

Психологические модели успешного старения (обзор зарубежных исследований)¹

А.И. Мелёхин

В статье представлен обзор зарубежных психологических моделей успешного старения. Приведено сравнение мультифакторных моделей (J.W. Rowe и R.L. Kahn, E.A. Phelan и G.Y. Iwamasa и M. Iwasaki). Раскрыто содержание физического, психологического, социального, когнитивного, духовного и материального компонентов успешного старения. Представлены психологические модели успешного старения учитывающие эмоциональные и личностные факторы (J.F. Nussbaum, P. Baltes и M. Baltes, E. Kahana и B. Kahana, L.L. Bryant). Описана биопсихосоциальная модель (M. Kanning и W. Schlicht), выделяющая основным критерием успешного старения – субъективное благополучие.

Ключевые слова: старение, успешное старение, нормальное старение, субъективное благополучие.

За последние десятилетия в зарубежной психологии наблюдается рост эмпирических исследований когнитивных процессов, эмоциональной и личностной сферы, копинг-стратегий совладания со стрессом, физических и психологических ресурсов в позднем онтогенезе [7; 11; 16; 26]. Это объясняется глобальными изменениями демографической ситуации выражающееся в феномене «стареющего (седеющего) населения»² [1, с. 31; 4]. По некоторым оценкам к 2050 г. число пожилых людей старше 60 лет достигнет двух миллиардов, составив более 20% мирового населения [32]. Сам этот факт порождает ряд сложных, трудно разрешимых медицинских, психологических и социальных задач, что привело к повышению требований к социальным услугам в пожилом и старческом возрасте [4]. Благодаря успехам в области геронтопсихологии, геронтологии и геронтопсихиатрии произошел отказ от парадигмы, понимающей старение как *senectus ipsa est morbus* (лат. «старость – это болезнь»), и принятие парадигмы успешного старения [12, с. 71]. Синонимами понятия успешного старения являются: активное (A. Bowling), компетентное (R. Fernández-Ballesteros), продуктивное (H. Kerschner), здоровое (L.L. Bryant), позитивное (H. Kendig, C. Browning), «жизненное» (L. Ouaknine, P. Csank и M. Stones) [15]. В русскоязычной литературе используются понятия счастливое старение (Н.Ф. Шахматов [9]) и позитивно-конструктивное (О.Ю. Стрижицкая [6; 7; 8]) старение. Парадигма успешного старения способствует поиску факторов и условий, которые помогут определить потенциал старения и способы изменения старения в положительную сторону. Она призывает учитывать физические и психические компенсаторные ресурсы несмотря на имеющиеся физические недуги и заболевания в поздних возрастах [2, с. 336-337]. Понятие «успех» и «счастье» расценивается как развитие и поддержание благосостояния в старости.

Однако понятие успешного старения вызвало серьезную критику главным образом за то, что разделяет людей на «успешно» и «неуспешно» стареющих [30]. Само по себе понятие «успешное старение» подразумевает некий соревновательный

¹ Исследование выполнено под руководством Е.А. Сергиенко – д.п.н., профессора, зав. лабораторией психологии развития ИП РАН.

² Феномен существенного увеличения удельного веса в возрастной структуре населения пожилых людей в промышленно развитых странах получил ряд названий: «демографического старения», «старения или постарения населения», «седого общества» [4].

компонент, что способствовало поиску альтернативных терминов, таких как здоровое, активное, продуктивное старение и др. [6]. Несмотря на ряд критических замечаний успешное старение активно исследуется и внедряется в паллиативную помощь, а также в ряде психотерапевтических интервенций в поздних возрастах (подробнее см. исследования R. Fernandez-Ballesteros [17; 18; 27; 28]).

Понятие успешного старения

Первым термин «успешное старение» ввел R.J. Havighurst в 1961 г. как состояние, в котором пожилой человек испытывает максимальную удовлетворенность от жизни без серьезных затрат для общества [19]. В 1997 этот термин был развит в геронтологическое понятие J.W. Rowe и R.L. Kahn и получил широкое признание в научных и общих дискуссиях в 1990-е годы. Вплоть до 1970-х годов не существовало четких различий между «нормальным» и «патологическим» старением [12, с. 65]. J.W. Rowe и R.L. Kahn высказали предположение, что процесс старения может быть описан или как «обычный» или как «успешный». Они провели различие между "обычным" (снижение физических и когнитивных функций, а также социальной активности) и "успешным" (наличие минимальной физической и когнитивной потери с преобладанием активности в жизни) старением. По мнению этих авторов, успешное старение включает в себя следующие компоненты: низкий риск развития заболеваний или инвалидизации; высокие физические и психические функциональные возможности; участие в социальной или производственной деятельности [29].

