

Психологические факторы благополучного старения

Сергиенко Елена Алексеевна

Д-р психол. наук, проф. Института психологии РАН; elenas13@mail.ru

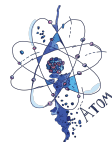
Харламенкова Наталья Евгеньевна

Д-р психол. наук, проф. Института психологии РАН; nataly.kharlamenkova@gmail.com

Аннотация

Работа посвящена психологическим факторам благополучного старения, которое рассматривается как показатель психологического здоровья. Обобщение исследований демонстрирует значение факторов совладания с психотравматизацией и роль гибкой возрастной идентичности (субъективного возраста человека) в преодолении нарастающих болезней, психических проблем (депрессии, одиночества), способности сохранять не только жизнеспособность, но и высокое качество жизни, стремление к самореализации. Данные показывают тесную взаимосвязь качества жизни и субъективного возраста, что свидетельствует о существенной роли субъективной возрастной идентичности для поддержания физического, психологического здоровья, социальных отношений, оценки окружающей среды и ее безопасности в пожилом и старческом возрасте.

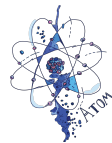
Ключевые слова: благополучное старение, психологические ресурсы, совладание, пожилые и старые люди, психотравматизация, субъективный возраст



Введение

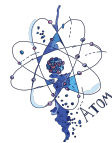
Старение населения — современная тенденция развитых стран мира. Продолжительность жизни увеличивается, при этом растет число пожилых и старых людей, активно участвующих в профессиональной и общественной деятельности. Среди больших успехов медицины, продлевающей жизнь и работоспособность пожилых и старых людей, немалое значение имеют и психологические факторы, индивидуальные стратегии старения, качество жизни, способность противостоять трудностям и стрессам, использовать собственные ресурсы для адаптации к изменениям в поздних возрастах. Психологические проблемы старения исследуются относительно молодой областью — геронтопсихологией. Период старения в настоящее время стал рассматриваться как особый этап онтогенеза, несводимый к потерям инволюции, нарастанию болезней и дефициту психических функций. Несмотря на достаточно распространенное мнение о целостности жизненного пути личности, пожилой и старческий возраст часто рассматривается как особый период жизни, качественно отличающийся от предыдущих этапов взросления человека (см., например: [1]). Вместе с тем тенденция исследовать поздний возраст как период не только потерь [2-4], но и приобретений, а также соотносить особенности развития человека на этом этапе жизни с другими стадиями онтогенеза становится все более явной. Особенно очевидно она обнаруживается в психологических исследованиях [5; 6], в которых делается акцент на изучении индивидуальных траекторий развития пожилого человека, «типов старения и возможностей поступательного развития личности» [7-10].

Расширение представлений об особенностях развития человека в период поздней зрелости происходит постепенно. На смену дефицитарной модели пришли понятия эффективного, конструктивного, позитивного, успешного старения. О. Ю. Стрижицкая придерживается понятия эффективного старения, определяя его как сохранение жизненной позиции, включенность в общественную деятельность, ориентацию на внутренние установки, реализацию своих интересов и потребностей [11]. Однако в данном термине присутствуют ассоциации с быстрым достижением старости (эффективного состаривания). При этом содержание, раскрываемое автором, согласуется с представлениями о благополучном течении этапа



старения. Мы предлагаем рассматривать термин благополучное старение как способность сохранения собственной аутентичности, развитие новых возможностей взаимодействия с окружением, самореализацию, способность к адаптации, гибкое использование и реорганизацию собственных ресурсов и обращение к внешним ресурсам, способность к совладанию, сопротивлению и компенсации болезням, конструктивным способам поведения, дальнейшему построению своего жизненного пути. Все эти факторы способствуют сохранению психологического здоровья человека в период старения и тесно взаимосвязаны с его субъективным благополучием. Субъективное или психологическое благополучие — это оценка человеком своего качества жизни, которая зависит от различных компонентов (физического и психического здоровья, субъективного экономического благополучия, финансовых возможностей, сохранения и развития взаимодействий в семье, на работе, с друзьями и близкими, среды, в которой живет и работает человек, и др.).

