Психология пожилого человека

**1. Общая характеристика пожилого возраста**

Пожилой возраст характеризуется нарастанием признаков старения и заболеваний, свойственных этому возрасту.

Процесс старения - генетически запрограммированный процесс, сопровождающийся определенными возрастными изменениями в организме.

В то же время старение реально создает много психологических трудностей: ведь это годы «вынужденной праздности», часто проводимые в отрыве от работы с ощущением контраста «той» и «этой» жизни, которая многими воспринимается как унизительная. Вынужденное безделье часто становится патогенным фактором в соматическом и психическом отношении, поэтому многие стараются остаться трудоспособными, трудиться и приносить посильную пользу.

Выделение периода старения и старости связано с комплексом социально-экономических, биологических и психологических причин.

Процесс старения неоднороден. Традиционно выделяют три градации периода геронтогенеза: пожилой возраст(для мужчин - 60-74 года, для женщин - 55-74 года), старческий возраст(75-90 лет) и долгожители(90 лет и старше). Но современные исследования показывают, что в последние десятилетия процесс старения замедляется. Человек 55-60 лет может совершенно не ощущать себя старым и по социальным функциям может находиться в когорте взрослых - зрелых людей. Так же и само старение внутри указанных фаз не является однородным: кто-то устает от жизни уже к 50 годам, а кто-то и в 70 может быть полным сил и жизненных планов.

Старению подвержены все телесные органы и системы организма, даже при оптимальных генетических и средовых условиях. В период жизни человека после зрелости происходит постепенное ослабление деятельности организма. Пожилые люди не так сильны и не способны, как в молодые годы, выдерживать длительную физическую или нервную нагрузку; общий запас энергии у них становится все меньше и меньше; утрачивается живость тканей организма, что тесно связано с уменьшением в них содержания жидкости. В результате такого обезвоживания суставы пожилых людей затвердевают. Если это происходит в костных сочленениях грудной клетки, то затрудняется дыхание. Возрастное обезвоживание приводит к иссушению кожи, она становится более чувствительной к раздражениям и солнечным ожогам. Иссушение кожи, в свою очередь препятствует потовыделению, которое регулирует поверхностную температуру тела. Из-за ослабления чуткости нервной системы пожилые и старые люди замедленно реагируют на изменения внешней температуры и поэтому больше подвержены неблагоприятному воздействию жары и холода. Происходят изменения чувствительности разных органов чувств, внешние проявления которых выражаются в ослаблении чувства равновесия, неуверенности поступи, в потере аппетита, в потребности более яркой освещенности пространства и т.д.

Многие исследования свидетельствуют о старении сердечно-сосудистой, эндокринной, иммунной, нервной и других систем, т.е. об отрицательных сдвигах, происходящих в организме в процессе его инволюции. Вместе с тем накапливаются материалы, которые приводят ученых к пониманию старения как чрезвычайно сложного, внутренне противоречивого процесса, для которого характерно не только снижение, но и усиление активности организма. С физиологической и психологической точек зрения, старость менее жестко связана с хронологическим возрастом, чем любой более ранний период жизни.

Сложность процесса старения выражается в усилении и специализации действия закона гетерохронии, в результате чего имеют место длительная сохранность и даже улучшение функционирования одних систем и ускоренная, происходящая разными темпами, инволюция других. Дольше всего сохраняются в организме те структуры и функции, которые тесно связаны с осуществлением основного жизненного процесса в его наиболее общих проявлениях. Хотя эволюционно-инволюционные процессы присущи всему онтогенезу в целом, именно в период старения разнонаправленность определяет специфику как психического, так и непсихического развития. Кроме того, все изменения в период старения носят индивидуальный характер.

Сложный и противоречивый характер старения человека как индивида связан с количественными изменениями и качественной перестройкой биологических структур, включая и новообразования. Организм адаптируется к новым условиям; в противовес старению развиваются приспособительные функциональные системы; активизируются различные системы организма, что сохраняет его жизнедеятельность, позволяет преодолевать деструктивные явления старения. Таким образом, можно сказать, что период позднего онтогенеза является новым этапом развития и специфического действия общих законов онтогенеза, гетерохронии и структурообразования.

Различного рода изменения человека как индивида, происходящие в пожилом возрасте, направлены на то, чтобы актуализировать потенциальные, резервные возможности, накопленные в организме в период роста, зрелости и формирующиеся в период позднего онтогенеза. При этом участие личности в сохранности индивидной организации и регуляции ее дальнейшего развития в период онтогенеза должно усиливаться

Типологии личности в пожилом возрасте.

. Конструктивный тип: характерны внутренняя уравновешенность, позитивный эмоциональный настрой, критичность по отношению к себе и терпимость к другим. Оптимистическая установка к жизни сохраняется после окончания профессиональной деятельности. Самооценка довольно высока, строят планы на будущее, рассчитывают на помощь окружающих.

. Зависимый тип - социально приемлем. Выражается в подчиненности супружескому партнеру или ребенку, в отсутствии высоких жизненных и профессиональных претензий. Эмоциональное равновесие поддерживается благодаря включенности в семейную среду и надежде на постороннюю помощь.

. Защитный тип: преувеличенная эмоциональная сдержанность, прямолинейность в поступках и привычках, стремление к «самообеспеченности». Расценивается как невротический тип.

. Агрессивно-обвинительный тип. Пожилые люди стремятся «переложить» на других вину и ответственность за собственные неудачи, не принимают свою старость, отгоняют мысль о выходе на пенсию, с отчаянием думают о утрате сил и смерти, враждебно относятся к молодым людям, ко всему «новому, чужому миру». Их представление о себе и о мире рассматриваются как неадекватные.

. Самообвинительный тип - обнаруживается пассивность, безропотность в принятии трудностей, склонность к депрессиям и фатализму. Чувство одиночества, покинутости, пессимистическая оценка жизни в целом, когда смерть воспринимается как избавления от несчастливого существования.

И.С. Конв качестве критерия для выделения социально-психологических типов пожилого человека использует направленность деятельности.

. Позитивные, психологически благополучные типы старения:

продолжение после выхода на пенсию общественной жизни, активное и творческое отношение;

устройство собственной жизни - материальное благополучие, хобби, самообразование; хорошая социальная и психологическая приспособленность;

приложение сил в семье, на благо другим ее членам. Хандры и скуки нет, но удовлетворенность жизнью ниже, чем в двух первых группах;

смысл жизни связывается с укреплением здоровья. Этот вид организации жизнедеятельность дает определенное моральное удовлетворение, но иногда сопровождается повышенной тревожностью в отношении здоровья.

. Отрицательные типы развития: агрессивные ворчуны; разочаровавшиеся в себе и в жизни, одинокие и грустные неудачники, глубоко несчастные.

Таким образом, пожилые люди не составляют монолитной группы. Изменения в период геронтогенеза зависят от степени зрелости конкретного человека как личности и субъекта деятельности. Имеются многочисленные данные о сохранении высокой жизнеспособности и работоспособности человека не только в пожилом, но и в старческом возрасте. Большую положительную роль в этом играет множество факторов: уровень образования, род занятий, зрелость личности и др. Особое значение имеет творческая деятельность личности как фактор, противостоящий инволюции человека в целом.

**2. Особенности мыслительной деятельности пожилого человека**

Понятие интеллекта очень близко к понятию мышление. Интеллект (от лат.intellectus - понимание, познание) - общие способности к познанию, пониманию и разрешению проблем. Интеллект - способность системы создавать в ходе самообучения программы (в первую очередь эвристические) для решения задач определенного класса сложности и решать эти задачи». Интеллект - способность человека к описанию явлений с помощью абстрактных моделей и манипуляций с ними.

Под современным определением интеллекта понимается способность к осуществлению процесса познания и к эффективному решению проблем, в частности при овладении новым кругом жизненных задач. Поэтому уровень интеллекта возможно развить, как и повысить или понизить КПД интеллекта человека. Часто эту способность характеризуют по отношению к задачам, встречающимся в жизни человека. Например, по отношению к задаче выживания: выживание - основная задача человека, остальные для него - лишь вытекающие из основной, или к задачам в какой-либо области деятельности.

Таким образом, интеллект - это, прежде всего, целеполагание, планирование ресурсов и построение стратегии достижения цели. Интеллект может актуализироваться только в информационном пространстве.

Каждый вид деятельности формирует свое информационное пространство. Способ образования его и использования строится по принципам организации интеллекта. Принципы организации вложения новой информации в информационное пространство, способы хранения и воспроизводства также соответствуют особенностям работы интеллекта, а именно - организации памяти, мышления [9, c. 6].

