задач домов для престарелых является реабилитация лиц пожилого и старческого возраста.

Достоинство - категория этики, понятие морального сознания. Выражает представление о ценности личности и отражает моральное отношение человека к самому себе и общества к этому человеку. Сознание собственного достоинства является формой самоконтроля личности, на ней основываются требования человека к себе. Достоинство наряду с совестью, помогает человеку осознать свой долг и ответственность перед другими людьми и собой.

В отношении пожилых людей "достоинство" затрагивает недопущение эксплуатации, физического или психологического насилия, обеспечение пожилым права на справедливое обращение независимо от возраста, пола, расовой или этнической принадлежности, инвалидности или иного статуса.

Досуг - часть свободного от участия в общественном разделении труда времени, которую индивид использует по собственному усмотрению и не на непреложные обязанности, а на реализацию индивидуальных интересов.

Досуг подразумевает такой род занятий, которые дают человеку ощущение удовольствия, приподнятого настроения и радости. Люди проводят досуг для того, чтобы расслабиться, снять стресс, почувствовать физическое и психологическое удовлетворение, разделить свои интересы с друзьями и близкими, завязать общественные контакты и получить возможность самовыражения или творческой деятельности. Досуг и отдых могут включать следующие виды деятельности: спорт или разнообразная физическая активность (роль зрителя, участника, тренера или какая-либо другая организационная деятельность); художественная деятельность (живопись, рисование, литературное творчество); поделки (вышивание, вязание, плетение различных изделий и другое ручное творчество); забота о животных; хобби (разнообразная деятельность по интересам); посещение музеев, театров, галерей, экскурсии, игры (настольные игры, компьютерные игры); развлечения (просмотр телепередач, фильмов, чтение литературы, прослушивание радиопередач); общение с другими людьми (теле-

фонные разговоры, написание писем, приглашений, организация и посещение вечеров и других развлекательных мероприятий).

Жизнь человека не является полноценной, если не реализуется его право на отдых, на предпочтительные формы проведения свободного времени. Досуг играет особо важную роль в жизни людей пожилого и старческого возраста, особенно когда их участие в трудовой деятельности затруднено. Поэтому особое значение придается досугу после ухода на пенсию или в связи с болезнью, когда пожилой человек должен адаптироваться к новым условиям к жизни вне сферы трудовой деятельности. Полноценная жизнедеятельность многих пожилых людей невозможна без предоставления им различных видов помощи и услуг, соответствующих их социальным потребностям. Организация досуга является одним из важных элементов реабилитации и ухода за больными, инвалидами и пожилыми. В последнее время разрабатываются новые технологии социокультурной реабилитации, способствующие социальной адаптации слабо защищенных групп населения. Проблема интегрирования пожилых и людей старческого возраста в социокультурную жизнь общества предусматривает разработку и реализацию специальных государственных программ в сфере культурной и оздоровительной политики. Проблемы, которые могут возникнуть при организации досуга у лиц пожилого и старческого возраста, носят следующий характер: ограничение рамок досуга из-за финансовых, транспортных и других проблем, а не вследствие сниженных возможностей; степень доступности общественного досуга и отдыха для лиц пожилого возраста; возрастные ограничения в возможности развивать навыки и способности, необходимые для проведения досуга и отдыха, а также в возможности развивать эти качества с учетом адаптации к новым жизненным условиям после выхода на пенсию. Атмосфера социального окружения, способствующая участию пожилого человека в проведении досуга и отдыха.

Жизнедеятельность - сущность и свойства человеческого организма объективно выполнять свои физиологические и физические (обмен веществ, раздражимость, способность к размножению, рост, приспособляемость к окружающей среде и т.д.), социальные (социальные отношения и социально-ролевые предписания) и другие функции. Жизнедеятельность обеспечивается как самим человеком, так и сложной системой мер со стороны общества и государства.

Жизнеобеспечение - составляющая образа жизни, деятельность, связанная с вовлечением людей в процессы хозяйственной жизни, прежде всего в систему общественного разделения труда, направленная на удовлетворение базовых потребностей и нужд.

Здоровье - состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или анатомических дефектов (из Устава Всемирной организации здравоохранения). Различают здоровье населения и здоровье индивидуума. Здоровье населения характеризуется комплексом демографических показателей (рождаемость, смертность, детская смертность, уровень физического развития, заболеваемость, средняя продолжительность жизни). На здоровье населения влияют социально-гигиенические

факторы - условия труда и быта, жилищные условия, уровень заработной платы, обеспеченность продуктами питания, культура и воспитание, качество и доступность медицинской помощи и др., а также климатогеографические, экологические и иные природные факторы. На многие из этих условий и факторов влияет (как положительно, так и отрицательно) общество.

Понятие "здоровье индивидуума" не является точно детерминированным, что связано с большой широтой индивидуальных колебаний важнейших показателей жизнедеятельности организма, а также многообразием факторов, влияющих на здоровье человека.

В самых общих чертах здоровье индивидуума можно определить как естественное состояние организма, характеризующееся его полной уравновешенностью с биосферой и отсутствием каких-либо выраженных болезненных изменений.

И для теоретической и для практической медицины чрезвычайно важно определить понятие "практическое здоровье" или "норма" отклонения от границы, которая считается болезнью, патологией. Хотя здоровье представляет собой состояние, противоположное болезни, оно не имеет четких границ, поскольку существуют различные переходные состояния. Так, расстройство адаптации организма к постоянно меняющимся условиям внешней среды означает переходное состояние между здоровьем и болезнью. Поэтому состояние здоровья может быть объективно установлено лишь по совокупности многих параметров: антропометрических, клинических, физиологических, биохимических показателей, определяемых с учетом полового и возрастного факторов, а также социальных, климатических, географических и метеорологических условий.

Организация охраны здоровья отдельных лиц и коллективов людей основывается на профилактике, в частности на повышении защитных свойств организма человека, на укреплении наследственной устойчивости к воздействию вредоносных факторов, а также на создании условий, предупреждающих возможность контакта человека с различными патогенными раздражителями. Среди профилактических мероприятий одно из главных мест занимает охрана окружающей среды.

Идентичность культурная - выделение индивида из окружения по характерным для него внешним, проявляемым в поведении признакам с последующим обобщением этих признаков в определенную культурную категорию, подведением их под известный культурный тип.

Инвалид - (лат. - слабый, немощный) - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Признание лица инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы (МСЭ), исходя из комплексной оценки состояния здоровья и степени ограничения жизнедеятельности в соответствии с классификациями и критериями, утвержденными Минздравом Российской Федерации и Министерством труда и социального развития РФ от 29.01.97 г. № 30/1. В зависимости от степени нарушения функций организма и ограничения жизнедеятельности уста-

навливаются первая, вторая, третья группы инвалидности, а лицу в возрасте 16 лет - категория "ребенок-инвалид".

Инвалидность - любое ограничение или отсутствие (вследствие дефекта) возможности осуществлять определенный класс действий, таким образом, или в таких рамках, которые принято считать нормальными. Инвалидность служит интегральным показателем здоровья населения, условий жизни, быта, труда и в целом среды обитания. В последние годы наблюдается постоянный рост частоты первичной инвалидности, что в значительной степени связано с социально-экономической ситуацией в стране. Основными причинами инвалидности являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, травмы и отравления, болезни нервной системы и органов чувств, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Различают следующие виды (причины) инвалидности: общие заболевания; трудовое увечье; профессиональные заболевания; инвалидность с детства; инвалидность с детства вследствие ранения (контузия, увечье); связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны; инвалидность, связанная с аварией на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска.

После установления инвалидности в месячный срок специалистами Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, которая утверждается руководителями БМСЭ и в трехдневный срок направляется в орган социальной защиты и вручается инвалиду. Переосвидетельствование инвалидов первой группы проводится один раз в два года, второй и третьей групп - ежегодно, ребенка-инвалида - через 6 месяцев - 2 года, 2-5 лет.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида - разработанный на основе решения Государственной службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для пациента рекомендательный характер и инвалид вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом.

Индивидуальная программа реабилитации состоит из следующих разделов:

- паспортная часть, включающая сведения об образовании, профессии, выполняемой к моменту освидетельствования работе;
- социально-бытовой, социально-экономический и социально-средовой статусы;
- социально-средовые условия;

- группа и причина инвалидности, установленных инвалиду при освидетельствовании в бюро медико-социальной экспертизы;
- клинический и реабилитационный прогнозы;
- реабилитационный потенциал;
- реабилитационно-экспертное заключение;
- мероприятия по медицинской реабилитации;
- мероприятия по профессиональной реабилитации;
- мероприятия по социальной реабилитации;
- мероприятия по психологической реабилитации;
- заключение учреждения реабилитационной службы о выполнении индивидуальной программы реабилитации и ее результатах;
- заключение о выполнении индивидуальной программы реабилитации.