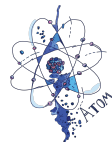
В современных научных исследованиях психологическое благополучие человека пожилого и старческого возраста рассматривается в соотношении с целой системой факторов. Тем самым заметно реконструируется традиционное понимание старения как процесса преимущественно физической и психической инволюции; изменяется представление о психологическом здоровье пожилого человека, которое в современной науке изучается уже с иных позиций, с позиции ресурсного подхода, с точки зрения исследования компенсаторных механизмов, стратегий совладания с трудностями и иных возможностей этого возраста. Парадокс старения заключается в том, что, несмотря на то что физическое здоровье с возрастом имеет тенденцию к ухудшению, субъективное благополучие, удовлетворенность старостью могут быть сохранены или даже улучшены. Несмотря на достаточно широкие исследования в геронтопсихологии за рубежом и работы, проводимые в нашей стране, субъективным факторам благополучного старения не уделялось достаточного внимания. В настоящей работе мы обобщим только некоторые наши исследования субъективных факторов благополучного старения.



Фактор совладания с психотравматизацией

Из числа факторов, обуславливающих разные типы старения, не следует исключать психическую травматизацию личности и ее последствия. Важно при этом учитывать давность травмы и интенсивность воздействия, а также возраст, в котором оно было оказано. По разным данным (см., например: [12]), травматическое событие способно нарушить привычное функционирование человека, повлиять на такие когнитивные и личностные особенности, которые, казалось бы, уже невозможно изменить вследствие их сформированности в детстве и подростковом возрасте. В этом смысле уязвимость пожилого человека оказывается наиболее выраженной по сравнению с другими возрастами, поскольку вероятность увеличения числа травматических событий закономерным образом растет, а доступность ресурсов, используемых для преодоления психологических последствий травматизации, снижается. В исследованиях замечено, что даже при отсутствии статистически значимых различий между средним и пожилым возрастами по количеству травматических событий уровень психической травматизации оказывается значимо разным, что доказывает более выраженную уязвимость пожилых людей, имеющих по сравнению с другими возрастами и более тяжелый травматический опыт [13].

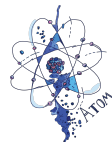
Специфической для пожилого возраста особенностью является кумулятивный эффект психотравматизации, который состоит в постепенном нарастании уровня стресса. Стресс может усиливаться в результате повторяющихся повседневных стрессов (в семье, на работе и т. д.), вследствие хронического влияния одного и того же интенсивного стрессора (например, при наличии у человека тяжелого заболевания), при последовательном влиянии разных по своей природе интенсивных стрессоров, сопряженных между собой по принципу причинно-следственной связи (например, переживание стресса вследствие распада семьи, который, в свою очередь, был вызван тяжелой болезнью ребенка), в случае множественной травмы. Отсроченные эффекты психотравматизации наблюдаются при появлении признаков посттравматического стресса, а также тревоги, депрессии, агрессивных реакций. При посттравматическом стрессе регистрируются и когнитивные нарушения — снижение объема



памяти, трудности сосредоточения внимания, гипербдительность, проблемы с регуляцией эмоций, планированием будущего, целеполаганием. В связи с этим следует специально подчеркнуть, что когнитивные дисфункции в пожилом возрасте могут быть вызваны не только органическими, но и психологическими причинами.

Ухудшение состояния пожилого человека часто связывают с ослаблением защитных механизмов и копинг-стратегий, ограничением круга социального взаимодействия, изменением привычного ритма жизни. В наших исследованиях было показано, что соотношение уровня психической травматизации в пожилом возрасте и стратегий совладания разумнее соотносить не с отдельными стратегиями, а со всей системой копингов, поскольку при высоких показателях проблемно ориентированного (ПОК) и эмоционально ориентированного (ЭОК) копингов уровень стресса может оставаться высоким (методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Н.Эндлера и Дж. Паркера в адаптации Т. Л. Крюковой). Данный вывод был сделан на основе эмпирических результатов, которые показали, что ЭОК тесно связан с психопатологической симптоматикой — соматизацией, тревожностью, межличностной сенситивностью, депрессией, враждебностью и паранойальностью (Опросник выраженности психопатологической симптоматики, Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R Л. Дерогатиса в адаптации Н. В. Тарабриной с коллегами), т.е. в целом с выраженным дистрессом, а при высоких показателях ЭОК проблемно ориентированный копинг не может быть реализован в полной мере [14; 15]. Также выявлено, что стратегия избегания (КОИ) не связана ни с уровнем посттравматического стресса, ни с психопатологической симптоматикой, но в сочетании с высокими показателями ПОК может рассматриваться как эффективный копинг, направленный на редукцию разрушительного влияния травматического опыта [15].