Интеллект как способность обычно реализуется при помощи других способностей, таких как: способности познавать, обучаться, мыслить логически, систематизировать информацию путем ее анализа, определять ее применимость (классифицировать), находить в ней связи, закономерности и отличия, ассоциировать ее с подобной и т.д. Существенными качествами человеческого интеллекта являются пытливость и глубина ума, его гибкость и подвижность, логичность и доказательность.

Любопытство - стремление разносторонне познать то или иное явление в существенных отношениях. Это качество ума лежит в основе активной познавательной деятельности [7, c. 89].

Глубина ума заключается в способности отделять главное от второстепенного, необходимое от случайного.

Гибкость и подвижность ума - способность человека широко использовать имеющийся опыт, оперативно исследовать предметы в новых связях и отношениях, преодолевать шаблонность мышления.

Логичность мышления характеризуется строгой последовательностью рассуждений, учётом всех существенных сторон в исследуемом объекте, всех возможных его взаимосвязей.

Доказательственность мышления характеризуется способностью использовать в нужный момент такие факты, закономерности, которые убеждают в правильности суждений и выводов.

Критичность мышления предполагает умение строго оценивать результаты мыслительной деятельности, подвергать их критической оценке, отбрасывать неправильное решение, отказываться от начатых действий, если они противоречат требованиям задачи.

Широта мышления - способность охватить вопрос в целом, не теряя из виду исходных данных соответствующей задачи, видеть многовариантность в решении проблемы.

Различное содержание деятельности требует развития определённых интеллектуальных способностей индивида. Но во всех случаях необходима чувствительность индивида к новому, актуальным проблемам, к тенденциям возможного развития ситуации. Показателем развития интеллекта является несвязанность субъекта внешними ограничениями, отсутствие у него ксенофобии - боязни нового, непривычного.

Существенное качество ума индивида - предвидение возможных последствий предпринимаемых им действий, способность предупреждать и избегать ненужных конфликтов. Одной из основных особенностей развитого интеллекта является способность к интуитивному решению сложных проблем.

Развитие отдельных качеств интеллекта определяется как генотипом данного вида, так и широтой его жизненного опыта. Негативным качеством интеллекта является ригидность мышления - его негибкость, предвзятое отношение к явлению, преувеличение чувственного его впечатления, приверженность к шаблонным оценкам.

Согласно Носко И.В., интеллект - это весьма общая умственная способность, которая включает возможность делать заключения, планировать, решать проблемы, абстрактно мыслить, понимать сложные идеи, быстро обучаться и учиться на основании опыта. Это не просто изучение книг, узкие академические знания или навыки проходить тесты. Напротив, по мнению учёного, интеллект отражает более широкую и глубокую способность познавать окружающий мир, понимать суть вещей и соображать, что делать в той или иной ситуации.

Фактором, нарушающим умственные способности является недостаточный уровень пробужденности, ведущий к тому, что человек живет в «полусне», которое не позволяет правильно толковать реальность.

Интеллектуальная активность выступает в качестве одного из факторов, тормозящих темп нарастания возрастных изменений психики на поздних этапах онтогенеза. В частности, Абрамова Г.С. отмечал, что развитие интеллекта, способность к обучению, постоянному самообразованию взрослого человека - огромная сила, противостоящая инволюционным процессам.

Интеллектуальная активность в пожилом возрасте позволяет использовать психологические резервы, которые лежат в основе активного долголетия личности.

По мнению Холодной М.А., Маньковского Н.Б., Бачинской Н.Ю., Лозовской Е.А., Демченко В. для пожилых характерно интенсивное развитие интеллектуальных возможностей человека.

Если сравнить результаты исследований с применением методики Векслера трех групп испытуемых: студентов (возраст 18 - 20 лет), людей среднего возраста (возраст 45-49 лет) и людей пожилого возраста (возраст 60 - 75), то стилевые характеристики интеллектуальной деятельности выявлялись в группах студентов и пожилых людей на основе использования комплекса методик, позволяющих диагностировать следующие основные когнитивные стили:

) полезависимость - поленезависимость (методика «включенные фигуры» Уиткина);

) ригидность - гибкость (методика словесно-цветовой интерференции Струпа);

) импульсивность - рефлективность (методика «сравнение похожих рисунков» Кагана);

) аналитичность - синтетичность.

На поздних этапах онтогенеза остаются без каких-либо существенных изменений те вербальные познавательные функции, которые связаны с запасом знаний, способностью к категориальному обобщению и пониманию значений слов. Более того, обе старшие возрастные группы значимо превосходят группу студентов по субтесту «Понятливость», что, по-видимому, обусловлено влиянием накопленного социального опыта (сформированностью социальных оценок происходящего, реалистичностью суждений и т.п.). В то же время уровень вербальных познавательных функций, требующих в качестве своего когнитивного обеспечения развитой оперативной памяти и способности к концентрации внимания, с возрастом явно снижается. Наконец, успешность выполнения невербальных заданий обнаруживает отчетливое постепенное снижение по мере приближения к пожилому возрасту.

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

Факт разнонаправленности в развитии вербальной и невербальной форм познавательной активности отмечался разными авторами. Определенные вербальные функции (информированность, запас слов) на протяжении возраста от 20 до 40 лет повышаются, затем следует период их стабилизации на максимально высоком уровне, но только с 60 - 70 лет наблюдается некоторое их снижение до уровня показателей 20 лет.

Поэтому можно сделать вывод о том, что речемыслительные, второсигнальные функции противостоят общему прогрессу старения. И сами претерпевают инволюционные сдвиги значительно позже всех других психофизиологических функций. Отметим, что речь следует вести не просто о второсигнальных (вербальных) познавательных функциях. Интеллектуальная сохранность на поздних этапах онтогенеза обеспечивается главным образом за счет работы механизмов понятийного мышления, которые, по-видимому, компенсируют снижение эффективности работы механизмов, обеспечивающих пространственные преобразования и оперативные формы переработки информации.

Представляют интерес обнаруженные различия между тремя возрастными группами по показателям «вариативности» познавательных функций. По мнению исследователей этот показатель косвенно характеризует степень интегрированное целостность структуры интеллекта: рост вариативности отдельных интеллектуальных составляющих свидетельствует о том, что с возрастом нарастают проявления дискоординации, дисбалансированное различных форм интеллектуальной активности.

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

Обращает на себя внимание различие в стилевых характеристиках интеллектуальной деятельности двух возрастных групп: юношеского и пожилого возрастов, что позволяет говорить о достаточной сохранности в пожилом возрасте фазы контроля интеллектуальной деятельности, а также свидетельствует о достаточной сохранности способности как к категориальному анализу, так и к категориальному синтезу. В свою очередь, в пожилом возрасте нарастают проявления полезависимости и ригидности, отмечается явная замедленность развертывания ориентировочной фазы интеллектуальной деятельности (возрастает время подготовки ответа при принятии решения в условиях неопределенности).

Итак, можно сделать выводы о неоднородности изменений познавательной деятельности в различных возрастных группах, что, по-видимому, является результатом сложной перестройки психической организации, характеризующейся, в первую очередь, сдвигами во всех звеньях саморегуляции.

При этом возрастные изменения предполагают формирование компенсаторных механизмов, обеспечивающих возможность функционирования познавательного отражения на новых уровнях его организации. Все изменения в организме в период старения носят индивидуальный характер. Особенностью пожилого возраста является ригидность мышления. Процессы мышления затормаживаются, что приводит к трудностям адаптации к новому положению, новому статусу, новой жизни. Но это не только физиологический процесс. Здесь большую роль играет отсутствие развития, нежелание дальше заниматься личностным ростом, мотивируя это отсутствием сил и «вообще ненужным делом, так как жизнь уже почти прошла».

**3. Особенности эмоционально-волевой сферы, память**

Эмоции человека - это, прежде всего переживание им актуальных ситуаций, его эмоционально окрашенное отношение к действительности и к самому себе, это совокупность чувств, связанных с окружающими событиями [4, c. 56].

Относительно старения эмоциональной сферы среди ученых не существует единого мнения. С одной стороны, выявлены биохимические сдвиги, располагающие по мере старения к более частому проявлению депрессивного и тревожного состояния, а с другой - не обнаружено существенного изменения высших эмоций у людей позднего возраста, хотя и подчеркивается полиморфизм их эмоциональной характеристики.