Инкультурация - процесс освоения индивидом социально значимых культурных знаний и навыков, приобретение культурной компетентности.

Интеграция - процесс, при котором инвалиды и другие члены общества, имеющие ограниченные возможности здоровья, интеллекта и др., не являются социально обособленными или изолированными, а участвуют во всех видах и формах социальной жизни вместе и наравне с остальными.

Для патронажного и социального работника интеграция имеет большое значение, так как оно касается проблем многих инвалидов и пожилых людей.

Качество жизни - содержательная сторона образа жизни и условий жизнедеятельности индивида, степень комфортабельности его жизненной среды. Интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования пациента, основанная на его субъективном восприятии. Следует выделить три основных признака, характерных для концепции качества жизни:

Многомерность. Качество жизни включает в себя информацию об основных сферах жизнедеятельности человека: физической, психологической, социальной, духовной и финансовой. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивает компоненты, связанные или несвязанные с болезнью, и позволяет дифференцированно определить влияние заболевания и лечения на состояние пациента.

Изменяемость во времени. Качество жизни меняется во времени в зависимости от состояния здоровья человека. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять постоянное наблюдение за состоянием пациента и в случае необходимости проводить коррекцию лечебных мероприятий.

Участие пациента в оценке его состояния. Оценка качества жизни, сделанная самим пациентом, является особо важным и надежным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни позволяют составить полную и объективную картину проблем пациента и наметить необходимые мероприятия для их решения.

Качество медицинской помощи - совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их применения, соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки, стандартам каче-

ства медицинской помощи, установленным федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, и потребностям пациента.

Классификация смерти - в медицинской практике различают следующие виды смерти: *внутриутробная* - смерть зародыша или плода, наступившая внутри организма матери на любом этапе внутриутробной жизни; *естественная* - смерть в результате естественной возрастной инволюции организма и постепенного прекращения функционирования его тканей, органов и систем; *мозговая* - смерть, наступившая в результате несовместимого с жизнью поражения головного мозга; *насильственная* - смерть, наступившая в результате воздействия на организм человека механических, физических или химических факторов; *ненасильственная* - смерть, наступившая в результате недоношенности, болезни или старения; *скоропостижная* - ненасильственная смерть, неожиданно наступившая на фоне кажущегося здоровья; *соматическая* - смерть, наступившая в результате необратимого несовместимого с жизнью поражения каких-либо органов.

Криз возрастной - общее название преходящих психических отклонений, возникающих при переходе от одного возрастного периода к другому.

Лицо с ограниченными возможностями - человек, инвалид, страдающий временными или постоянными, врожденными или приобретенными пороками, не позволяющими ему самостоятельно и в полной мере реализовать свой потенциал.

Маразм - истощение организма с постепенным угасанием всех жизненных процессов, атрофией органов и тканей. *Старческий* маразм обусловлен процессами старения организма.

Материальная помощь - предоставляется гражданам, находящимся в трудной жизненной ситуации, в виде денежных средств, продуктов питания, средств санитарии и гигиены, средств ухода за детьми, одежды, обуви и других предметов первой необходимости, топлива, а также специальных транспортных средств, технических средств реабилитации инвалидов и лиц, нуждающихся в постоянном уходе.

Основания и порядок предоставления материальной помощи устанавливается органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Медико-социальная экспертиза - определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинических и функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

На Государственную службу медико-социальной экспертизы возлагаются:

- определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалида в различных видах социальной защиты;
- разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов;
- изучение уровня и причин инвалидности населения;
- участие в разработке комплексных программ профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защиты инвалидов;
- определение степени утраты профессиональной трудоспособности лиц, получивших трудовое увечье или профессиональное заболевание;
- определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего.

Решение органа Государственной службы медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно - правовых форм и форм собственности.

С изменением понятия "инвалид" существенно изменились критерии, подходы и задачи учреждений медико-социальной экспертизы. Специалисты медико-социальной экспертизы определяют не только группу инвалидности, но и реабилитационный потенциал пациента и необходимые меры социальной защиты.

После прохождения медико-социальной экспертизы пациент получает:

- справку об инвалидности, выданную на основании акта освидетельствования;
- индивидуальную программу реабилитации, разработанную по заявлению пациента.

Мобильность социальная - перемещение индивидов или социальных групп из одних общественных слоев в другие (от крестьянства - в рабочий класс и т.п.), их движение к более высоким или к более низким иерархическим позициям. Термин "Мобильность социальная" введен в западную социологию русским социологом П.А.Сорокиным. Различают социальную мобильность "вертикальную" (восхождение - нисхождение в системе социальных позиций) и "горизонтальную" (передвижение на одном и том же социальном уровне); межпоколенную (перемена социального положения от отца к сыну, от матери к дочери) и внутривнутрипоколенную (индивидуальная карьера по принципу восхождение - нисхождение "в социальной иерархии". Уровень социальных перемещений зачастую рассматривается как один из основных факторов отнесения общества к открытому, закрытому, модернизированному, демократическому, постиндустриальному и т.д. В социальной работе важно прогнозировать и учитывать такие социальные перемещения, как текучесть кадров, миграция, безработица, скрытая безработица и др.

Нарушение здоровья - физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры или функции организма. По величине

отклонения от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья определяется степень ограничения жизнедеятельности.

Насилие в семье - форма деструктивного социального взаимодействия в семье, отражающая ее общее неблагополучие и нарушения в ценностно-нормативной сфере образующих ее индивидов. Является фактором социального риска, провоцирующим углубление социально-психологической и нравственной разобщенности, взаимного недоверия и враждебности по отношению к другим членам семьи, грубости и жестокости в общении другими людьми. Под насилием вообще понимается действие, связанное с прямым причинением физического, психического или нравственного ущерба другому лицу или с угрозой такого причинения, с целью принуждения его к определенному поведению. Формы насилия в семье могут выделяться по разным основаниям:

- по субъектам взаимодействия (взрослых по отношению к детям, детей и взрослых по отношению к престарелым, отношения между взрослыми членами семьи);
- по характеру и содержанию взаимодействия - физическое насилие (телесные наказания, побои, избиения или их угроза), психологическое насилие (оскорбления, грубость, угрозы, создание постоянных стрессовых ситуаций и оказание психологического давления с целью принудить к чему-либо, внушение каких-либо нормативов и ценностей посредством обращения к эмоциональной сфере);
- интеллектуальное насилие (навязывание установок и ценностей через процесс логического убеждения софистическими средствами, т. е. безотносительно к их истинности).

Всякое насилие проистекает из духовной неразвитости, собственной неспособности к конструктивному творческому взаимодействию или из злой воли, из-за давления социальных обстоятельств и отсутствия жизненных перспектив, нарастающей усталости и раздражительности, неправильных нравственных установок и дурного характера. Общей интеллектуальной его основой служит убеждение, что принуждение наиболее верное средство для того, чтобы добиться от человека необходимого поведения.

В действительности насилие никогда не может быть средством окончательного разрешения накапливающихся противоречий, которые оно лишь способно загнать вглубь, вызывая у подвергнувшегося ему лица страх, угнетенное состояние, униженность, напряженность, стремление любым способом избежать давления, имитируя покорность, послушание, прибегая ко лжи и накапливая в душе обиду и злость.

Насилие неспособно решить главную проблему конструктивного человеческого взаимодействия - вызвать в человеке добрую волю и готовность следовать предлагаемым образцам поведения по внутреннему побуждению. Главным средством профилактики насилия в семье является сознательное культивирование в ней атмосферы взаимного доброжелательства и доверия, а в самом себе - стремления понять другого члена семьи, умения поставить себя на его место, прочувствовать его состояние, постараться найти наилучший выход из ситуации, посоветовать без принуждения, суметь убедить. А если конфликт зашел

далеко, - то и умения простить, чтобы оборвать цепь взаимонепонимания и обид, вернуть доверие, восстановить добрые отношения между близкими людьми, подав пример собственным поведением.

Независимый образ жизни - это не только социально-психологическая установка на полноценную интеграцию инвалидов в социальное и творческое развитие. Это способ мышления, психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими людьми, обществом, окружающей средой. В отличие от традиционного подхода, независимый образ жизни стремиться определить, что человек способен делать, исходя из ценностей каждой человеческой личности, необходимости ее развития.

Основные компоненты модели независимого образа жизни следующие:

1. Истинное выравнивание возможностей для людей с инвалидностью и их полноценное участие в повседневной жизни.
2. В основе работы Центра независимого образа жизни должно лежать положение, что люди с инвалидностью обладают уникальным опытом и большей компетентностью в вопросах инвалидности и потому имеют больше оснований для работы с инвалидами.
3. Инвалиды должны сами владеть, управлять, контролировать работу Центра и быть его сотрудниками.