По данным другого исследования (проект РФФИ № 13-06-00537), полученным нами на выборке респондентов от 31 до 83 лет, $n = 187$ чел.: 81 чел. в возрасте 31- 50 лет (47 муж., ср. возраст 39,5 лет, и 34 жен., ср. возраст 37,6 лет), 106 чел. в возрасте 51-83 года (28 муж., ср. возраст 62 года и 78 жен., ср. возраст 63,5 года), — была выявлена значимая обратная связь между возрастом респондентов и показателями ПОК ($r_s = -0,37$, $p < 0,05$) и прямая связь между возрастом и КОИ ($r_s = 0,19$, $p <$



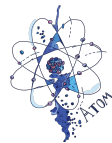
0,05). Связь между эмоционально ориентированным копингом и возрастом оказалась статистически незначимой [16].

Несмотря на повышенный риск психотравматизации в пожилом возрасте [17], обусловленный различными жизненными обстоятельствами, способность к совладанию с негативными последствиями их влияния сохраняется. Более того, появляются новые ресурсы, которые закономерным образом актуализируются именно на поздних этапах жизненного пути человека. В целом можно говорить, с одной стороны, о дифференциации механизмов и приемов преодоления последствий психотравматизации, а с другой стороны, о появлении стратегических решений, основанных на систематизации жизненного опыта и возможности более масштабной ретроспективной и перспективной оценки своей жизни.

Одним из вариантов благополучного старения является такой путь развития человека в пожилом возрасте, который не отягощен большим количеством травматических событий. Счастливое детство и юность, психологически благополучные ранняя и средняя зрелость создают предпосылки для более или менее «успешного старения», хотя понятно, что это не всегда бывает именно так.

Другой вариант благополучного старения связан со способностями человека справляться с последствиями влияния интенсивных стрессоров, преодолевать трудности и интегрировать негативный опыт, рассматривая его как часть своего прошлого, ставшего фактом индивидуальной истории жизни. По мнению зарубежных коллег, важнейшими ресурсами совладания с ПТСР (посттравматическим стрессовым расстройством) являются уверенность в себе и способность к когнитивной переоценке последствий психотравматизации [18]. Последняя предполагает переработку травматического опыта и извлечение из него в том числе и позитивного содержания.

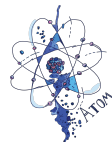
Отечественные и зарубежные исследования подтверждают наличие связи между количеством пережитых в жизни травм и вероятностью развития ПТСР в пожилом возрасте, но при условии истощения ресурсов совладания с интенсивным стрессом и его последствиями. Кроме когнитивной переоценки травматического опыта, психическое здоровье пожилого человека определяется отношением к своему будущему, субъективной оценкой продолжительности жизни. Наличие жизненных перспектив и планов, а также возможности их реализации



снижает риск появления симптомов ПТСР [17]. Постановка новых целей и задач мобилизует человека на их решение, стимулирует развитие мотивации, познавательную и коммуникативную активность. И наоборот, ощущение бесперспективности жизни возвращает человека к прошлому и заставляет заново переживать травматические события своей жизни. Антираесурсность такой жизненной стратегии очевидна. Очевидно и то, что отсутствие потенциала развития приводит к неблагоприятному варианту старения.

Восполнение когнитивного дефицита, признаки которого появляются в пожилом возрасте, часто происходит за счет развития компенсаторных механизмов как механизмов замещения недостаточности одной функции другой. Избирательность, компенсация и оптимизация жизнедеятельности (П. Балтес) рассматриваются в качестве процедур, используя которые можно поддерживать достаточно высокий уровень когнитивного и личностного функционирования в пожилом и старческом возрасте. Так же как когнитивная переоценка, компенсация не спонтанна, но требует от человека определенных усилий, направленных на осознание своих недостатков и поиск дополнительных ресурсов, необходимых для восполнения возникшего дефицита. Успешная компенсация выступает в качестве важнейшей составляющей позитивного старения.

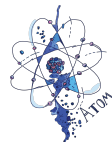
Рассматриваемые нами механизмы «благополучного старения» представляют собой психологические приемы, большинство из которых требуют усилий со стороны человека. Являясь природным и социальным существом, человек нуждается в помощи и поддержке своего окружения и нередко ее получает. Конечно, вопрос о социальной поддержке как внешнем ресурсе достаточно дискуссионен. С нашей точки зрения, обращение к этому ресурсу возможно только тогда, когда человек имеет внутренние основания (мотивацию) для поиска и принятия поддержки. В этом смысле она является и внутренним ресурсом, активирующимся при наличии потребности в ней. Этот вывод важен не только с общепсихологической точки зрения, но и с точки зрения обсуждения проблемы психического здоровья людей старшего и пожилого возраста. Наши исследования показали [16], что пожилой человек, с одной стороны, может испытывать недостаток помощи и внимания со стороны других людей, а с другой стороны, быть избирательным в выборе субъекта социальной поддержки, т. е. того, кто может ее оказать.