Пожилой возраст чаще всего отягощается как соматической, так и нередко психической патологией. Эта отягощенность выражается в совокупности неблагоприятных соматических сдвигов. В психике пожилого человека находят свое отражение практически все те физические недуги, которые к этому времени развиваются постепенно, а иногда даже и незаметно. Каждое из соматических нарушений отражается либо прямым, либо косвенным образом в сознании человека. Если такое нарушение не осознается, т.е. относится к физиологическим, биохимическим, биологическим и другим уровням, то оно все равно отражается в психике человека на неосознаваемом уровне, так или иначе сопровождается неприятными ощущениями и в дальнейшем - негативно окрашенными переживаниями этих ощущений [10, c. 327].

Пожилой человек нередко подходит к периоду своего старения отягощенный соматической патологией, которая так или иначе негативно отражается на психике. Более четко осознаваемым является комплекс изменений, вызываемых социальными коллизиями. К ним авторы относят такие социальные изменения, как уход на пенсию, проблемы семейных отношений, утрата воспитательной функции, социальных ролей, социального престижа [11, c. 24]. Изменения, происходящие на уровне индивида, состоят в том, что у пожилых людей значительно снижаются социальная и биологическая адаптивность, работоспособность, продуктивность деятельности, ухудшается общий фон самочувствия. Более сложными оказываются изменения на уровне личности, касающегося системы отношений к самому себе, окружающим людям, к миру в целом. При этом наблюдаются существенное снижение самооценки, неудовлетворенность собой, неуверенность в своих силах, обостряется чувство беспомощности, одиночества, происходит сужение интересов.

Таким образом, большое значение имеет социальная сторона жизни с ее ущербными для личности переживаниями потери прежних социальных ролей, уменьшения доходов, ограничения социальных контактов. Все это способствует развитию мнительности, неуверенности, сосредоточению интересов на здоровье и сугубо жизненных проблемах. Однако было бы ошибкой думать, что такие изменения эмоций распространяются на все пожилое население. Имеется большая категория лиц, у которых до глубокой старости сохраняется оптимистическое настроение, высокая работоспособность. Этому способствуют многие факторы, в том числе упорядоченный образ жизни, овладение специальными методами психической саморегуляции, наличие интересов, активная общественная жизнь, благополучная семейная ситуация.

Совершенно очевидно, что эмоциональные реакции на стрессовые обстоятельства жизни проявляются в виде депрессии, которую пожилые люди могут даже отрицать. В целом старческая депрессия проявляется в ослаблении аффективного тонуса, замедлении аффективной живости, отставленности аффективных реакций. Существуют определенные показатели, наличие которых должно вызывать тревогу за пожилого (бессонница, засыпание днем, неряшливость по отношению к себе или к дому и т.д.). Стрессы вызываются многими причинами: многочисленные потери - социальные, физические, профессиональные; неадекватная или неподходящая социальная обстановка; ограничение передвижения, которое ставит барьеры мобильности и социальных контактов; рост преступности в обществе.

Ведущая деятельность в старости может быть направлена либо на сохранение личности человека (поддержание и развитие его социальных связей), либо на обособление, индивидуализацию и «выживание» его как индивида на фоне постепенного угасания психофизиологических функций. Оба варианта старения подчиняются законам адаптации, но обеспечивают различное качество жизни и даже ее продолжительности. В литературе наиболее описан второй вариант старения, при котором возрастные изменения проявляются в качественно своеобразной перестройке организма с сохранением приспособительных функций на фоне их общего спада [11, c. 30-31]. Эта стратегия предполагает постепенную перестройку основных жизненно важных процессов и в целом структуры регуляции функций в целях обеспечения сохранности индивида, поддержания или увеличения продолжительности, жизни.

Таким образом, «открытая» система индивида превращается в «замкнутую». Оотносительная замкнутость в психологическом плане контура регуляции в старости проявляется в общем снижении интересов и притязаний к внешнему миру, эгоцентризме, снижении эмоционального контроля, «заострении» некоторых других личностных черт, а также в нивелировании индивидуальных качеств личности. Во многом эти личностные изменения обусловлены замкнутостью интересов старого человека на самом себе. Как отмечают многие авторы, неспособность старого человека что-либо делать для других вызывает у него чувство неполноценности, углубляемое раздражительностью и желанием спрятаться, чему способствует неосознаваемое чувство зависти и вины, которое впоследствии прорастает равнодушием к окружающим.

В этом случае картина эмоциональных переживаний приобретает специфическую старческую окраску, характерную для сенсорной депривации. Постепенная утрата значимых глубоких социальных связей проявляется в двух важнейших особенностях психической жизни: снижении поведенческого контроля и «истощении» чувствительности. Ослабление поведенческого контроля определяет нарастание эгоцентричности в старости, убежденности стариков в неоспоримой справедливости их позиции.

В гериатрической литературе достаточно подробно описаны собственно-возрастные (непсихотические) типичные эмоциональные переживания в старости. Указано, что в основе их лежат механизмы, отражающие состояние психического упадка, однако без признаков возрастно-органических психозов. Некоторые авторы не соглашаются с этой точкой зрения. Психический упадок, по их мнению, - следствие этих психозов, а не причина, причем следствие хоть и закономерное, но проявляющееся постепенно с довольно значительным латентным периодом.

Представление о нарушениях памяти как основном собственно-возрастном симптоме психического старения имеет широкое распространение. В первую очередь потому, что расстройства памяти являются первым симптомом возрастных органических психозов позднего возраста. Серьезные недостатки памяти - один из признаков деменции, наиболее распространенной формой которой является синдром (или болезнь) Альцгеймера [1, c. 487]. Однако мнестические расстройства выявляются и в картине благоприятного психического старения, когда на протяжении всего периода старения без изменений сохраняются все личностные и социальные характеристики человека.

Снижение функции памяти, ассоциируемое со старением как одним из ее частых признаков, наблюдается не у всех старых людей: часто исследователи не выявляют у практически здоровых лиц пожилого и старого возраста заметного снижения памяти. Более того, свыше 90% людей в возрасте 65 лет и старше показывают лишь несущественные ухудшения. Современные исследования свидетельствуют о несоответствии между субъективными жалобами престарелых на нарушения памяти и реальной способностью к запоминанию. Память, как и интеллектуально-логическая деятельность в целом, является сложной психической функцией, зависящей и от влияния других психических свойств (таких как настроение, психическая активность, установка), социальных факторов, а также от состояния физического здоровья [4, c. 107]. Выраженная тревога отрицательно сказывается на таких параметрах, как «логическая память», «психический контроль». Обнаружено, что негативные культурные установки на поздний возраст становятся актуальной причиной ухудшения памяти в старости.

Исследователи отмечают неравномерность снижения различных функций памяти с возрастом. В частности, оперативная память ухудшается быстрее по сравнению с кратковременной и объемом непосредственной памяти. Ослабление запоминания не является лишь «негативным» симптомом, оно имеет приспособительный характер, приводит к преобладанию запоминания только логического и систематизированного материала. Факт относительной сохранности логико-смысловой памяти поддерживается многими исследователями.

Исследования памяти позволяют сделать следующие выводы:

при определенных условиях ухудшение памяти частично обратимо у людей в возрасте до 80 лет;

кратковременная память страдает в той же мере, что и долговременная;

процесс старения памяти носит прерывистый характер с двумя периодами спада: 60 - 70 лет; после 80 лет. 70 - 80 лет - период относительной стабильности [4, c. 108-109].

Симптомы возрастного нарушения функции памяти отражают общие процессы старения в высшей нервной деятельности, основные закономерности этого процесса. Признается факт, что по мере старения увеличивается вероятность появления такого рода нарушений памяти. Исследования показали, что в тестах на повторение представители более старших возрастных групп менее продуктивны, чем представители более молодых групп. В тестах на узнавание различия между более молодыми и более пожилыми людьми менее заметны и часто вообще пропадают.

Проблема нарушений памяти тесно связана с проблемой особого отношения к прошлому или роли воспоминаний в жизни пожилого человека. Эта проблема широко обсуждается в литературе, большей частью имеющей отношение к психическим нарушениям в позднем возрасте. Особое отношение к прошлому составляет значительную часть психической жизни старого человека. Отношение к прошлому составляет основу субъективных переживаний за счет того, что в этом возрасте настоящее и будущее менее конструктивны, чем прошлые годы.

Существует феномен особой, эмоционально окрашенной обращенности пожилых людей к прошлому [2, c. 495]. В одном случае это непроизвольно возникающие в сознании пожилого человека воспоминания конкретного прошлого события, которое не имеет для него особого значения. В период, когда это событие происходило, оно не привлекало внимания и само по себе не носило исключительного характера. Тем не менее, возникая в памяти как бы помимо воли, это воспоминание не оставляет человека безразличным. В других случаях речь идет о положительно окрашенных воспоминаниях прошлого, к которым старый человек с удовольствием возвращается вновь и вновь.