Центр независимого образа жизни осуществляет оценку социальных нужд инвалидов и предоставляет услуги - прямые и косвенные (информация об услугах), что помогает людям с инвалидностью выстраивать свою "жизненную технологию", достигая целей и возможностей в общении, трудоустройстве, создании семьи и т.д.

Центры независимого образа жизни могут осуществлять свою работу в виде программ, например таких, как Программа по работе с инвалидами на дому, Программа по переходу к независимому образу жизни "Сам себе адвокат" и др.

Очень сложной проблемой в России и в мире является пребывание людей с инвалидностью в домах-интернатах, где люди часто подвергаются жесткой дискриминации и лишены возможностей интеграции в общество. Решить эту проблему можно только объединенными усилиями общественных и государственных организаций, в том числе и правозащитных.

Нетрудоспособность - потеря трудоспособности в связи с заболеванием, травмой или другими причинами. Нетрудоспособность это определенное состояние здоровья, вызванное заболеванием или увечьем, при котором работник не имеет возможности выполнять свои трудовые функции либо не способен к трудовой деятельности. Законодательство различает временную и стойкую (длительную или постоянную) утрату трудоспособности. Наличие временной нетрудоспособности определяется соответствующими врачами лечебных учреждений или врачебно-консультационными комиссиями. Стойкая утрата трудоспособности, приводящая к прекращению способности к труду вообще или на длительный срок, либо вызывающая необходимость существенного изменения условий труда, т. е. наступление инвалидности, определяется в каждом конкретном случае бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ), действующими в

соответствии со специальным законодательством о них. Эти бюро правомочны также устанавливать степень утраты работником трудоспособности (общей и профессиональной) в результате увечья, профессионального заболевания и иного повреждения здоровья, связанного с выполнением им трудовых обязанностей. Данные вопросы регулируются Гражданским кодексом РФ и др. нормативными актами.

Степень утраты профессиональной трудоспособности потерпевших вследствие трудового увечья определяется БМСЭ в процентах. Одновременно с утверждением степени утраты профессиональной трудоспособности при наличии оснований устанавливается группа инвалидности и определяется нуждаемость потерпевшего в дополнительных видах помощи.

Нетрудоспособность имеет значение и для возмещения вреда в случае смерти кормильца. Так, в ст.1088 ГК РФ отмечено, что в случае смерти потерпевшего право на возмещение вреда имеют нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания, а также ребенок умершего, родившийся после его смерти. Вред возмещается: несовершеннолетним - до достижения 18 лет, учащимся старше 18 лет - до окончания учебы в очных учебных заведениях, но не более чем до 23 лет; женщинам старше 55 лет и мужчинам старше 60 лет - пожизненно; инвалидам - на срок инвалидности; одному из родителей, супругу либо другому члену семьи, занятому уходом за детьми, братьями, сестрами, внуками умершего кормильца, до достижения ими 14 лет либо изменения состояния здоровья.

Нетрудоспособность является также основанием для решения вопросов пенсионного обеспечения в соответствии с действующим законодательством.

Обеспечение старости в России - в современном мире растет доля людей пожилого возраста в населении большинства стран. Россия - не исключение: число лиц пенсионного возраста составляет 20,6%, и тенденция увеличения доли пожилых людей в общей массе населения сохраняется. Это отражается на всех сферах общественной жизни: рынке труда, здравоохранении, обеспечении старости и т. п.

Наряду с инвалидами, многодетными семьями, беженцами и вынужденными переселенцами, прежде всего пожилые и старые люди ощущают на себе негативные последствия смены системы, а потому нуждаются в повышенном внимании общества и государства.

Одним из конституционных прав гражданина России является право на социальное обеспечение по возрасту, в частности, на пенсионное обеспечение. Виды трудовых пенсий: пенсии по старости (по возрасту), по инвалидности, по потере кормильца, за выслугу лет.

Право на пенсию по старости на общих основаниях имеют мужчины, достигшие 60 лет и проработавшие не менее 25 лет, женщины по достижении 55 лет со стажем работы не менее 20 лет. Пенсия назначается пожизненно. К пенсии по старости предусматриваются надбавки при наличии необходимых оснований:

- уход за пенсионером-инвалидом первой группы;

- необходимость постоянного постороннего ухода (помощи, надзора) по заключению лечебного учреждения или достижение пенсионером 80-летнего возраста;
- содержание неработающим пенсионером нетрудоспособных иждивенцев, не получающих какой-либо пенсии;
- участникам Великой Отечественной войны, не получающим одновременно с пенсией по старости пенсию по инвалидности.

Финансирование выплаты государственных пенсий осуществляется Пенсионным фондом РФ. В связи с ростом стоимости жизни в условиях инфляции государство повышает размер пенсии путем ее индексации и компенсационных выплат.

Конституционное право пожилого человека на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальных системах здравоохранения обеспечивается в рамках Федеральной и территориальных программ обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (1993) и другими нормативными актами. Предусмотренная законодательством лекарственная помощь пенсионерам на льготных условиях фактически не предоставляется вследствие ограниченных финансовых возможностей государства.

Защитной мерой в обеспечении старости являются льготы, предусмотренные Законами "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (1995), "О ветеранах" (1995).

В России около 24,3 млн. человек, достигших пенсионного возраста, пользуются различными видами льгот. В их числе инвалиды ВОВ, участники ВОВ, труженики тыла военных лет, блокадники Ленинграда, репрессированные и пострадавшие от политических репрессий, ветераны труда и другие категории граждан.

Социальные услуги как вид государственной социальной помощи предоставляются гражданам пожилого возраста и инвалидам в рамках системы социального обслуживания, основными видами которого являются: обслуживание на дому, стационарное и полустационарное, срочное социальное обслуживание, социально-консультативная помощь. Они предусмотрены Законами "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (1995), "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации" (1995).

Над пожилыми и старыми людьми, не способными в полной мере осуществлять свои права и выполнять свои обязанности по состоянию здоровья, устанавливается социальное попечительство как правовая форма защиты их личных и имущественных интересов. Для оказания помощи таким людям существует система домов-интернатов для престарелых и инвалидов.

Все мероприятия по социальному обеспечению пожилых осуществляют органы и учреждения социальной защиты населения. Реализация льгот и преимуществ пожилых людей, предусмотренных Российским законодательством, возложена большей частью на субъекты Российской Федерации. В полном

объеме она стала практически невозможной из-за недостаточного финансирования.

Образ жизни - распределение человеком на протяжении жизненного цикла его фундаментальных жизненных ресурсов - времени и энергии между основными формами социокультурной жизнедеятельности: жизнеобеспечение, социальная коммуникация, рекреация, социализация. Образ жизни - вид индивидуальной или групповой человеческой жизнедеятельности, соответствующий конкретным историческим социальным отношениям. Фиксирует в себе специфику общения, поведения, склада мышления в различных сферах жизни. Зависит от экономических, социальных, политических, культурных, природных и иных условий. Выступает как целостная система, состоящая из элементов материальной и духовной жизни общества. Образ жизни характеризует и показывает данное общественное устройство, как живет человек в этом обществе, что делает оно для развития и совершенствования собственного "Я" человека, реализация его потребностей, интересов и творческих возможностей. Образ жизни формируется как результат воздействия на человека совокупности социально-экономических отношений, общественно-экономического строя, идеологии и культуры, окружающей среды. Оказывает активное влияние на экономические и социально-политические процессы в обществе.

Общепринято разделять объективные (способ совместной деятельности, социально-общественные отношения и связь между людьми и др.) и субъективные (цели и задачи общения, интересы и мотивы деятельности, ценностные ориентации) аспекты образа жизни. Обычно выделяют образ жизни городской, сельский, молодежи, крестьян, рабочих, интеллигенции, студентов и т.п. В основе такого деления лежит принадлежность к социальной группе, слою, возрасту, образованию, роду занятий и т.д.

Ограничения жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью.

Одинокие люди - граждане, потерявшие или не имеющие тесной связи с обществом, социальной группой, семьей и отдельными людьми. Одиночество может быть условием или образом жизни, а также психологическим состоянием, может быть постоянным и временным. В некоторых случаях человек добровольно избирает одиночество в качестве образа жизни в силу объективных или субъективно-психологических причин (например, люди творческой профессии, замкнутые, легкоранимые, неуживчивые, люди, имеющие инвалидность).