Такая на первый взгляд разборчивость пожилого человека в обращении за социальной поддержкой является типичной особенностью этого возраста и определяется в большей степени тем, что запрос на поддержку и то, каким образом она реализуется, часто не совпадают. Причина такого рассогласования лежит в том, что в период поздней взрослости жизненный опыт человека индивидуализируется, дифференцируется и наделяется такими особенностями, благодаря которым представляется субъекту как уникальный. Социальная поддержка при этом обычно универсальна и не всегда корректируется в соответствии с конкретным запросом. К примеру, в ситуации утраты близкого человека или в других экстремальных жизненных ситуациях социальная поддержка может оказаться неэффективной, поскольку не учитывает специфики ее переживания данным индивидом, хотя готовность социального окружения помочь человеку может быть очень высокой.

Представляется, что ресурсом психического здоровья пожилого человека является сочетание социальной поддержки с самоподдержкой, в котором универсальные формы предлагаемой помощи частично реализуются самим субъектом. Позитивное старение предполагает вариативность обращения к этому ресурсу и активное участие самого субъекта во взаимодействии с социальным окружением.

Понятно, что такие формы отношений пожилого человека и его окружения трудно назвать типичными. Большие трудности с обращением за помощью и ее принятием возникают у людей с высоким уровнем психической травматизации. Хорошо известно, например, что одним из симптомов ПТСР является чувство отстраненности или отчужденности от людей, потеря связи с окружающими. Ощущение изолированности препятствует не только принятию помощи, но и тесному взаимодействию с другими людьми и часто негативно сказывается на эффективности совладания с психологическими последствиями психотравматизации. Важнейшим ресурсом может стать оказание профессиональной помощи людям, переживающим интенсивный стресс и его последствия. Опыт такой работы [19], полученный на респондентах более раннего возраста, открывает большие возможности для понимания необходимости индивидуального подхода к людям, имеющим схожие переживания по поводу одного и того же травматического события.



Субъективный возраст как гибкая самоидентификация у пожилых и старых людей

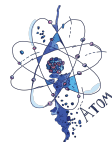
Одним из факторов регуляции субъективного благополучия в период старения становится гибкая субъективная возрастная идентичность.

Несмотря на то что в исследованиях человека хронологический возраст выступает как основная независимая переменная, субъективный возраст лучше предсказывает психологическое, психическое и физическое здоровье, возможности адаптации и регуляции собственного поведения.

Субъективный возраст человека — это самовосприятие собственного возраста. Когнитивная иллюзия возраста — разница между хронологическим и субъективным возрастом человека, которая возникает в процессе жизни, она может быть как негативной, т. е. человек чувствует себя старше, так и позитивной — моложе своих лет.

Хронологический возраст отражает, сколько лет прожито, а субъективный возраст свидетельствует о том, на какой возраст субъективно ощущает себя человек. Причем если подростки и молодые люди оценивают себя старше, то после 23- 25 лет нарастает тенденция оценивать себя моложе своего хронологического возраста. При этом разница хронологического и субъективного возрастов нарастает, особенно значительно после 50 лет, достигая 16 лет и более у пожилых людей. Мы относим субъективный возраст именно к личностным образованиям, поскольку он указывает на субъективную возрастную идентичность. Изучение субъективного возраста людей дает возможность переместить фокус психологического анализа на внутренние представления о ресурсах и возможностях людей и разработать диагностико-коррекционные программы для людей разных возрастов, что особенно актуально для пожилых людей.

Субъективный возраст — это неоднородный конструкт, он состоит из биологического субъективного возраста (на сколько лет человек себя чувствует), эмоционального субъективного возраста (на сколько лет он выглядит), социального субъективного возраста (на сколько лет он действует) и интеллектуального субъективного возраста (какому возрасту соответствуют его интересы) [20].

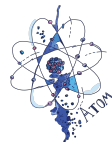


Несколько исследований, проведенных на группах пожилых и старых людей, позволили показать гибкость субъективного возраста, его связь с качеством жизни и здоровья, чувством одиночества и депрессивными состояниями [8; 21].