Таким образом, одни авторы считают, что актуализация прошлого опыта, «уход в прошлое» занимают отчетливое место в старческой психике как при благоприятных формах старения, так и при собственно-возрастных психических расстройствах позднего возраста [6, c. 198]. Кроме того, функцией воспоминаний считается сохранение самооценки в условиях уменьшения физических и интеллектуальных способностей, сохранение целостности личности, создание идеализированной версии событий, которая оправдывала бы жизнь. Однако, по мнению других, исследования не подтверждают адаптивной функции воспоминаний. В одном исследовании, проводившемся в течение пятнадцати лет, выделены четыре группы пожилых людей с разной эмоциональной реакцией на воспоминания. Первая группа получала удовольствие от воспоминаний. У второй группы воспоминания были навязчивы, увеличивали тревогу и депрессию, были связаны с чувством вины и сожаления. Третья группа вообще не имела воспоминаний. Четвертая группа в процессе воспоминаний испытывала ностальгию и депрессию из-за контраста прошлого и настоящего. У здоровых пожилых имеется негативное соотношение между объемом воспоминаний и склонностью к депрессии. У пожилых с деменцией уровень воспоминаний низок, но повышается при успешной терапии, которая улучшает поведенческие и когнитивные функции, если ей предшествуют занятия по ориентации в реальности (ОР). Причем работа над воспоминаниями улучшает и обогащает отношения этих пожилых и обслуживающего персонала.

Повреждение кортикальных нейронов лишь минимально проявляется с возрастом у большинства людей, и даже в самом позднем возрасте такие нейроны остаются способными к реагированию, улучшая продуктивность интеллектуально-мнестической деятельности путем формирования дополнительных функциональных связей с другими нейронами. Уменьшение силы и объема психических процессов, снижение их подвижности отражают общую линию инволюции, являясь универсальным механизмом старения, которым обусловливается и характер интеллектуальной активности. Время возникновения и темп развития этих изменений, их тяжесть определяют ту конкретную почву, на которой формируется новый психосоциальный статус Пожилого человека. В основе индивидуального характера изменений психической деятельности в старости лежит гетерохронность в нарушениях памяти, интеллекта, творческих возможностей. Жизненный опыт, индивидуальные качества, уровень одаренности, присущие конкретному человеку, формируют собственные механизмы компенсации и адаптации к этим возрастным изменениям, определяя уровень интеллектуальной активности.

**4. Физиологические процессы старения и их влияние на личность**

пожилой память психология личность

Старение **-** физиологический процесс, сопровождающийся закономерно возникающими в организме возрастными изменениями, характер которых наследственно запрограммирован. Эти изменения распространяются и на физиологические механизмы регуляции гомеостаза, ограничивая адаптационно-компенсаторные реакции организма [12].

В результатеснижается способность организма поддерживать гомеостаз,·снижается устойчивость к стрессу и, наконец,·нарастающая возрастная дестабилизация жизненных функций заканчивается смертью.

Для процессов старения характерна:

гетерокинетичность, т.е. разная скорость развития возрастных изменений в различных тканях;

гетеротопность - неодинаковая выраженность процессов старения в различных тканях и органах;

гетерохронность - неодинаковое во времени появление выраженных признаков старения в различных тканях, органах и системах [8, c. 57].

Ускоряют старение:профессиональные вредности, тяжелый физический труд, стресс, частые болезни, различные аддиктивные наклонности.

Изменение массы тела и функций клеток. У мужчин после 35 лет жизни имеет место·увеличение на 0,2-0,8 кг жира ежегодно, примерно до 60 лет. Особенно этот процесс выражен у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни и имеющих усиленное питание. После 60 лет общий вес тела уменьшен, несмотря на увеличение жира в организме. Аналогичная направленность изменений массы тела характерна и для женщин. Безжировая масса тела линейно уменьшается после 20 лет, даже если человек сохраняет постоянный вес или полнеет. Доказывается это снижением с возрастом величины основного обмена, содержания калия в безжировой массе тела, а также уменьшением объема внутриклеточной воды и уменьшение общего синтеза белков в организме, в частности, в скелетных мышцах. Однако, обратное морфологическое развитие организма, начинающееся с 3-го десятилетия жизни, не в одинаковой степени влияет на органы. Атрофия поперечно-полосатой мускулатуры, печени, почек и лимфоидной системы отмечается с возрастом раньше и носит более выраженный характер, чем в мозге и сердце.

На снижение массы тела у стареющего человека влияет и начинающаяся деминерализация и пороз костей. Так, у людей старше 60 лет, кости могут уменьшать массу от 30 до 50% (к этому прибавляется также потеря воды даже нормально кальцинированными костями).

При старении: снижается интенсивность репликации ДНК, возникает фрагментация ее молекул; способность ДНК к репарации снижается; уменьшается количество вновь синтезируемых РНК; увеличивается содержание «неактивного» хроматина в ядре; нарушаются функции генов-регуляторов и, как следствие, очередность работы структурных генов в опероне; в результате возникают изменения в структуре синтезируемых белков, делающие их дефективными; количество лизосом и цитоплазматических белков в клетке уменьшается; происходят изменения в эндоплазматическом ретикулуме и аппарате Гольджи. Данные изменения приводят к снижению биосинтетической активности, пластических процессов в клетке.

Снижается интенсивность окислительных процессов и, следовательно, энергетический потенциал клеток. В результате, в клетках уменьшается содержание АТФ, креатинфосфата и гликогена, но активируется аэробный и анаэробный гликолиз, обеспечивая энергетические потребности клеток в стареющем организме.

При старении повышение концентрации холестерина в сыворотке крови увеличивает его содержание и в плазматической мембране, что повышает ее микровязкость. Это, в свою очередь, понижает активность связанных с мембраной ферментов (например, аденилатциклазы), что уменьшает содержание АМФ в клетке. Уменьшается концентрация большинства видов мембранных рецепторов, что понижает связывание клеткой гормонов и других биологически активных веществ.

Перечисленные изменения на уровне мембран снижают функциональную активность клеток. Например, накопление холестерина в плазматической мембране лимфоцитов понижает их иммунную функцию. В способных к делению клетках в силу этих же обстоятельств факторы роста менее стимулируют размножение клеток. Интенсивность микропиноцитоза уменьшается в мембранах многих клеток [12].

В стареющих клетках возбудимых тканей длительность потенциала действия и абсолютной рефрактерности увеличивается, а функциональная лабильность уменьшается, количество натрия внутри клеток увеличивается, а калия - снижается.

В стареющем организме нередко имеет место: явление иммунодефицита; снижение активности клеточных и гуморальных факторов иммунитета; снижение абсолютного числа лимфоцитов, Т-хелперов, но сохраняется обычное количество В-лимфоцитов; цитотоксический эффект снижен; уровни иммуноглобулинов G, А у пожилых людей составляют лишь 60% от уровня, характерного для молодых; снижение выработки антител, что понижает устойчивость пожилых к инфекциям.

С возрастом снижается количество ядросодержащих клеток в костном мозге и в нем увеличивается объем, занимаемый жировыми клетками. Так, у людей, в возрасте до 65 лет около половины костного мозга занято жировой тканью, а позднее уже 2/3 его замещаются жиром. Вероятно, эти потери гемопоэтических клеток усиливают остеопороз.

При старении более всего выражены количественные изменения в показателях эритрона.Снижение кислородной емкости крови ставят в причинную связь с возрастным снижением основного обмена, с часто обнаруживаемым у пожилых дефицитом железа, фолиевой кислоты и витамина В12.

С возрастом увеличивается средний объем эритроцита. К причинам, вызывающим увеличение среднего объема эритроцита у пожилых лиц, относят усиление перекисного окисления в мембранах клетки, курение и употребление алкоголя, воздействующие на цитоскелет эритроцитов.

У лиц пожилого возраста проявляются выраженные сдвиги в структуре и регуляторных механизмах гемостаза.После 40 лет происходит сдвиг баланса гемостаза в сторону увеличения прокоагулянтной активности крови и увеличение интенсивности внутрисосудистого тромбообразования. Однако, нарастание фибринолитической активности крови отстает от роста ее прокоагулянтной активности. В результате, коагулянтные свойства крови при старении повышаются. Этому способствует также более выраженное у пожилых, по сравнению с молодыми, повышение активности прокоагулянтного звена в ответ на активацию симпато-адреналовой системы при стрессе на фоне мало меняющейся фибринолитической активности. С другой стороны, с возрастом в эндотелии артерий постепенно снижается выработка активаторов плазминогена, уменьшается продукция простагландинов, что снижает антиагрегационную активность сосудистой стенки и создает предрасположение к внутрисосудистому образованию тромба.