Одиночество - социально-психологическое состояние, характеризующееся недостаточностью или отсутствием социальных контактов, поведенческой отчужденностью и эмоциональной неудовлетворенностью индивида характером и кругом его общения. Согласно современным представлениям, физическая изолированность не всегда ощущается человеком как одиночество. Наиболее остро одиночество воспринимается человеком в ситуациях принудительного общения или принудительного ограничения общения. Одиночество становится одной из основных социальных проблем пожилого человека. Для ее разреше-

ния необходимо создавать услуги для данной категории населения, развивать и совершенствовать формы социальной помощи одиноким, вести целенаправленную работу по предупреждению одиночества.

Оккупациональная терапия (ОТ) - является профессией, направленной на реабилитацию лиц, которые по состоянию здоровья не могут осуществлять уход за собой, проводить досуг и выполнять трудовую деятельность.

Уход за собой, проведение досуга и продуктивная деятельность объединяются общим термином "занятие", а участие человека в их выполнении определяется как оккупациональная деятельность.

Работа оккупациональных терапевтов направлена на помощь лицам, чья оккупациональная деятельность страдает вследствие травмы или заболевания, психических или эмоциональных нарушений, врожденных или приобретенных заболеваний, либо в результате старческих изменений.

Целью ОТ является:

- расширение независимости и автономности человека в плане занятий;
- устранение ограничения или недостатка в оккупациональной деятельности;
- обеспечение успешного и независимого выполнения оккупациональных действий.

Несмотря на то, что ОТ является лечебной профессией, она значительно отличается от других медицинских специальностей.

Объектом ОТ являются занятия, восстановление и нормализация оккупациональной деятельности. В ОТ проявление клинических нарушений рассматривается только с учетом взаимосвязи с оккупациональной деятельностью.

Оккупациональный терапевт собирает информацию о видах и степенях самообслуживания больного, проведении досуга и трудовой деятельности пациентов и осуществляет стратегию, направленную на восстановление и нормализацию оккупациональной деятельности. Оккупациональный терапевт также оценивает психологические, социальные и экологические факторы, которые оказывают влияние на оккупациональную деятельность.

Следует отметить, что не все болезни приводят к нарушению оккупациональной деятельности пациентов. Заболевания могут носить временный характер и не вызывать отклонений оккупациональной деятельности. Например, перелом ноги или простуда вызывают нарушение здоровья, но не приводят к существенному влиянию на оккупациональную деятельность. Отклонения в состоянии здоровья могут быть весьма существенны, однако они не вызывают нарушений тех функций, которые определяют оккупациональную деятельность человека. Так, пациент, перенесший ампутацию нижней конечности выше коленного сустава, может продолжать работу учителя, поскольку этот род деятельности не требует значительной мобильности. В случае, когда требуется высокая подвижность, необходимо помочь этому человеку адаптироваться, чтобы он мог справиться с работой.

Окружающая среда - совокупность физических, химических, биологических характеристик, а также социальных факторов, способных оказывать прямое или косвенное, немедленное или отдаленное воздействие на живые суще-

ства и деятельность человека. Окружающая среда - целостная система взаимосвязанных компонентов (воздух, климатические явления, вода, флора и фауна, рельеф, техногенная и социальная среда), в которых осуществляются труд, быт и отдых населения.

Естественная природная среда создает определенные, зачастую специфические, условия для сохранения и развития здоровья. Сейчас ни у кого не вызывает сомнений следующая причинно-следственная цепочка: солнечная активность - возмущение электромагнитного поля Земли - реакция организма, так как главным возбудителем жизнедеятельности на нашей планете является солнечное излучение со всеми его электронными и ионными потоками и спектрами. Многочисленные исследования показали, что изменения погодных условий и прежде всего перепады атмосферного давления оказывают существенное влияние на частоту обострений и течение ряда заболеваний, увеличивают вероятность умереть от них. Наиболее сильная зависимость выявлена при болезнях органов дыхания, сердца и сосудов. Многие заболевания имеют выраженное географическое распространение (злокачественные новообразования кожи, желудка, легких и бронхов, крови и кроветворной системы, инфекционные и паразитарные болезни и др.). От состава микроэлементов в почве и в воде также зависит появление и течение ряда заболеваний.

Вмешательство человека в естественную природную среду должно быть не только экономически, но и медико-гигиенически целесообразно и обоснованно.

Основные подходы в социальной работе. В социальной работе различают следующие основные направления:

1) Индивидуальная психотерапия, которая берет начало в социальной работе, проводившейся крупнейшими американскими организациями в конце XIX - начале XX в. Развитие этого направления связано с именем Мэри Ричмонд (ею написаны книги "Дружеский визит к беднякам: руководство для работающих в благотворительных организациях" (1899), "Социальные диагнозы" (1917). Центральным моментом индивидуальной психотерапии является способность в каждом конкретном случае произвести оценку, поставить социальный диагноз и взять его за основу при выборе метода помощи. Социальный диагноз предполагает оценку, как личности клиента, так и его социального положения. В качестве методов социального диагноза выступают косвенный метод лечения и непосредственный метод. Суть косвенного метода состоит в воздействии на среду, в возможности посредством изменения социального окружения влиять на жизненную ситуацию клиента в благоприятном для него направлении. Непосредственный метод заключается, по выражению Ричмонд, в воздействии "ума на ум", т. е. при помощи предложений, уговоров, советов, а также рациональных дискуссий клиент вовлекается в выработку и принятие решения. Для подобного воздействия чрезвычайно важно установить прочные доверительные отношения между социальным работником и клиентом.

2) Диагностический подход - направление в индивидуальной психотерапии, разработанное школой управления служб социальной работы при Чикагском университете колледжа Смита (1918). Для этой школы характерен ак-

цент на установлении точного диагноза и последующем лечении. Для дифференцированного лечения требовалось собрать как можно больше объективных данных о клиенте и о его ситуации. На диагностическую школу большое влияние оказал психоанализ Фрейда, в частности теория психического детерминизма бессознательных процессов в психическом аппарате и значения переживаний раннего детства. Более важное значение приобретала оценка личности клиента, нежели оценка ситуации. В результате отношения между социальным работником и клиентом превращались в довольно авторитарные, в которых социальный работник выступал как посторонний эксперт, в чью задачу входило лечение клиента, т. е. изменение его как личности и изменение его адаптации к окружающей среде.

3) Функциональный подход - направление, связанное с Пенсильванской школой социальной работы (1930), по подготовке специалистов по индивидуальной психотерапии. Эта школа находилась под влиянием идей Отто Ранка, который полагал, что существенными в ситуации лечения являются отношения терапевта и пациента, а не детские впечатления клиента. Функциональная школа взяла за основу в первую очередь представления Ранка о желании перемен у клиента, его способности к восприятию помощи, а также о начальных процессах и разделении функций в ходе лечения. Функциональная школа построила свою методику индивидуальной психотерапии вокруг самого аппарата помощи, того, как он должен быть организован, и вокруг проблемы предоставления и приема помощи. Здесь на клиента возлагалась большая ответственность за изменения. Задача социального работника состояла в том, чтобы сделать возможным для клиента принятие помощи. Позже функциональная школа обратилась к идеям так называемой гуманистической психологии, например, к понятию Маслоу о самоактуализации личности и представлениям Карен Хорни о том, что человек внутренне всегда стремится к чему-то позитивному, находится в состоянии постоянного роста и развития.

4) Социально-психологический подход - это направление получило развитие в трудах Г.Гамильтона (1930), одного из теоретиков диагностической школы, которая находилась под воздействием гештальтпсихологии. Ею введено в обращение понятие "личность в ситуации". Это, по ее мнению, трехкратный образ: личность, ситуация и, прежде всего, интеракция между личностью и ситуацией. Изучение и понимание данного образа и составляет социально-психологический подход. Д.Холлис (1964) разработала ряд принципов, на которых должна строиться социально-психологическая работа:

Социальный работник должен принимать своего клиента таким, каков он есть, проявляя к нему интерес и уважение.

В центре внимания должны быть потребности клиента.

Понимание клиента должно быть научно обоснованным и объективным.

Социальный работник должен уважать право клиента на принятие собственного решения.

Возникают моменты, когда социальный работник обязан взять на себя ответственность, с тем, чтобы клиент не нанес ущерба самому себе и другим.

Остеопороз - дистрофия костной ткани с перестройкой ее структуры, характеризующаяся уменьшением числа костных перекладин в единице объема кости, истончением, искривлением и полным рассасыванием части этих элементов. Является причиной переломов костей, особенно у женщин и лиц пожилого возраста.

Патронаж - форма правовой защиты личных и имущественных интересов граждан. Патронаж устанавливается над совершеннолетним дееспособным гражданином, который по состоянию здоровья не может самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять обязанности. Патронаж является разновидностью попечительства.