По нашим данным и данным других авторов, пожилые люди, воспринимающие себя старше своего фактического возраста, как правило, оценивают себя менее счастливыми и сообщают о более низкой удовлетворенности своей старостью (см. подробнее: [22; 23]). Пожилые люди, которые, наоборот, оценивали себя моложе, как правило, чувствовали себя счастливыми и востребованными [24]. Этот феномен получил название положительной иллюзии оценки возраста [8]. Восприятие возраста пожилыми людьми как более молодого, возможно, становится, с одной стороны, копинг-стратегией, а с другой стороны, ресурсом [20; 25]. Положительная иллюзия оценки возраста может служить основанием улучшения субъективного благополучия, минимизировать негативные состояния психического здоровья, такие как депрессия и тревожные расстройства [8; 21; 25]. Дж.Хекхаузен и Р. Шульц отмечали, что люди, которые могут гибко отслеживать и компенсировать дискомфортные последствия старения (болевого компонент, снижение работоспособности, изменения во внешности и др.), чувствуют себя моложе [2].

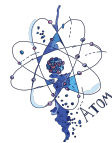
Обнаружена тесная сопряженность качества здоровья человека (физического и психического) с субъективным возрастом. Наиболее тесные взаимосвязи наблюдаются в возрастной группе 60-70 лет, что указывает на значение субъективной возрастной идентичности для поддержания психологического здоровья, особенно в пожилом возрасте. Субъективный возраст оказывает более значительные воздействия на психологическое здоровье, чем хронологический возраст [8; 20]. В поздних возрастах он связан с когнитивным и физическим статусом, удовлетворенностью жизнью, временной перспективой, индивидуально-психологической организацией и теми возрастными нормами, которые приняты в обществе [8; 20; 22; 25]. Субъективная оценка собственного возраста младше фактического связана с низким риском развития большого депрессивного эпизода и более стойким психическим здоровьем [26].

В нашей работе была предпринята комплексная оценка взаимосвязи субъективного возраста (Cognitive age-decade scale, B. Barak, 2009 в адаптации Е. А. Сергиенко [8]) с показателями



субъективной оценки качества жизни (краткая форма опросника качества жизни Всемирной организации здравоохранения, WHOQOL- BREF), а также с показателями когнитивного дефицита (краткая шкала оценки когнитивных функций (Mini Mental State Examination, сокр. MMSE), наличием и степенью депрессии у пожилых респондентов (полная гериатрическая шкала депрессии, Geriatric Depression Scale — 30), субъективным переживанием одиночества (Калифорнийская шкала одиночества, UCLA Loneliness scale) и состоянием здоровья (шкала оценки коморбидности Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, CIRS-G). В исследовании приняли участие 193 человека пожилого (55-74) и старческого возраста (75-90). Все респонденты были разбиты на группы: 55-60, 61-74 и 75-90 лет (см.: [21]).

С возрастом происходит значимое нарастание по возрастным группам увеличение показателей коморбидности болезней. В группе респондентов 55-60 лет среднее значение по CIRS-G 2,87 балла указывает на легкие отклонения со стороны сердечно-сосудистой, мочеполовой и опорно-двигательной систем. Более выраженными были расстройства органов верхних и нижних отделов пищеварительной системы. Респонденты в возрасте 61-74 лет имели в среднем 5,65 балла и более выраженные сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные и эндокринные расстройства, иногда наблюдались легкие психические нарушения аффективного характера. Респонденты в возрасте 75-90 лет имели в среднем 10,09 балла. Инвалидизирующими были расстройства эндокринной и сердечно-сосудистой систем. Имелись выраженные нарушения опорно-двигательного характера и желудочно-кишечные заболевания. Все три группы респондентов оценивали свое качество жизни и состояние здоровья как «ни плохо ни хорошо», что имело тенденцию к снижению по возрастным группам. С возрастом наблюдалось понижение физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки и социального благополучия. Дополнительно учитывались различия качества жизни и его компонентов в связи с продолжением работы респондентов. Были выявлены значимые различия между работающими и неработающими пожилыми людьми по показателям коморбидности болезней (GIRS-G), удовлетворенности здоровьем, физического и психологического благополучия, качества жизни, микросоциальной поддержки и социального благополучия в трех группах респондентов.

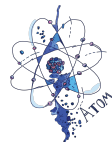


Значимыми между работающими и неработающими становились различия в оценке качества жизни в группах респондентов 61-74 и 75-90 лет.

При оценке субъективного возраста было показано нарастание статистически значимых различий между хронологическим возрастом, средним субъективным и его составляющими для респондентов пожилого и старческого возраста, что соответствует зарубежным и отечественным исследованиям [8; 24; 25]. В группе 55-60-летних разница между средним субъективным возрастом и хронологическим составляет 7 лет, у 61-74-летних — 11,5 года, а у 75-90-летних — 16,3 года, что согласуется с нашими более ранними исследованиями [8].