К 55 годам максимальное потребление кислорода организмом почти на 27% ниже величин, отмеченных у 20-летних. Вместе с тем, физически активные люди сохраняют относительно высокое максимальное потребление кислорода во всех возрастных группах. Отсюда следует, что уровень максимального потребления кислорода больше отражает уровень физической активности, чем хронологию возраста [] 12.

Снижение аэробных способностей организма при старении находит объяснение в изменениях функции сердечно-сосудистой системы, в частности, в уменьшении с возрастом максимальной частоты сердечных сокращений у мужчин и женщин.

Отложение жиров в коронарных артериях ухудшает обеспечение кровью сердечной мышцы. Гипоксия миокарда приводит к инфильтрации его коллагеном, что уменьшает сократительную активность сердца, лимитирует его работу. В связи с этим, имеет место уменьшение ударного объема крови, индекса сократимости, систолического давления в левом желудочке, максимальной скорости укорочения волокон миокарда. С возрастом уменьшаются и возможности снабжения кровью тканей. Так, во внутренних органах, скелетных мышцах уменьшается плотность капилляров, увеличивается радиус диффузии, расширяется базальный слой стенок капилляров, уменьшается площадь суммарного артериального сечения. В ходе старения в кровеносных сосудах возникают атеросклеротические изменения, которые могут уменьшать кровоток в органах. В свою очередь, это оказывается причиной многих симптомов, таких как слабоумие, нарушения психических функций, изменения функций почек.

Потеря эластичности сосудистой стенки и увеличение сопротивления кровотоку в мелких артериях повышает общее периферическое сосудистое сопротивление. Это приводит к закономерному повышению системного артериального давления. Так, к 60 годам систолическое артериальное давление возрастает до 140 мм рт. ст., а диастолическое - до 90 мм рт. ст. У лиц старше 60 лет (включая и долгожителей) уровень артериального давления не превышает в среднем 150/90 мм рт. ст. Росту величин артериального давления препятствует как увеличение объема аорты, так и снижение сердечного выброса. Контроль кровяного давления с помощью барорецепторного механизма аорты и синокаротидной зоны с возрастом оказывается нарушен, что может быть причиной тяжелой гипотензии стариков при переходе в вертикальное положение. Гипотензия, в свою очередь, может вызывать ишемию мозга. Отсюда многочисленные падения у стариков, вызванные потерей равновесия и обмороком при быстром вставании.

В венах с возрастом развиваются явления флебосклероза, выражающиеся в распаде эластических волокон и замене их коллагеновыми, дегенерация эндотелия и основного вещества. В результате, у пожилых и стариков имеет место снижение тонуса и эластичности венозной стенки, что влечет за собой расширение венозного русла, снижение давления в венах. Присасывающее действие грудной клетки снижается, уменьшается величина венозного возврата, возникает явление венозного стаза.

Нарастание емкости сосудистого русла при одновременном снижении сердечного выброса увеличивает время общего кругооборота крови - от 47,8±2,7 с у 20-39-летних людей до 60,6±3,2 с у 60-69-летних и до 65,4±3,1 с в 70-79 лет. Замедление капиллярного кровотока способствует более полному насыщению крови кислородом в легких и более полной его отдачи в тканях, что, в известной мере, компенсирует как нарушение диффузионной способности легких, так и ухудшение тканевого кровотока с возрастом [12].

После 35 лет у мужчин и после 45 лет у женщин резко возрастает вероятность развития ишемической болезни сердца. В возрасте от 55 до 65 лет 13 из 100 мужчин и 6 из 100 женщин в США погибали от это болезни, хотя национальная программа борьбы за здоровый образ жизни в последние годы значительно снизила число этих заболеваний. Нарастание риска развития ишемической болезни сердца при старении во многом связывают с нарушением липидного состава крови (с гиперлипидемией), т.е. увеличением в ней уровня холестерина и триглицеридов. Но эти вещества не циркулируют свободно в плазме крови, а транспортируются ею в форме липопротеинов, поэтому точнее говорить о гиперлипопротеинемии.

Количество холестерина, оседающего в мембранах клеток, и, в том числе, в сосудистой стенке, зависит от соотношения в плазме крови липопротеинов, экстрагирующих холестерин из мембран (липопротеины высокой плотности - ЛПВП) и способствующих его внедрению в мембрану (липопротеины особо низкой плотности - ЛПОНП и липопротеины низкой плотности - ЛПНП).

Уровень ЛПВП отражает динамику движения холестерина из периферических тканей (включая сосудистую стенку) к печени, где он окисляется до желчных кислот и секретируется с желчью. ЛПНП и ЛПОНП - это средство транспорта жиров в организме к клеткам, в том числе, к гладким мышцах стенок артерий. В норме отношение липопротеинов, повышающих или понижающих уровень холестерина в мембранах, сбалансировано и коэффициент (ЛПНП+ЛПОНП)/ЛПВП, отражающий избыток холестерина в мембранах, низкий, но с возрастом он нарастает. Нарастание холестерина в мембранах клеток сосудов становится характерной чертой артериосуживающего процесса - артериосклероза. Этому способствует уменьшающаяся липолитическая и АТФ-азная активность в гладкомышеч-ных клетках сосудов. Отложение липидов в стенке сосудов вызывает кальцификацию и фиброзные изменения, в результате, артериальные стенки становятся суженными, ригидными и жесткими, делая кровоток в тканях более затрудненным. Этот процесс ускоряется употреблением пищи, богатой холестерином и ненасыщенными кислотами. Ряд факторов, например, физическая активность, могут увеличивать производство ЛПВП. Так, их уровень оказывается повышенным у стариков, использующих энергичные аэробные тренировки.

Атерогенное сужение сосудов сердца, ухудшающее кровоснабжение миокарда, может длительно не давать клинических признаков заболеваний. Но недостаточность снабжения миокарда кислородом может быть выявлена по изменениям электрической активности сердца при умеренной физической нагрузке. Наиболее выраженным признаком этого является горизонтальная депрессия S-T сегмента на ЭКГ. Оказалось, что в группе лиц с выраженной депрессией комплекса S-T до 1 мм во время физической нагрузки имеет место увеличение смертности в 4,6 раза чаще, чем у лиц того же возраста, но с нормальным сегментом S-T. Появление желудочковых экстрасистол во время физической нагрузки является другим признаком тяжелого ишемического атеросклероза сосудов сердца. Эта форма электрической нестабильности миокарда имеет большое прогностическое значение для ишемической болезни сердца.

Функции аппарата внешнего дыхания также обнаруживают снижение в ходе старения. Жизненная емкость легких снижается на 17,5 см3/ м2 поверхности тела в год вследствие роста ригидности грудной клетки, уменьшения силы дыхательных мышц и эластичности легких, ухудшения бронхиальной проводимости. Резервный объем выдоха значительно уменьшается по сравнению с объемом вдоха. Остаточный объем увеличивается на 13 см3/м2/год. Мертвое физиологическое пространство легких также увеличивается с возрастом.

У пожилых отмечается учащение ритма дыхания (до 22-24/мин). Во время вдоха сила дыхательных мышц расходуется в большем объеме на преодоление возросшего эластического и неэластического сопротивления. В покое это не заметно, но физическая нагрузка или стресс для осуществления вентиляции легких требуют больших, чем в молодом возрасте, затрат энергии со стороны дыхательных мышц.

После физической нагрузки часто возникает одышка, восстановление ритма и глубины дыхания до исходного уровня происходят медленно. Снижающаяся диффузионная способность легких и эффективность вдыхаемого воздуха могут вызывать артериальную гипоксемию. Коэффициент использования кислорода у пожилых ниже, чем у молодых.

У многих пожилых людей возникают затруднения глотания. Это во многом связано с возрастными изменениями ядер ствола мозга, контролирующих рефлекторный акт глотания. В затруднении глотания играет роль и уменьшение секреции слюны, ослабление условных и безусловных слюноотделительных рефлексов. У пожилых снижена активность амилазы слюны. Секреция желудочного сока снижается, уменьшается общая и свободная его кислотность, концентрация в нем пепсина, у 28% людей старше 60 лет наблюдается ахлоргидрия. Уменьшается и объем секретируемого желудочного сока. В слизистой оболочке желудка уменьшается количество обкладочных клеток, отмечается атрофия эпителия.