Попечитель (помощник) совершеннолетнего дееспособного гражданина может быть назначен органом опеки и попечительства только с согласия такого гражданина. Попечитель обязан заботиться о создании своему подопечному необходимых бытовых условий, об обеспечении его уходом и лечением, защищать его права и интересы.

Распоряжение имуществом, принадлежащим совершеннолетнему дееспособному подопечному, осуществляется попечителем (помощником) на основании договора поручения или доверительного управления, заключённого с подопечным. Совершение бытовых и иных сделок, направленных на содержание и удовлетворение бытовых потребностей подопечного, осуществляется его попечителем (помощником) с согласия подопечного.

Патронаж над совершеннолетним дееспособным гражданином может быть прекращён по требованию гражданина, находящегося под патронажем. Попечитель (помощник) гражданина, находящегося под патронажем, освобождается от выполнения лежащих на нём обязанностей в случаях, предусмотренных в отношении опекунов и попечителей.

Первая медицинская помощь - комплекс срочных простейших мероприятий для спасения жизни человека и предупреждения осложнений при несчастном случае или внезапном заболевании, проводимых на месте происшествия самим пострадавшим (самопомощь) или другим лицом, находящимся поблизости (взаимопомощь).

Пожилые люди - генерация лиц старшего возраста, в которой согласно классификации ВОЗ ООН, выделяют четыре подгруппы: собственно пожилые (55-64 года), старые (65-74 года), очень старые (75-84 года), престарелые (85 лет и старше). В некоторых случаях выделяют подгруппу долгожителей (свыше 100 лет). Наряду с физическим возрастом, следует учитывать социальный возраст, функциональные, этнические и половые признаки. Динамика последних десятилетий подтверждается рост продолжительности жизни в мире и в России в частности, хотя этот рубеж у нас несколько ниже, чем в развитых странах мира. В Российской Федерации он отличается большим числом женщин среди граждан пожилого возраста, этнической особенностью (наиболее быстро стареет русская часть населения), около 60% женщин старше 70 лет вдовствуют, неравномерностью распределения по субъектам РФ.

Социальные условия жизни пожилых людей характеризуются следующими основными проблемами:

- ограничение жизнедеятельности, связанное с состоянием здоровья (наиболее распространенные хронические заболевания - артрит, сердечно-сосудистые заболевания, снижение слуха и зрения, ортопедические заболевания);
- занятость (как правило, до 70% данной категории не работают или частично заняты);
- материальное положение (размеры пенсий гораздо ниже заработной платы, высокий уровень инфляции, высокая стоимость медицинского обслуживания, ограничение системы социального обеспечения и связанных с нею льгот);
- психическое здоровье (усиление отклонений в психике, что связано со снижением подвижности психических процессов).

Практическая социальная работа с пожилыми людьми должна исходить из принципов комплексности и системности, компетентности и подготовленности специалистов.

Потребительская корзина - минимальный набор продуктов питания, непродовольственных товаров и услуг, необходимых для сохранения здоровья человека и обеспечения его жизнедеятельности. Потребительская корзина для основных социально-демографических групп населения в целом по Российской Федерации и в субъектах РФ определяется не реже одного раза в пять лет на основе методических рекомендаций, разрабатываемых с участием общероссийских объединений профсоюзов, в порядке, установленном Правительством России.

В субъектах Российской Федерации потребительская корзина устанавливается законодательными (представительными) органами субъектов РФ по представлению органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом природно-климатических условий, национальных традиций и местных особенностей потребления продуктов питания, непродовольственных товаров и услуг основными социально-демографическими группами населения при наличии заключения экспертизы, проводимой в порядке, определяемом Правительством России. Потребительская корзина в целом по Российской Федерации устанавливается Федеральным законом.

Права пациента - установленный законодательством и защищаемый принудительной силой государства перечень возможных видов (моделей) поведения и требований лица, обратившегося за медицинской или социальной помощью или получающего помощь. Права пациента сформулированы в статьях 30 и 31 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан".

Проблемы медицинские пожилых людей - наиболее часто встречающиеся у пожилых людей заболевания и патологические состояния:

- артриты (45 - 55%);
- проблемы зубов (40 - 60%);
- гипертония (35 - 45%);
- коронарная болезнь (30 - 40%);
- нарушения зрения (30 - 40%);

- остеопороз (25 - 60%);
- нарушения слуха (20 - 35%);
- ортопедические заболевания (18%);
- катаракта (17%);
- сахарный диабет (10%);
- депрессия (10 - 20%);
- сосудистые заболевания (10- 20%);
- функциональная зависимость (10 - 15%);
- нарушение зрения (8%);
- варикозное расширение вен (8%).

Проблемы психологические пожилых людей:

- замедление и ослабление психических процессов (мышления, внимания, памяти, способности к адаптации и др.);
- утраты (родные, близкие, знакомые, те, с кем связана большая часть жизни, связаны воспоминания);
- низкая самооценка своего положения, потеря самоуважения (пенсионер, старик) из-за традиционных представлений о старости (списать в архив, на мыло, сойти с круга, был конь, да изъездился, укатали сивку...);
- антивитаальные и суицидальные чувства и мысли;
- ненужность семье, друзьям, привычному окружению, производству, стране;
- депрессия;
- страхи;
- ощущение, что жизнь в тягость;
- отсутствие положительной жизненной перспективы, переживание приближающейся смерти;
- дефицит общения;
- одиночество (отсутствие свидетелей и соучастников прошлого, отсутствие интереса у молодых к опыту прошлого, отсутствие интереса к современным проблемам);

Прогноз восстановления функций - научно обоснованное предположение о степени восстановления функциональных возможностей органа или системы органов, пораженных патологическим процессом.

Протезирование - восстановление функций или устранение косметических дефектов поврежденных органов или частей тела с помощью протезов. *Анатомическое* протезирование проводят с целью устранения косметического дефекта; *атипичное* - по индивидуальному плану, когда не представляется возможным использовать стандартные схемы; *лечебное* - с целью восстановления функции органа.

Психиатрия - отрасль клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику и распространенность психических болезней, разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики, порядок и методы экспертизы и реабилитации психически больных.

Психиатрия геронтологическая - учение о психических болезнях позднего возраста. Последний подразделяется на предстарческий (45-65 лет) и старческий (65-75 лет и старше). Соответственно включенные в психиатрическую геронтологию заболевания делятся на предстарческие (инволюционные и пресенильные) и старческие (сенильные). Предстарческие психозы включают инволюционную депрессию (депрессию позднего возраста), пресенильный бред ущерба, инволюционный параноид (бред преследования и ревности), грубые ослабоумливающие атрофические болезни мозга - болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона. Немаловажными условиями развития этих болезней становится климакс (им чаще болеют женщины), изменение социального и материального статуса, например, в связи с выходом на пенсию, процесс естественной морфо-функциональной инволюции. Сенильные психические болезни включают старческое слабоумие, реактивные состояния старческого возраста, психические расстройства сосудистого происхождения (атеросклероз сосудов головного мозга). Немалую роль в их развитии играют процессы естественной атрофии, в том числе вещества мозга; общее одряхление; потеря супруга, одиночество, беспомощность. В связи с этим реабилитация и профилактика психических болезней позднего возраста тесно связаны с психической и социальной активизацией больных, привлечением их к посильному труду, поддержанием физической активности и социальных контактов. Немалое значение приобретает помощь и уход за одинокими и беспомощными, создание вокруг них "положительного эмоционального пространства".

Психигигиена - раздел гигиены, разрабатывающий и осуществляющий мероприятия, направленные на сохранение и укрепление психического здоровья людей. Она тесно связана с экологией, так как высокая степень загрязнения окружающей среды, злоупотребление лекарственными препаратами, насыщенность среды электрическими и магнитными волнами, и пр., чревато серьезными нарушениями психики; социологией - поскольку условия жизни и деятельности людей, их реальный социальный статус имеют большое значение для их психического состояния; педагогией - ибо воспитание человека закладывает основу его психического здоровья или нездоровья в будущем; психологией - потому что только зная и понимая психологию отдельных людей и системы их общения можно осуществлять серьезные психогигиенические прогнозы; психотерапией - которая может служить базисом для психокорректирующих программ, снижающих подверженность людей психогениям.; психиатрией - так как без знания психических болезней и мероприятий, направленных на их профилактику, нельзя говорить о полноценном осуществлении программ укрепления психического здоровья. Существуют следующие разделы психигигиены: возрастная психигигиена (детства, подростковая, пожилого и старческого возраста); психигигиена труда и обучения; психигигиена быта, семьи и больного человека. Большое значение для психигигиены имеет санитарное просвещение, основные задачи которого в этой области - освещение проблем психического здоровья и психической болезни, возможностей корректирования неблагоприятных психоэмоциональных состояний, связи психического и физического здоровья, ранних проявлений психической неустойчивости, утомления и истощения.