Анализ взаимосвязей субъективного возраста с показателями психического статуса (наличием депрессии и чувства одиночества) показал, что хронологический возраст никак не связан с показателями психического статуса. Но такие субъективные оценки, как биологический (на сколько лет себя чувствую), эмоциональный (на сколько лет выгляжу) и социальный (на сколько лет действую) возрасты, взаимосвязаны с депрессией и чувством одиночества во всех возрастных группах пожилых людей. В пожилом и старческом возрасте наблюдаются существенные проблемы со здоровьем, сопровождающиеся дискомфортом, болями, ограничением функционирования. В это время пожилые люди замечают, что происходят резкие изменения во внешности, пациенты начинают переоценивать свой биологический, эмоциональный и социальный возраст, что приводит к рискам развития депрессивных расстройств, которые сопровождаются ощущением одиночества, опустошенности, невостребованности. Изменения в оценке собственного самочувствия и внешности (биологический и эмоциональный возраст), связанные с депрессией в поздних возрастах, можно рассматривать как некоторые маркеры такого психического состояния. Изменения в социальной активности, действиях, потеря социальной роли (социальный возраст), вероятно, вносят вклад в развитие чувства одиночества в пожилом и старческом возрасте.

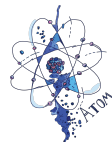
Во всех периодах пожилого возраста отмечаются множественные связи субъективного возраста и его компонентов с показателями качества жизни (общей оценкой качества жизни, оценкой здоровья, физического и психического, микросоциальной поддержкой и оценкой безопасности



окружающей среды). Хронологический возраст не сопряжен ни с одним из показателей качества жизни.

Проведенный обобщенный анализ субъективного возраста пожилых людей показывает, что возрастная идентичность в период старения является гибким и неоднородным конструктом, включенным в регуляцию разных аспектов жизнедеятельности. Положительная когнитивная иллюзия возраста может служить основанием улучшения субъективного благополучия, она нивелирует негативные проявления психического здоровья, такие как депрессия и тревога [26]. Оценки субъективного возраста и его составляющих (моложе или равные своим годам) в пожилом и старческом возрасте выступают в качестве показателей выраженности депрессивных состояний и чувства одиночества. Это подтверждается данными исследований, показавшими, что те люди пожилого и старческого возраста, которые оценивают себя моложе, как правило, чувствуют себя счастливыми, востребованными, они удовлетворены своей жизнью [25; 26]. Люди, воспринимающие себя старше своего фактического возраста, как правило, оценивают себя менее счастливыми и сообщают о более низкой удовлетворенности качеством своей жизни, состоянием здоровья, у них наблюдаются выраженные симптомы депрессии и субъективного чувства одиночества, что подтверждается другими авторами [23; 27].

Наши данные показывают тесную взаимосвязь качества жизни и субъективного возраста, что свидетельствует о существенной роли субъективной возрастной идентичности для поддержания физического, психологического здоровья, социальных отношений, оценки окружающей среды и ее безопасности в пожилом и старческом возрасте и согласуется с другими исследованиями [25; 28; 29]. Соотношение между субъективным возрастом и состоянием здоровья опосредуется рядом физиологических (работоспособность) и психологических факторов (самоэффективность, самооценка, гибкость в оценке ситуации). Уменьшение самооценки здоровья приводит пожилых людей к более широкому использованию социального сравнения, чтобы повысить «физическое Я», которое часто выступает буфером, смягчающим отрицательные эффекты физических симптомов, влияющих на самооценку здоровья. Ф. Инфарна и Д. Герсторф показали, что пожилые люди, которые считают, что их здоровье лучше, чем у других людей их возраста, оценивали себя моложе своего возраста [30].

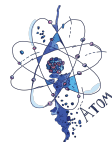


Таким образом, можно отметить, что в позднем возрасте наблюдается развитие двойной идентичности: с одной стороны, у пожилого человека возникает понимание, что он стареет, а с другой — происходит анализ положительных ресурсов, позволяющих оценивать себя моложе. Эта особенность позволяет пожилым людям расширить свои возможности, оставаться активными членами общества, противодействовать негативным стереотипам и процессам старения. Субъективный возраст может способствовать поддержке состояния здоровья и социальной активности в поздних возрастах, поскольку он отражает биологические и социальные ресурсы.

Заключение

Нередко пожилой возраст ассоциируется с различными стереотипными оценками. Например, принято считать, что это период увядания, физической неполноценности, он связан с болезнями, нетрудоспособностью, зависимостью, отсутствием интереса к новому и даже страхом перед ним. В определенной мере это действительно так, хотя если говорить о благополучном старении, то большинство из приведенных ассоциаций становятся неуместными. Согласно работам Л. И. Анцыферовой, в человеке заложена тяга к непрерывному образованию, постижению нового, развитию своих способностей и талантов, но часто именно общество формирует стереотипное мнение о пожилых людях как о «застывших» в своем развитии личностях, препятствуя их реализации в этот период жизни.