В панкреатическом соке уменьшается содержание протеолитических ферментов, липазы, амилазы вследствие ослабления секреторной функции поджелудочной железы. Снижен и ее секреторный ответ на гуморальные стимулы - холецистокинин-пакреозимин, секретин, соляную кислоту и др. Ворсинки слизистой тонкого кишечника становятся короче, в результате, уменьшается зона абсорбции, нарушаются процессы всасывания. Так, после 50 лет у многих людей имеет место нарушение абсорбции жирных кислот, аминокислот, витамина В12, кальция, железа, витамина Д. Моторная функция толстого кишечника уменьшена, дефекация затруднена, в связи с ослаблением активности центров пояснично-крестцового отдела, в которых замыкается рефлекторная дуга дефекации. Ослаблены и гастроколональный и дуоденоколональные рефлексы, усиливающие двигательную активность толстого кишечника. Ослабление перистальтики кишечника сопровождается запорами. Нарушение секреторной и моторной функции кишечника способствует размножению в желудочно-кишечном тракте микрофлоры, в том числе, патогенных для человека микроорганизмов. С возрастом уменьшается моторная функция желчного пузыря и его способность к эвакуации желчи.

У стариков понижена детоксикационная функция печени. В частности, это связано со сниженной способностью к синтезу цитохромов Р45О, основных элементов микросомального окисления в гепатоцитах.

Эндокринные функции. Возникающие при старении организма изменения в гормональной регуляции его функций могут развиваться: на уровне продукции гормонов, их концентрации во внутренней среде, на уровне связывающих гормоны белков и, наконец, на уровне их рецепции клетками. Эти изменения уменьшают ответ тканей-мишеней на действие гормонов. По мере старения снижается секреторная функция щитовидной, поджелудочной, половых желез, коры надпочечников, эпифиза, что выражается в уменьшении в крови концентрации тироксина (Т4) и трииодтиронина (Т3), уменьшении фиксации щитовидной железой радиоактивного йода. Одновременно имеет место замедление использования тироксина на периферии, деградация радиоактивного тироксина уменьшается приблизительно на 50% от 20 к 80 годам. Чувствительность гипоталамо-гипофизарного комплекса к ингибируюшему воздействию Т3 снижается, что может играть роль в возрастном повышении базального уровня ТТГ у здоровых пожилых мужчин и женщин.

В поджелудочной железенарушается соотношение а- и β-клеток за счет уменьшения последних. Содержание инсулина в островках Лангерганса мало изменяется с возрастом, но биологическая активность циркулирующего гормона уменьшена у стариков, реакция β-клеток их поджелудочной железы на гипергликемию снижена, по мере старения организма понижается чувствительность тканей к действию инсулина. Отсюда, у стариков возникает гипергликемия после приема пищи, в свою очередь, вызывающая реактивную гиперинсулинемию, которая обеспечивает использование глюкозы мышечной тканью. Одновременно гиперинсулинемия увеличивает массу жира, концентрацию в крови ЛПОНП, ЛПНП, триглицеридов и холестерина, что ускоряет развитие атеросклероза, формирует метаболическую иммунодепрессию. Последняя особенно опасна, т. к. иммунодефицит в 100-1000 раз повышает риск заболевания человека раком.

Продукция тестостерона в яичках у пожилых мужчинснижена. У стариков концентрация свободного плазматического тестостерона снижается до половины или 2/3 уровня, характерного для молодых мужчин. Параллельно увеличивается содержание в плазме тестикулярных эстрогенов и отношения - свободные эстрогены / свободный тестостерон. Эти гормональные сдвиги сопровождаются уменьшением массы яичек, размеров сперматогониев и числа сперматозоидов. Но сперматогенез сохраняется до глубокой старости. Либидо, частота половых контактов у стариков снижены. Вместе с тем, у мужчин половая потенция может сохраняться до 80-90 лет.

У женщин секреция эстрогенови их содержание в моче регулярно уменьшается от 30 к 50 годам. После прекращения репродуктивной способности у женщин секреция гонадотропинов переднего гипофиза возрастает, т. к. снижается секреция эстрогенов, и механизм отрицательной обратной связи уже не включается в регуляцию. У женщин в период глубокой менопаузы (после 60-65 лет) имеет место инволюция матки, истончение эпителия влагалища, атрофия вульвы, уменьшаются молочные железы.

В ходе старения организма снижается продукция полипептидных гормонов эпифиза.В надпочечниках продукция кортизола уменьшается, но в той же пропорции, что и метаболически активная масса тела. Его содержание в плазме не изменено, но процент обновления гормона замедлен.

Продукция альдостерона у стариков уменьшена, также как и содержание в плазме этого гормона.

У пожилых людей регуляция температуры тела нарушена. Это связано с недостаточностью контролирующих механизмов гипоталамуса в оценке температуры окружающей среды. Ответы на охлаждение у пожилых (мышечная дрожь, уменьшение кровотока в кистях рук, увеличение потребления кислорода) снижены или отсутствуют, отсюда - высок риск переохлаждения. Устойчивость организма стариков снижается также и к действию жары. Потоотделение начинается после длительного действия тепла на организм. После пребывания на жаре температура тела медленнее возвращается к нормальным величинам. Хотя у стариков увеличение кожного кровотока на действие жары более выражено, по сравнению с молодыми, но их максимальная способность к потению ниже. Однако, способность к акклиматизации и устойчивость акклиматизированнных пожилых людей к умеренному стрессу заметно не нарушается с возрастом. Пожилой возраст является лимитирующим фактором для энергичной работы во время жары.

Почки в процессе старения подвергаются изменениям в соответствии со сдвигами в системе кровообращения. Вследствие склеротических изменений в сосудах, значительные зоны почек в старости оказываются ишеминизированными. У стариков объем гломеруллярной фильтрации, плазменный почечный кровоток, концентрационная способность почек снижаются почти до 50%. Однако, порог плазменной концентрации глюкозы для экскреции в почках может даже повышаться, так что у пожилых с диабетом глюкозурия может быть недостаточно выражена. Лекарственные вещества могут накапливаться в организме стариков из-за недостаточности экскреторной функции почек. Из 185 продуктов метаболизма, определяемых в моче человека, не менее 60 изменяют концентрацию при старении. Многие старики страдают от никтурии (выделение ночью большой части суточного количества мочи), что соотносится с вышеотмеченной недостаточностью концентрационной способности почек.

Ухудшение слуха у пожилых связано с уменьшением эластичности барабанной перепонки и базилярной мембраны улитки, а также чувствительности волосковых клеток. Старческая тугоухость, нарушение звуковосприятия обусловлены атрофическими и дегенеративными изменениями в кортиевом органе и спиральном ганглии улитки. У части пожилых это сопровождается гиперчувствительностью к громкому звуку. С возрастом звон в ушах и ухудшение слышимости на расстоянии возрастают.

Среди пожилых людей около 32% имеют нарушение слуха, не позволяющее им пользоваться телефоном, почти 46% - не в состоянии читать, т. к. у них нарушена острота зрения.

С возрастом развивается липидная инфильтрация роговой оболочки глаза, вследствие чего, формируются, так называемые, старческие дужки, окаймляющие лимб. Хрусталик глаза с возрастом становится неэластичным, в результате чего, уменьшается аккомодативная возможность глаза и развивается пресбиопия (старческая дальнозоркость). В сетчатке развиваются новые кровеносные сосуды, их высокая проницаемость приводит к геморрагиям и экссудации. Изменения в стекловидном теле вызывают появление в нем небольших светонепроницаемых телец, которые воспринимаются как черные точки, проплывающие в поле зрения. Катаракта, глаукома, ретинопатия связаны с диабетом пожилых или с гипертонической болезнью, и их относят к болезням, сопровождающим процесс старения.

С возрастом число вкусовых луковиц уменьшается, одновременно снижается и продукция слюны. Оба эти обстоятельства притупляют вкусовые ощущения. Дегенерация обонятельных нейронов является причиной нарушения у пожилых людей восприятия запахов.

С возрастом проявляются видимые изменения кожных покровов. После 60 лет количество нефункционирующих капилляров и артериол нарастает, сальные, потовые железы и волосы подвергаются дистрофии. Кожа становится тоньше и легче травмируется. В результате даже после умеренных травм возникают многочисленные кровоподтеки. У стариков нередко проявляются долго незаживающие язвы кожных покровов, являющиеся следствием ранимости кожи. Реакция кожи пожилых людей на температурные и механические раздражители снижается, яркость пило моторного рефлекса и дермографизма уменьшаются. Цвет волос с возрастом меняется, что связывается с недостаточностью фермента тирозиназы, ответственной за формирование красящего пигмента волос.