Психические расстройства у пожилых - по данным отечественной и зарубежной медицинской статистики, от 10 до 25% всех лиц старше 60-65 лет страдают психическими нарушениями различной тяжести. Психические расстройства у пожилых различаются по своему происхождению, причинам и протеканию. У одних людей - это заболевания, возникшие в более молодом возрасте, но обострившиеся после начала старения, у других - психические расстройства, преимущественно либо всегда возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением. К последним относятся предстарческие психозы или то, что называют старческим слабоумием. В отличие от врожденного, приобретенное слабоумие (деменция) появляется на склоне лет и обусловлено мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью.

Предстарческие (пресенильные) психозы возникают в возрасте от 45 до 60 лет и проявляются либо депрессией, либо бредом ущерба и преследования. Депрессия оборачивается тревогой, мнительностью, уверенностью в тяжелом, неизлечимом заболевании. Речь таких больных возбужденная: у них возникают попытки самоубийства. Пресенильный бред порой трудно отличить от действительных жалоб. В качестве обидчиков обычно называют соседей и родственников. Предстарческие психозы могут быть спровоцированы трагическими ситуациями или тяжелыми соматическими заболеваниями. Со временем и при лечении острые тревожно-депрессивные и бредовые проявления утихают, сменяются унылым пессимизмом, некоторым ослаблением памяти и снижением интеллекта, но не слабоумием. Течение болезни - монотонное и многолетнее, полное выздоровление, как правило, не наступает. Сенильная деменция - старческое слабоумие, которое обычно случается в возрасте 65-85 лет, хотя возможны и более ранние, и более поздние сроки. Болезнь подкрадывается почти незаметно, на начальном этапе заболевания индивидуальные психологические особенности заостряются, утрируются, но по мере развития болезни они сглаживаются. Наступают патологические изменения личности, типичные именно для старческого слабоумия. Врачи называют это состояние сенильной психопатизацией личности. На данной стадии старики теряют свой прежний облик и манеру поведения: появляется плюшкинская скупость, черствость, безразличие к любимым детям и внукам; пропадают увлечения и интересы, присущие этому человеку всю жизнь, в том числе самые элементарные: почитать газету, посмотреть телевизор. У больных утрачивается ориентация во времени, они иногда путают вечерние сумерки с ранним рассветом, и наоборот. Они легко могут заблудиться, не могут назвать свой адрес, путаются, плачут. Со временем память при сенильной деменции опустошается настолько, что больные не могут ответить - сколько у них детей, как их зовут, не могут назвать свой возраст, фамилию. У части больных происходит "сдвиг памяти в прошлое", они воспринимают себя в раннем возрасте, спрашивают, куда ушли давно умершие родственники, называют окружающих их именами. Речь у таких больных сохраняется гораздо дольше, чем память, но и она со временем становится бессистемной, превращается в бессмысленную болтовню.

Порой психическое расстройство протекает на фоне относительного физического здоровья. В этом случае больные доживают до полного маразма, а от

начальных признаков слабоумия до летального исхода проходит от 2 до 10 лет. Само по себе слабоумие, не смертельно, смерть наступает от других заболеваний.

Рассеянный склероз - хроническое прогрессирующее заболевание, которое характеризуется симптомами диффузного поражения центральной и периферической нервной системы, главным образом двигательных, реже чувствительных проводящих путей.

Реабилитация (восстановительное лечение) - это процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Восстановительное лечение необходимо, когда у пациента значительно снижены функциональные способности, способности к обучению, нарушены трудовая деятельность, социальные отношения и т. д.

Восстановительное лечение является частью ежедневного ухода за больным.

При восстановительном уходе главная цель состоит в том, чтобы помочь больному стать функционально полноценным и независимым от посторонней помощи настолько это возможно, несмотря на то, что он не может быть таким, как прежде. Восстановительный уход уменьшает последствия болезни, а у людей с инвалидностью - последствия инвалидности. При восстановительном лечении необходимо помогать больным, но не делать ничего за них. По возможности следует стремиться к тому, чтобы больной самостоятельно выполнял правила общей гигиены, например, чистил зубы, умывался, причесывался, принимал пищу. Прежде, чем выполнять какие либо действия по уходу, узнайте у больного, что он может делать самостоятельно, и поощряйте его это делать. Не забывайте о том, что в связи с болезнью и ее последствиями, больные могут утратить навыки повседневной жизни, которыми они владели до болезни. Вовлечение больного в занятия поможет ему приобрести навыки и способности, необходимые для преодоления жизненных проблем. Поэтому больного необходимо постепенно обучать этим навыкам и дать ему возможность приспособиться к болезни и жить более полноценно. В тех случаях, когда возможности больного выразить свои потребности и желания ограничены, необходимо помочь больному активизировать его участие в освоении навыков.

Реабилитация инвалидов в России - Законом РФ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (1995 год) предусмотрены три вида реабилитации инвалидов:

- медицинская (восстановительная терапия, реконструктивная хирургия, протезирование, ортезирование) - направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции, на замедление прогрессирования заболевания, поддержание сил и возможностей человека;
- профессиональная - предусматривает восстановление каких-либо утраченных профессиональных умений и навыков, обучение и переобуче-

ние на другую профессию, обеспечение необходимых условий для профессионально - производственной адаптации;

- социальная - предусматривает комплекс мер, облегчающих жизнедеятельность инвалида. К ним относятся:
- денежная, материальная помощь (дотации, пенсии, целевое единовременное пособие, компенсации);
- натуральная материальная помощь лекарствами, вещами, продуктами, техническими средствами и т. д.;
- социально-средовая интеграция (приспособление квартиры);
- социальное обслуживание (дневной стационар, обслуживание на дому, интернат);
- культурно-досуговый патронаж.

Конкретные объемы, виды, формы реабилитационных мероприятий, сроки проведения и исполнители отражаются в индивидуальной программе реабилитации инвалида, которая разрабатывается персонально для каждого реабилитанта в соответствии с Постановлением Министерства труда и социального развития "О примерном положении об индивидуальной программе реабилитации инвалидов" (1996).

Предусмотрены два вида программ:

- стратегическая: формируется на основе заключения медико-социальной экспертизы на продолжительный период в зависимости от основных целей и задач реабилитации; она разрабатывается в бюро МСЭ;
- тактическая: определяется на более короткий период для решения конкретных задач реабилитации с учетом ее этапа; она составляется реабилитологами реабилитационных учреждений, в том числе врачами, социальными работниками, на основе стратегической программы.

Оба вида программ носят рекомендательный характер. Инвалид может отказаться от того или иного мероприятия, а также от программы в целом. Все реабилитационные мероприятия проводятся только с согласия пациента или его представителя.

Предусмотренный нормативно-правовыми документами комплекс мер по социальной защите инвалидов необходим для поддержания приемлемого уровня их жизни, для преодоления средовых барьеров и приспособления среды обитания, для интеграции инвалидов в общественную жизнь.

Рекреация - составляющая образа жизни, процесс восстановления жизненных сил, которые частично утрачиваются в сфере труда и в повседневных делах; находится в тесной связи с понятиями свободного времени, досуга, неупитанных форм культурной активности. Рекреация может быть в форме сна, принятия оздоровительных процедур, перерыва в работе, смены событий, переключение на другой вид деятельности.

Ресоциализация - процесс повторной социализации индивида, осуществляемый при условии, что знания и навыки, приобретенные ранее в ходе социализации, не способствуют социокультурной адаптации или, обуславливают социально неприемлемое поведение. Ресоциализация подразумевает де-

конструкцию ранее сложившихся стереотипов поведения и замену их новыми, более функциональными или социально приемлемыми.

Роль социальная - устойчивая совокупность функций, направленная на достижение социально полезных результатов в стандартных ситуациях социального взаимодействия. Роль социальная - модель поведения, выполняющего определенные социальные функции человека, объективно заданная социальным статусом или позицией личности в системе общественных или межличностных отношений. Исполнение социальных ролей должно соответствовать принятым социальным нормам и ожиданиям окружающих вне зависимости от индивидуальных особенностей личности, поскольку социальная роль вытекает из индивидуальных социальных отношений и взаимосвязи между людьми, осуществляющими совместную деятельность. В ролевом описании общества любая ролевая группа предстает в виде набора определенных социальных позиций (рабочий, фермер, муж, студент, солдат, ученый и др.), находясь в которых человек обязан повиноваться "социальному заказу" или ожиданием других людей, связанных данной позицией или деятельностью. Выполняя такой "социальный заказ" человек осуществляет один из нескольких возможных вариантов исполнения социальных ролей, в которой происходит смыкание индивида и общества, превращение индивидуального поведения в социальное, сопоставление индивидуальных свойств и склонности людей с бытующими в обществе нормами, традициями, законами. И в зависимости от результата данного процесса идет отбор людей на те или иные социальные роли. Роли социальные различны по своей значимости, от обусловленных интересами больших социальных общностей и ролевых требований в сферах разделения труда и управления до отдельных функций в групповом и межличностном общении. Развитие социальных отношений и социальных институтов приводит к видоизменению и ломке социальных ролей, не отвечающих более объективным условиям общества. Наиболее радикальная ломка социальных ролей происходит в революционные периоды в процессе интенсивного социального развития. Человек в обществе исполняет одновременно множество ролей (друг, отец, муж, сослуживец, сын, сосед и т.п.). При этом возможны межролевые конфликты, обусловленные противоречивыми требованиями каждой из групп социальной структуры общества. Возможны и внутриролевые конфликты, так как люди по-разному представляют себе одну и ту же роль.