Овладение новыми знаниями, развитие новых навыков, обучение новым видам деятельности, с нашей точки зрения, является еще одной составляющей ресурсности пожилого человека, переживающего процесс старения позитивно. Этот ресурс соотносится со всеми характеристиками и механизмами, которые были названы выше, — с уверенностью в себе и способностью к когнитивной переоценке последствий психотравматизации, субъективной оценкой продолжительности жизни и компенсацией, социальной поддержкой и самоподдержкой, гибкой возрастной идентичностью (считать себя моложе). Открытость опыту связана с субъективной оценкой значимости своей жизни, устремленностью в будущее, жизнелюбием и жизнеспособностью, с установкой на принятие своей жизни со всеми ее успехами и неудачами, достижениями и потерями. Новое — это не избегание прошлого, а устранение

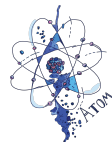


психологических барьеров, которые это прошлое накладывало на настоящее и будущее человека. Психологический смысл интереса к новому в пожилом возрасте заключается в компенсации тех трудностей, которые неизбежно возникают на поздних этапах взросления, в расширении социальных контактов и реализации ресурса социальной поддержки для поиска помощи в получении новых знаний.

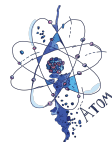
Психическое и психологическое здоровье пожилого человека, как показывают наши исследования, существенным образом зависит от умонастроения и жизненных установок самой личности, позитивного отношения к своему возрасту и стремления быть открытым новому опыту как потенциально неисчерпаемому ресурсу непрерывного развития человека в процессе жизни и совладания с последствиями психотравматизации. Гибкая субъективная возрастная идентификация становится важным предиктором субъективного благополучия, качества жизни, социальной поддержки, преодоления болезней, включая депрессивные состояния и чувство одиночества. Способность личности к интеграции и принятию своего опыта — одно из оснований ее психологического благополучия на всем протяжении жизненного пути, но именно в пожилом возрасте и в старости возрастает необходимость в интеграции своей жизни, как и потребность в оценке ее значимости, ведь только таким образом удастся сохранять позитивный контекст преемственности поколений.

Литература

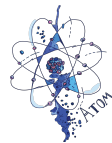
1. Шаповаленко И. В., Ковалева Т. А. Толерантное отношение к процессу старения как позиция личности // Социальная политика и социология. 2011. № 7 (73). С. 205-211.
2. Heckhausen Schulz R. Developmental regulation in adulthood: Selection and compensation via primary and secondary control // Motivation and selfregulation across the life span / eds. S. Dweck, J. Heckhausen. New York: Cambridge University Press, 2009. P. 50-77.
3. McDonald RJ. Multiple combinations of co factors produce variants of age-related cognitive decline: A theory // Canadian Journal of Experimental Psychology. Vol. 56 (3). P. 221-239.



4. Wrosch C., Schulz R., Heckhausen J. Health stresses and depressive symptomatology in the elderly: The importance of health engagement control strategies II Health Psychology. Vol. 21 (4). P. 340-348.
5. Головей Л. А., Стрижицкая О., Криулина А. В. Позитивное функционирование личности в пожилом возрасте: комплексный подход // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2014. Т. 7, № 36. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 22.01.2018).
6. Головей Л. А., Криулина А. В. К вопросу о характеристиках субъективного мира личности в период поздней взрослости // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2014. № 2. С. 41-50.
7. Анцыферова Л. И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности // Психологический журнал. 1996. Т. 17, № 6. С. 60-71.
8. Сергиенко Е.А., Киреева Ю.Д. Индивидуальные варианты субъективного возраста и их взаимосвязи с факторами временной перспективы и качеством здоровья // Психологический журнал. 2015. Т. 36, № 4. С. 23-35.
9. Brandmaier A. M., Ram N., Wagner G. G., Gerstorf D. Terminal decline in well-being: The role of multi-indicator constellations of physical health and psychosocial correlates 11 Developmental Psychology. Vol. 53 (5). P. 996-1012.
10. Hult G., Heckhausen J., Hoppmann C.A., Infurna P J., Wagner G. G., Ram N., Gerstorf D. Levels of and changes in life satisfaction predict mortality hazards: Disentangling the role of physical health, perceived control, and social orientation // Psychology and Aging. Vol. 32 (6). P. 507-520.
11. Стрижитская О.Ю. К вопросу об эмпирическом исследовании геротрансцендентности // Мир науки. 2017. Т. 5, № 6. URL: <http://mir-nauki.com/PDF/HPSMN617.pdf> (дата обращения: 11.03.2018).
12. Palgi Y., Bensimon M., Bodner E. Motives of mentalization among older adults exposed in adulthood to potentially traumatic life events: A qualitative exploration 11 2017. Vol 23 (4). P. 273- 281.
13. Харламенкова Н. Е. Переживание утраты в пожилом возрасте // Психологические исследования личности:



- история, современное состояние, перспективы / отв. ред. М. И. Воловикова, А. Л. Журавлев, Н.Е. Харламенкова. М.: Институт психологии РАН, 2016. С. 169-191.
14. Харламенкова Н. Е., Быховец Ю. В., Евдокимова А. А. Посттравматический стресс и совпадающее поведение в пожилом возрасте // Научный диалог. 2014. № 3 (27). С. 92-105.
 15. Харламенкова Н. Е., Мустафина Л. Ш., Воронцов С. А., Обухов А. А. Особенности избегания как стратегии совладания с трудными жизненными ситуациями в пожилом возрасте // Вопросы психологии. 2015. № 5. С. 78-88.
 16. Харламенкова Н. Е. Копинг-ресурсы и ресурсность социальной поддержки в период поздней зрелости // Горизонты зрелости: сборник тез. участников Пятой всерос. науч.-практ. конф. по психологии развития / под ред. Л. Ф. Обуховой, И. В. Шаповаленко, М. А. Одинцовой. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. С. 328-332.
 17. Avidor S., Palgi Y, Solomon Z. Lower subjective life expectancy in later life is a risk factor for post- traumatic stress symptoms among trauma survivors // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Vol. 9 (2). P. 198-206.
 18. Regev I., Nuttman-Shwartz O. Living in a continuous traumatic reality: Impact on elderly persons residing in urban and rural communities // American Journal of Orthopsychiatry. Vol. 86 (6). P. 652-661.
 19. Дан М. В. Посттравматический стресс у матерей, переживших первый психотический эпизод у совершеннолетнего ребенка // Психологические исследования. Вып. 8 / отв. ред. А. Л. Журавлев, Е. А. Сергиенко. М.: Институт психологии РАН, 2016. С. 59-70.
 20. Сергиенко Е.А. Субъективный и хронологический возраст человека // Психологические исследования. 2013. № 6 (30). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 02.03.2018).
 21. Мелехин А.И., Сергиенко Е.А. Субъективный возраст как предиктор жизнедеятельности в поздних возрастах // Современная зарубежная психология: электронный журнал. 2015. Т.4, № 3. С. 6-14. URL: <http://psyjournals.ru/jmfp/2015/n3/79056.shtml> (дата обращения: 04.04.2017).



22. Журавлев А.Л., Сергиенко Е.А. Когнитивная иллюзия возраста // Психология зрелости и старения. 2012. № 4 (60). С. 5-32.
23. Stephan Y, Chalabaev A. Feeling younger, being stronger: an experimental study of subjective age and physical functioning among older adults // The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2012. Vol. 68, N 1. P. 1-7.
24. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach 11 International Journal of Behavioral Development. 2009. Vol. 33, N 1. P. 2-11.
25. Westerhof G. J., Barrett A. E. Age Identity and Subjective Well-Being: A Comparison of the United States and Germany 11 Journal of Gerontology: social sciences. 2005. Vol. 60, N 3. P. 129-136.
26. Keyes C.L., Westerhof G. J. Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode 11 Aging Ment Health. 2012. Vol. 16, N 1. P. 67-74.
27. Logan J.R., Ward R. As old as you feel: Age identity in middle and later life 11 Social Forces. 1992. Vol. 71. P. 451-467.
28. Bergland A., Nicolaisen M. Predictors of subjective age in people aged 40-79 years: a five-year follow-up study. The impact of mastery, mental and physical health // Aging & Mental Health. 2014. Vol. 18, N 5. P. 653-661.
29. Stephan Y., Sutin A. R. How Old Do You Feel? The Role of Age Discrimination and Biological Aging in Subjective Age // PLoS ONE. 2015. Vol. 10, N 3. P. 1-12.
30. Infurna F. J., Gertorf D. The nature and cross-domain correlates of subjective age in the oldest-old: Evidence from OCTO study 11 Psychology and Aging. 2010. Vol. 25, N 2. P. 470-476.