Общая масса костей уменьшается, что связано со снижением их матрикса, числа костных перекладин, хотя кальцификация костной ткани изменяется мало. Это явление называется остеопорозом. При остеопорозе уменьшается как плотность длинных костей, так и позвонков, происходит разрежение губчатых костей. У женщин во время менопаузы потеря эстрогенов ускоряет этот процесс. Добавляющийся недостаток витамина Д может приводить к недостаточной кальцификации скелета - в результате возникает остеомаляция - размягчение костей с деформацией скелета. Оба эти процесса предрасполагают к переломам костей. Хрящи суставов изнашиваются, делаются тонкими. Межпозвоночные диски истончаются. Их истончение и разрастание остеофитов (патологических костных наростов на поверхности кости) тел позвонков приводит к тому, что остеофиты начинают давить на корешки спинномозговых нервов, на спинной мозг, вызывая острые боли - один из симптомов люмбаго, остеохондроза.

Изменения в нервной системе, возникающие при старении, в противоположность изменениям в скелетных мышцах, печени и почках, морфологическая инволюция которых при старении проявляется сравнительно быстро, развиваются медленно. Лишь между 60-70 годами начинает уменьшаться вес мозга и его объемы, уменьшается поверхность коры, увеличиваются размеры желудочков, их полости расширяются.

В коре плотность нейроновуменьшается с возрастом, хотя одновременно увеличивается количество клеток глии. У человека особенно выражено уменьшение числа нейронов в префронтальной и темпоральной зонах. Мозжечок теряет с возрастом до 25% клеток Пуркинье, ядра таламуса - до 18%. Следует подчеркнуть, что указанные изменения не отмечены в гиппокампе и стволе мозга, в двигательных нервах.

Таким образом, изменения числа нейронов в процессе старения выражены в одних ядрах или районах и почти не проявляются в других. Однако, химический состав ряда нейроновс течением времени значительно изменяется, что выражается, главным образом, во внутриклеточном накоплении липофусцина. Это вещество, содержащее до 50% липидов и 30% белков, появляется в ходе жизненного цикла очень рано и начинает аккумулироваться не только в нейронах, но и в клетках глии и микрососудов. Накопление липофусцина возрастает во время стрессов, при дефицитах витамина Е. Кроме липофусцина, в межклеточном пространстве у пожилый начинают накапливаться амилоидные субстанции. Липофусцин и эти субстанции представлены в, так называемых, старческих бляшках в коре мозга, в гиппокампе, в лимбической системе. Их число возрастает последовательно между 30 и 90 годами.

**5. Проблема принятия близости смерти**

Рано или поздно любой человек переживает эмоциональный шок, столкнувшись с проблемой конца собственной жизни. В каком-то из возрастов он должен разрешить для себя проблему примирения с окончанием жизни, попытаться осмыслить свой конец, преодолеть страх перед тем, что, не осмысляя начало, он должен непременно знать, что именно его жизнь как способ индивидуального существования кончится, и подвести итог прожитому. Фактически отношение человека к смерти мечется между двумя полюсами - страхом перед абсолютным небытием и надеждой на второе рождение.

Большинство известных истории, философии и науке попыток проникновения в феномен смерти также движутся в этих направлениях [6, c. 255].

Смерть с точки зрения буддизма.В буддизме главная цель - освобождение от страданий, и смерть, помогающую человеку в этом, он рассматривает как оптимальный финал жизни. Смерть не просто естественна, она желанна. После смерти человека могут ожидать три варианта судьбы: мгновенное перерождение (так называемое переселение душ, сансара), попадание в ад (до вселения в новое тело), уход в нирвану.

Смерть с точки зрения ислама.Физическая кончина не является итогом человеческого существования. Смерть переводит душу и тело в иные ипостаси. В исламе сложилось представление, что между смертью и Судным днем, когда Аллах будет окончательно решать судьбы всех людей, существует промежуточное состояние «бархаз» («преграда»). В этом промежутке тела умерших все еще обладают способностью чувствовать, хотя и находятся в могилах, а души умерших попадают либо на небеса (души мусульман), либо в колодец Барахут в Хадрамауте (души неверных).

Смерть с точки зрения христианства.Для христиан понятие смерти не исчерпывается чисто физическим смыслом, возвращением в прах. В православной богословской традиции смерть определяется двояко: как телесная и как духовная. Тело, когда умирает, теряет чувства и разрушается; а душа, когда умирает грехом, лишается духовного света, радости и блаженства, но не разрушается, а остается в состоянии скорби и страдания.

Смерть с точки зрения теософии.На раннем этапе теософии смерть трактуется как способ мистического богопознания, описывается как несомненная «потусторонняя» реальность. Второй период развития теософии рассказывает о воздушном царстве, состоящем из ряда «астральных плоскостей», которые составляют место обитания всех сверхъестественных существ. Считается, что подготовленные люди могут с помощью обрядов подниматься на плоскости и знакомиться с этими областями.

Смерть с точки зрения философии.Уже античные философы задумывались о природе, характере смерти. Платон: естественная смерть безболезненна и сопровождается скорее удовольствием, чем страданием. Киники и стоики относились к смерти с нарочитым презрением: если жизненные обстоятельства складываются так, что невозможно честно выполнять долг, то предпочтительнее покончить жизнь самоубийством, нежели добавлять в мир хаос.

Философы Рима и Греции возвели смерть на пьедестал. Хорошей смертью считалась смерть героя. Христианская философия активно противопоставляла смерть жизни, причем не в пользу второй. Христианство не отрицало необходимости избавляться от страха перед смертью, но этот страх должен был трансформироваться в торжественный ужас перед Божьим судом.

В средневековье к страху смерти примешивался страх перед миром мертвых.

В 19 веке А. Шопенгауэр сформулировал проблему «истинности» смерти, «подлинности» небытия, понятого как небытие вечно живущей Воли, сама жизнь была объявлена предельным воплощением всякой неистинности.

Философские школы и течения 20 века понятие смерти связали с понятием времени. Для конкретного человека время - скорее, психологическая, чем физическая категория, и в этом смысле главное свойство времени парадоксально - оно обладает бесконечным количеством конечных отрезков, что делает субъекта, воспринимающего время, фактически бессмертным. По сути дела, человек смертен не для себя, а лишь для постороннего наблюдателя.

Вера в загробную жизнь в известной мере освобождает человека от страха смерти, замещая его страхом потусторонней кары, что является одним из побудительных факторов для моральной оценки поступков, различения добра и зла. Этим же, однако, задается основа и для снижения ценности посюсторонней жизни, понимаемой как состояние лишь предварительное, не достигающее в условиях земного бытия полноты и истинности. Именно понятие смерти, осознание конечности человеческого личного бытия способствует прояснению нравственного смысла и ценности человеческой жизни. Сознание неповторимости каждого ее мгновения способно прояснить человеку меру ответственности за свои дела.

Смерть с точки зрения биологии.В биологии смерть трактуется как прекращение жизнедеятельности организма и вследствие этого - гибель индивидуума как обособленной живой системы, сопровождающаяся разложением белков и других биополимеров - основного материального субстрата жизни [6. c. 267].

Смерть человека связана с прекращением, прежде всего дыхания и кровообращения. Поэтому различают два основных этапа смерти: клиническую смерть и следующую за ней биологическую смерть, или истинную. По истечении периода клинической смерти, когда еще возможно полноценное восстановление жизненных функций, наступает биологическая смерть - необратимое прекращение физиологических процессов в клетках и тканях.

А. Вейсман доказывает целесообразность умирания. Он предложил разделять «живущую субстанцию» на смертную и бессмертную половины. Смертной частью А. Вейсман считает собственно сому, подверженную естественному умиранию. В качестве бессмертной части он рассматривает зародышевые клетки, способные при соответствующих условиях развиться в новый организм, создать себе новую сому. С этой точки зрения, умирание многоклеточных сложных организмов является необходимым и естественным процессом, так как при разделении клеток на «сому» и «зародышевую плазму» неограниченная продолжительность жизни индивидуума была бы совершенно нецелесообразной роскошью. Поэтому сома высших организмов умирает вследствие внутренних причин к определенному времени.

Современный французский эколог А. Жакар отмечает, что смерть - относительно недавнее изобретение природы, появившееся тогда, когда две особи соединяются, чтобы произвести на свет третью. Третья особь - это не первая и не вторая, а новое существо, для которого, как для всего нового в мире, надо «освобождать место». Поэтому, смерть - результат наличия полов: рожая детей, человечество стремится бороться со смертью, но именно потому, что мы рожаем детей, мы неизбежно смертны.