Самопомощь - совокупность социальных и социально-психологических средств, используемых отдельным человеком или определенной социальной группой с целью поддержания достойных условий своего существования и социальной активности. Значимость самопомощи особенно заметна в периоды социально-экономических и социально-политических изменений, происходящих в обществе, когда возрастает роль адаптивных механизмов различных категорий населения. Самопомощь направлена на улучшение и поддержание здоровья, предупреждение и ограничение болезней.

Свободное время - время, которое остается у индивида после выполнения им функций, предписанных системой общественного разделения труда. Свободное время - эта часть жизни, которая не занята ни оплачиваемой работой

(основной и дополнительной), ни учебой, ни обеспечением элементарных физиологических потребностей (сон, еда, гигиенические процедуры), ни постоянными домашними обязанностями (готовка, стирка, уборка, уход и опека за членами семьи, не способными к самообслуживанию). Свободное время человек может посвятить отдыху, восстановлению сил, потраченных на трудовую деятельность, самообразованию, техническому творчеству, общественной деятельности и др.

Сегрегация - установление социальных барьеров в отношении определенной социальной группы или категорий членов общества, установление большой социальной дистанции между ними и остальными членами общества; инициатива сегрегации может исходить как от общественности, так и от самих членов группы.

Ситуация жизненная - совокупность условий и структур поведения, имеющих индивидуальную и социальную значимость.

Смерть - необратимое прекращение жизнедеятельности организма, являющееся неизбежной заключительной стадией его индивидуального существования. Наступает после терминальных состояний, в частности, клинической смерти, и, будучи необратимым явлением, носит название биологической смерти. После ее констатации восстановление жизненных функций невозможно, и никакие реанимационные мероприятия не вернут человека к жизни.

В 60-х гг., после осуществления пересадки сердца, вновь возник спор о том, что считать фактом смерти. Научные дискуссии закончились принятием ВОЗ рекомендаций о признании основным в наступлении смерти прекращение деятельности головного мозга. В России инструкция по констатации смерти, признающая смерть человека как полную гибель головного мозга, была принята в 1986 г. Изучением процессов умирания, смерти, ее причин и проявлений трупных изменений занимается танатология. С августа 1993 г., в соответствии со статьей 46 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, момент смерти определяется врачом или фельдшером на основании официального положения.

Социальная защита - система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам или пожилым условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. Основными направлениями государственной социальной политики в отношении инвалидов и пожилых являются:

- профилактика инвалидности;
- медико-социальная экспертиза;
- реабилитация инвалидов и пожилых (медицинская, профессиональная, социальная), направленная на восстановление здоровья и личностного статуса инвалида или пожилого человека, его профессиональных или социальных связей;
- социальное обслуживание инвалидов и пожилых;

- создание безбарьерной среды, обеспечивающей нормальную жизнедеятельность лицам с ограниченными возможностями в различных сферах обитания.

Практическая реализация данных направлений социальной политики основывается на законодательных документах разных уровней. К ним относятся:

- Конституция Российской Федерации;
- Закон Российской Федерации "О социальной защите инвалидов" (1995);
- Закон Российской Федерации "О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" (1995);
- Закон Российской Федерации "О ветеранах" (1995) и т.д.

Социальная медицина - область медицины, которая изучает влияние социальных факторов на состояние здоровья населения и его отдельных групп и разрабатывает научно-обоснованные рекомендации для осуществления мероприятий по устранению и предупреждению вредного для здоровья населения влияния вредных факторов в интересах охраны и повышения общественного здоровья. Среди методов социальной медицины основное место занимают статистический, экономический, экспериментальный, социологический метод организационного эксперимента, раскрывающие особенности здоровья различных групп населения, условия их жизни и организация медицинской помощи.

Социальная медицина также является комплексной наукой и учебной дисциплиной, интегрирующая исторические, социологические, гигиенические, медико-демографические, организационные, информационные, экономические и другие подходы в медицине и здравоохранении. Наиболее перспективными являются комплексные социально-гигиенические исследования, сочетающие социологические, статистические, экономико-математические и иные методы, позволяющие более полно выявлять социальное опосредование здоровья. Среди главных направлений социальной медицины следует выделить комплексное изучение здоровья населения, организация, планирование и финансирование здравоохранения.

Социальная недостаточность - социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты.

Социальная поддержка - одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

Социальная помощь - периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

Социальная работа - профессиональная деятельность, имеющая целью содействие людям, социальным группам в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и реабилитации.

Термин "социальная работа" тесно связан с функционированием рыночной экономики, поскольку достижение ее эффективности сопровождается социальным расслоением. Если не создана сеть социальной поддержки, то обостря-

ются проблемы в социальной сфере, возникает социальная напряженность. В странах развитой рыночной экономики на протяжении десятилетий создавались и довольно успешно действуют институты социальной поддержки людей. Профессия "социальный работник" относится там к числу самых распространенных, а социальные структуры имеют как государственную, так и частную основу. В нашей стране наиболее актуальной проблемой в области социальной работы является признание ее как важнейшей деятельности, подтверждающей степень социальной защищенности личности, соблюдение первейших прав человека, уровень гуманизации общества.

Социальная работа может быть двух уровней: социальная профилактика по месту жительства, и специализированная социальная помощь: служба семьи, служба занятости населения, "телефон доверия" и т.п.

Разноплановость социальной работы предполагает, что социальный работник может выступать как социальный управленец, организатор, социальный педагог, социальный медицинский работник, психолог, юрист, социолог. Объектами деятельности социального работника являются: конкретный человек, семья, микрорайон, производственный коллектив, специализированные службы, профсоюзы, общества, благотворительные организации, сфера образования, здравоохранения, армия, правоохранительные учреждения.

Социальная реабилитация - восстановление юридического, социального, профессионального статуса. Индивидуальный процесс социальной реабилитации представляет собой восстановление у человека навыка к социальному общению, актуализация личностью правил и норм, принятых в данном обществе. Правовая реабилитация - обретение человеком всех юридических прав и гарантий, принятых в данном обществе, бытовая реабилитация включает в себя реабилитацию профессиональную, производственную, семейного статуса. К социальной реабилитации относится также проблема психологической реабилитации, прежде всего в вопросе обретения личностью прежнего или предпочитаемого социального статуса. В социальной работе приоритетное значение имеет проблема юридической и профессиональной социальной реабилитации.

- **Социальное обслуживание** - социальная поддержка, оказание социально-бытовых, социально-медицинских, психолого-педагогических, социально-правовых услуг и материальной помощи социальными службами, включая социальную адаптацию, абилитацию и реабилитацию граждан, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Государство гарантирует гражданам право на социальное обслуживание.

Учреждениями социального обслуживания независимо от форм собственности являются:

- комплексные центры социального обслуживания населения;
- территориальные центры социальной помощи семье и детям;
- центры социального обслуживания;
- социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних;
- центры помощи детям, оставшимся без попечения родителей;
- социальные, приюты для детей и подростков;
- центры психолого-педагогической помощи населению;

- центры экстренной психологической помощи по телефону;
- центры (отделения) социальной помощи на дому;
- дома ночного пребывания;
- специальные дома для одиноких престарелых;
- стационарные учреждения социального обслуживания (дома - интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома - интернаты для умственно отсталых детей, дома - интернаты для детей с физическими недостатками);
- геронтологические центры;
- иные учреждения, предоставляющие социальные услуги.

К предприятиям социального обслуживания относятся предприятия, оказывающие населению социальные услуги.

Порядок создания, деятельности, реорганизации и ликвидации учреждений и предприятий социального обслуживания независимо от форм собственности регулируется гражданским законодательством Российской Федерации.