Смерть с точки зрения психологии - это кризис индивидуальной жизни, последнее критическое событие в жизни человека []. Являясь на физиологическом уровне необратимым прекращением всех жизненных функций, имея неминуемую личную значимость для человека, смерть одновременно является и элементом психологической культуры человечества.

Ф. Арьес считал, что установки человека в отношении смерти на определенном этапе исторического развития непосредственно связаны с самосознанием и осмыслением человечеством самого себя. Он выделяет пять этапов изменения этих установок. Первый этап фиксируется установкой «все умрем». Это - состояние неизбежности, обыденному явлению, к которому нужно относиться без страха и не воспринимать его как личную драму. Второй этап обозначается термином «смерть своя»: он связан с идеей индивидуального суда над душой прожившего жизнь и умершего человека. Третий этап - «смерть далекая и близкая» - характеризуется крахом механизмов защиты от неизбежности - к смерти, как и к сексу, возвращается их дикая, неукрощенная природная сущность. Четвертый этап - «смерть твоя», рождающая комплекс трагических эмоций в связи с уходом из жизни близкого человека. Поскольку узы между людьми становятся теснее, кончина близкого воспринимается трагичнее, чем собственная смерть. Пятый этап связан со страхом смерти и самим упоминанием о ней (вытеснение) - это «смерть перевернутая».

Отношение к смерти менялось по нескольким направлениям:

) развитие индивидуального самосознания;

) развитие защитных механизмов против сил природы;

) трансформация веры в загробное существование;

) трансформация веры и связь между смертью и грехом, страданием.

Исследуя проблемы смерти, З. Фрейд ввел понятие «влечения к жизни» и «влечения к смерти». Влечение к смерти - это присущие индивиду бессознательные тенденции к саморазрушению и возвращению в неорганическое состояние. Влечение к жизни и смерти противоположны и едины в то же время.

Э. Кюблер-Росс утверждает, что смерть во все века и во всех культурах воспринималась человеком разумным как несчастье. Для неосознающего разума смерть по отношению к себе самому совершенно немыслима; для бессознательного немыслимо вообразить реальный конец собственной жизни здесь и сейчас, и если эта жизнь должна окончиться, конец всегда связывается с вмешательством внешних сил. Поэтому традиционно смерть ассоциируется с пугающим действием, злым и несправедливым деянием. Э. Кюблер-Росс выделяет пять стадий изменения отношения человека к собственной смерти.

. Отрицание смерти.Слова: «Нет, не я!» - самая обычная реакция человека на смертельный диагноз. В зависимости от того, насколько человек способен взять события под свой контроль и насколько сильную поддержку ему оказывают окружающие, он преодолевает эту стадию легче или тяжелее.

. Гнев, охватывающий человека при вопросе: «Почему именно я?». Умирающий изливает этот гнев на заботящихся о нем людей и вообще на всякого здорового человека. Для завершения этой стадии важно, чтобы умирающий получил возможность излить свои чувства вовне.

. «Торг»:больной вступает в переговоры за продление своей жизни, обещая, например, быть послушным пациентом или примерным верующим.

Перечисленные фазы составляют период кризиса и развиваются в описанном порядке или с частыми возвращениями назад.

. Депрессия.Человек говорит себе: «Да, на этот раз умереть предстоит именно мне». Он замыкается в себе и часто испытывает потребность плакать при мысли о тех, кого он вынужден оставить. Это стадия подготовительной печали, на которой умирающий отрекается от жизни и готовится встретить смерть, принимая ее как свой последний жизненный этап.

. Принятие смерти составляет финальную стадию жизни умирающего,когда он, как правило, смиренно ждет своего конца.

Можно полагать, что не все люди в одинаковой мере проходят описанные выше стадии умирания. Более того, человек, полноценно проживший все ступени и периоды индивидуальной жизни, уходит из жизни достойно, с чувством выполненного долга.

В психологии существует понятие «пограничной ситуации» - ситуации, в которой резко обостряется самосознание личности: непосредственные угрозы жизни, которые активизируют личностное мышление, освобождая его от навязанных моделей поведения. С этим связан интересный феномен - резкое изменение жизненного кредо людей, побывавших в состоянии клинической смерти. Большинство из побывавших «по ту сторону бытия»: а) перестают бояться смерти; б) производят переоценку основных представлений; в) изменяют образ жизни.

У людей, которым не грозит немедленная смерть, больше времени на то, чтобы свыкнуться с перспективой смерти. В последние годы жизни многие обозревают свою жизнь в ретроспективе. Такое обозрение выполняет важнейшие функции: человек разрешает в себе старые конфликты, переосмысливает поступки, прощает себе ошибки и даже открывает в себе что-то новое. Смерть открывает перед стареющим человеком необходимую перспективу, и, как ни парадоксально, умирание может быть процессом подтверждения обязательств человека перед жизнью.

**Заключение**

Все изменения в организме в период старения носят индивидуальный характер. Чаще всего называются негативные, отрицательные характеристики, из которых мог бы получиться вот такой психологический «портрет» старого человека. Снижение самооценки, неуверенность в себе, недовольство собой; опасение одиночества, беспомощности, обнищания, смерти; угрюмость, раздражительность, пессимизм; снижение интереса к новому - отсюда брюзжание, ворчливость; замыкание интересов на себе - эгоистичность, эгоцентричность, повышенное внимание к своему телу; неуверенность в завтрашнем дне - все это делает стариков мелочными, скупыми, сверхосторожными, педантичными, консервативными, малоинициативными и т.п. Фундаментальные исследования отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют о многообразных проявлениях положительного отношения старого человека к жизни, к людям, к себе. К.И. Чуковский писал в своем дневнике: «…Никогда я не знал, что так радостно быть стариком, что ни день - мои мысли добрей и светлей». Исследователь личностных изменений в старости Н.Ф. Шахматов, характеризуя симптомы психического упадка и психических болезней, расстройств, считает, что «представление о психическом старении не может оказаться полным и цельным без учета благоприятных случаев, которые лучше, чем какие-либо другие варианты, характеризуют старение, присущее только человеку. Эти варианты, будь они обозначены как удачные, успешные, благоприятные и, наконец, счастливые, отражают их выгодное положение в сравнении с другими формами психического старения».

Старость часто ассоциируется с немощью. Иногда это представление настолько сильно, что человек начинает себя таким ощущать. Здесь вмешиваются еще и болезни, которые усугубляют представление о себе, как о беспомощном, никому не нужном существе. Одно из нарушений восприятия болезни у пожилых людей - чрезмерное погружение в нее, постоянное нахождение в поликлинике, выискивание у себя новых болезней. Так возникают страхи. Подобные негативные эмоции заполняют всю жизнь и приводят к депрессии.

Исследования показали, что 60% пожилых людей находятся в состоянии депрессии, а еще 15% в состоянии близком к ней. Преобладающим чувством здесь является чувство собственной ненужности и одиночества.

Об одиночестве как о социальном явлении мы уже сказали выше. Но другая его сторона - психологическое ощущение себя одиноким. Это связано опять таки с особенностями мышления. У членов семьи из разных поколений представление о различных сферах жизни разное, соответствующее каждому возрасту. Но пожилым людям труднее сориентироваться в представлениях детей и внуков, труднее найти взаимопонимание. А друзей становится все меньше и меньше. Не находя единомышленников, старики не могут выразить все свои мысли и чувства, а если и могут, то часто остаются не понятыми. Это и приводит к чувству одиночества. Таким образом, психологическое одиночество может и не быть социальным. Но оно есть и также наносит постоянную травму человеку.

**Список литературы**

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебное пособие для студентов вузов. - 4-е изд. - М.: Академический Проект, 2003. - 670 с.

2. Гамезо М.В., Петрова Е.А., Орлова Л.М. Возрастная и педагогическая психология: Учеб. пособие для студентов всех специальностей педагогических вузов. - М.: Педагогическое общество России, 2003. - 512 с.

. Кон И.С. Социология личности. - М., 1987. - 365 с.

. Краснова О.В. Социальная психология старения: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. - М.: Изд. центр «Академия», 2002. -288 с.

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

. Носко И.В. Психология развития и возрастная психология. - Владивосток, 2003. - 257 с.

. Рыбалко Е.Ф. Возрастная и дифференциальная психология: Учеб. пособие. - Л.: Издательство Ленинградского ун-та, 1990. - 256 с.

. Федюкович Н.И. Анатомия и физиология человека. - Ростов н/Д: Феникс, 2003. - 416 с.

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

. Шаповаленко И.В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология). - М.: Гардарики, 2005. - 349 с.

11. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. - М., 1996. - 62 с.