Социальное обслуживание на дому - один из основных видов социальной работы. Основная цель - максимально продлить нахождение граждан в привычной для них среде обитания, поддержать их личностный и социальный статус, защитить их права и законные интересы. К числу основных надомных услуг, гарантированных государством, относятся:

- организация питания и доставка продуктов на дом;
- помощь в приобретении медикаментов, товаров первой необходимости;
- содействие в получении медицинской помощи и сопровождение в медицинские учреждения;
- помощь в поддержании условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями (уборка квартиры, стирка белья и т.д.);
- содействие в организации и проведении ритуальных услуг и в погребении одиноких умерших;
- организация различных социально-бытовых услуг (ремонт жилья, оплата коммунальных услуг и др.);
- помещение в стационарные учреждения органов социальной защиты населения и др.

Отделения социальной помощи на дому организуются при муниципальных центрах социального обслуживания или местных органах социальной защиты населения. Социальное обслуживание на дому производится бесплатно, с полной или частичной оплатой. Бесплатно обслуживаются одинокие граждане пожилого и старческого возраста, инвалиды, не получающие надбавку к пенсии на уход или имеющие трудоспособных родственников, обязанных содержать их по закону, но проживающие отдельно или проживающих в семьях, где подушевой доход ниже установленного для данного региона минимального уровня.

Социальные права - права, гарантирующие возможности для совершения действий и выбора любых вариантов социального поведения в рамках закона. Существует широкий диапазон социальных прав и свобод, предоставляемых гражданам Конституцией и текущим законодательством и реализуемых по

усмотрению участников социальных отношений. К основным социальным правам относятся:

- право на труд, включающее свободный выбор в качестве самостоятельного производителя или по трудовому договору;
- право на условия труда, отвечающие требованиям безопасности и гигиены, на вознаграждение за труд, защиту от необоснованного увольнения;
- право на отдых;
- право на охрану здоровья, в том числе на медицинскую помощь;
- право на благоприятную окружающую среду и на возмещение ущерба, причиненного здоровью или имуществу экологическими правонарушениями;
- право на социальную защиту, включая право на социальное обеспечение по возрасту и другим случаям, при этом гарантируется официально установленный прожиточный минимум;
- право на благоустроенное жилище;
- право на образование и выбор форм его получения;
- право на свободу художественного и технического творчества, а также на участие в культурной жизни и пользования учреждениями культуры.

Российское государство, разрабатывая и принимая соответствующие законодательные акты, согласует их с исходными позициями Всеобщей декларации прав человека (1948 г.), Заключительным актом Хельсинкского совещания (1975 г.), итогового документа Венской встречи (1989 г.) и др.

Социальные проблемы пожилых людей - специфические проблемы определённого социально-демографического слоя людей, возникающие в связи с выходом на пенсию и процессом старения. Для пожилых людей серьезными проблемами являются:

- поддержание приемлемого материального уровня жизни, особенно в условиях инфляции;
- получение качественной медицинской помощи и социальной поддержки;
- изменение образа жизни и адаптация к новым условиям;
- осознание естественности процесса старения, снижения физической активности, возможности активного передвижения и др.

В пожилом возрасте в связи с прекращением активной трудовой деятельности происходят изменения в условиях и образе жизни, в семейном и социальном положении. Получившая все большее распространение нуклеарная семья (состоящая из супругов и их подрастающих детей) приводит к изменению взаимоотношений и связей с пожилыми людьми. Человек в пожилом возрасте часто отделяется от ставших самостоятельными детей, а в старости остается в одиночестве; к этому добавляется проблема ослабления связей с обществом, близкими, потеря друзей и знакомых в связи с их уходом из жизни. Усиливающееся с возрастом одиночество является одной из острейших психологических проблем. Однако годы пожилого возраста (а это достаточно длительный пери-

од) могут быть активными и приятными. Многое здесь зависит от самой личности и ее окружения, от состояния здоровья и физической активности, а главное - от соответствующего психологического настроения. Задача социального работника заключается в его поддержании, а иногда и в создании.

Пожилые, как и люди других возрастных категорий, не свободны от собственного эгоизма. Это может выражаться в настоятельном требовании внимания и сострадания к себе в силу прежних жизненных достижений и заслуг. Иногда старики навязывают свою точку зрения молодым или вменяют им что-либо в обязанность. Подобные отношения чреваты взаимным раздражением и отчуждением. Чтобы исключить такую ситуацию, достаточно лишь всем осознать необходимость и полезность любого человека, и пожилого в том числе.

Социальный работник - специалист по уходу за престарелыми, нетрудоспособными гражданами. В развитых странах Западной Европы кадры социальных работников с середины XIX в. готовились в высших и средних специальных заведениях, религиозных учреждениях. В России социальных работников начали готовить в XVIII в., когда открылись приюты. Начиная с 1991 г. кадры социальных работников в РФ готовят ВУЗы, средние специальные учебные заведения. В должностные обязанности социального работника входит выявление одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан, проживающих в зоне обслуживания, нуждающихся в помощи и поддержке. Социальный работник доставляет на дом обеды, продукты питания, медикаменты, промышленные и иные необходимые товары, содействует в проведении уборок помещений, сдает и доставляет вещи в прачечную, химчистку, предметы домашнего обихода в ремонт, производит оплату коммунальных и других услуг. Оказывает необходимую доврачебную помощь (измерение температуры, накладывание горчичников, согревающих компрессов, вызов врача на дом). Организует ремонт жилого помещения, обработку приусадебного участка, снабжение топливом и т.д. Может выступать в качестве организатора по оказанию социальной помощи, поддержке и т.п. Должен знать санитарно-гигиенические требования по уходу за престарелыми и нетрудоспособными в домашних условиях, специфику работы с лицами пожилого возраста.

Социокультурная группа - статистическая совокупность людей или совокупность людей, связанных с определенными социальными отношениями (функциональными, межличностными), разделяющими одни представления, имеющих общие проблемы, паттерны поведения, ценностные ориентации.

Средняя продолжительность жизни - статистический показатель смертности населения, выраженный числом лет, которое в среднем предстоит прожить лицам, родившимся или достигшим определенного возраста в данном календарном году, если предположить, что на всем протяжении их жизни смертность в каждой возрастной группе будет такой, какой она была в этом же году.

Старение - длительный биологический процесс возрастных изменений организма, начинающийся задолго до старости и неизбежно приводящий к постепенно нарастающему ограничению приспособительных возможностей организма и увеличению вероятности смерти.

Старость - неизбежный, наступающий на смену зрелости период жизни человека, характеризующийся снижением компенсаторных возможностей и реактивности организма.

Субкультура инвалидов - совокупность стереотипов поведения, ценностных ориентаций, форм социокультурного участия и культурной коммуникации, а также способов социализации и инкультурации, определяющих инвалидов как особую социокультурную группу.

Трудная жизненная ситуация - положение, объективно нарушающее жизнедеятельность гражданина (инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом, болезнью, сиротство, безнадзорность, малообеспеченность, безработица, отсутствие определенного места жительства, конфликты, жестокое обращение в семье, одиночество и т.п.), которое он не может преодолеть самостоятельно, в связи с чем ему необходима помощь и поддержка социальных служб.

Учреждения социального обслуживания - учреждения, оказывающие населению социальные услуги.

Порядок создания, деятельности, реорганизации и ликвидации учреждений и предприятий социального обслуживания независимо от форм собственности регулируется гражданским законодательством Российской Федерации.

Физический недостаток - долговременный или постоянный дефект, заболевание, ограничивающее человеку выполнение определенных действий.

Различают физические недостатки:

- Легкой тяжести. Вызывают некоторые ограничения, но человек может приспособиться и научиться все, что ему необходимо.
- Средней тяжести. Для самообслуживания и выполнения других действий необходимы специальные вспомогательные приспособления.
- Тяжелые. Человек нуждается в постоянной посторонней помощи.

Эйджизм - обозначает дискриминацию, осуществляемую одними возрастными группами по отношению к другим. Обычно эйджизм проявляется по отношению к старшей возрастной группе, которая имеет самый низкий общественный статус. Эйджизм отражает глубоко укоренившееся у молодежи и людей среднего возраста неприятие старости - они проявляют личностное отвращение и неприязнь к старению, болезням, нетрудоспособности и испытывают страх беспомощности, бесполезности и смерти.

СОДЕРЖАНИЕ	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	3
1. Цели и задачи дисциплины, её место в учебном процессе	4
2. Содержание дисциплины	5
2.1. Распределение часов курса по темам и видам работ	
2.2. Тематический план лекционных занятий	6
2.3. Тематический план семинарских занятий	11
2.4. Самостоятельная работа (вопросы для самоподготовки)	12
3. Тесты для оценки остаточных знаний у студентов	13
4. Работа над рефератами	20
4.1. Требования к оформлению	
4.2. Защита рефератов	21
4.3. Темы рефератов	22
5. Критерии оценки знаний	23
ЛИТЕРАТУРА	24