С тех пор в литературе значительное внимание уделяется конкретизации определения успешного старения. Список зарубежной литературы по этому вопросу расширяется и включает в себя как теоретико-методологические, так и эмпирические исследования [28]. Выделяют следующие критерии успешного старения: высокий уровень образования и физической деятельности, участие в общественной жизни, отсутствие хронических заболеваний и инвалидности, автономия и наличие личного дохода [30]. Успешное старение включает в себя также удовлетворенность жизнью, принятия себя, положительные социальные отношения, контроль над собственной жизнью, гибкую адаптацию к окружающей среде, ощущение востребованности и стремление к личностному росту [31].

Большое количество исследований сходятся в том, что успешное старение – это отсутствие хронических заболеваний и способность продолжать эффективно функционировать как физически, психически и социально [16]. Данное определение возникло с появлением определения здоровья ВОЗ³ как оптимального состояния физического и психического благополучия, а не только как отсутствия болезней [33]. Вслед за определением здоровья было введено определение *активного старения* как процесса оптимизации возможностей для укрепления здоровья, социального участия и безопасности, для того, чтобы улучшить качество жизни пожилых людей. Активное старение понимается как положительный и адаптивный ответ на трансформацию личного статуса пожилого человека [33]. С подробным анализом основных подходов к определению успешного старения можно ознакомиться в нашем исследовании [1] и исследовании Е.С. Старченковой [5].

При исследовании успешного старения больший акцент придается не описанию психических процессов при данном типе старения, а разработке критериев и моделей, которые были бы полезны для конкретизации определения успешного старения.

³ Сокр. Всемирная организация здравоохранения.

Модель успешного старения (J.W. Rowe и R.L. Kahn)

J.W. Rowe и R.L. Kahn предложили первую модель успешного старения, представленную на рис. 1. Они определили успешное старение как сочетание ряда компонентов: 1) низкой вероятности заболеваний и инвалидизации; 2) высокой уровень познавательной и физической активности; 3) высокая социальная активность [29]. На рис. 1 показано, что модель включает в себя физические, психологические (эмоциональные, личностные и т.д.), когнитивные⁴ и социальные факторы человеческой жизни.



Рис. 1. Модель успешного старения J.W. Rowe и R.L. Kahn

Каждый из трех компонентов успешного старения включает в себя следующие подкатегории:

- Низкая вероятность заболевания относится не только к отсутствию или к присутствию самой болезни, но и отсутствию, присутствию или серьезному риску воздействия факторов для развития болезни.

- Высокий уровень физических и когнитивных функций определяет потенциалы для деятельности, он показывает, что человек действительно может сделать.

Активное участие в жизни принимает различные формы:

- Межличностные отношения включают в себя: наличие социальных контактов и совместную деятельность с другими, обмен информацией, эмоциональную поддержку и прямую помощь в деятельности.

- Включенность в продуктивную деятельность (забота об инвалидах, членах семьи, работа в церкви) создает общественную ценность и ощущение востребованности.

J.W. Rowe и R.L. Kahn считали, что каждый компонент важен сам по себе и вносит свой независимый от других компонентов вклад. Именно кумулятивное сочетание всех трех компонентов характеризует успешное старение [29]. Однако это понимание успешного старения не было свободно от критики. Главное направление

⁴ В рассматриваемой литературе сложилась не вполне логичная традиция, в которой термин «когнитивные функции (свойства, факторы)» отделяют от других психических функций (свойств, факторов), которые, в свою очередь, обозначают термином «психологические».

критики определения успешного старения этими авторами, является мысль о том, что выделенные аспекты успешного старения являются фиксированными конечными точками, а не личными целями, к которым люди стремятся в течение всей своей жизни. Модель не описывает сам процесс формирования успешного старения [15]. Другие исследователи считают, что вследствие этих фиксированных критериев, модель не учитывает многих *вариаций* успешного старения. Кроме того, критики отмечали, что в данной модели критерии успешного старения были предложены как нормативные и находятся под влиянием идеалов западных обществ, т.е. они культурно специфичны [31]. В литературе также встречается точка зрения, что данная модель может быть потенциально вредной для разработки общих коррекционных мероприятий [23].

Позже Е.А. Phelan также предложил модель успешного старения, включающую выделенные компоненты J.W. Rowe и R.L. Kahn, но дополненные духовным компонентом старения, содержащим в себе внутренние переживания о смысле жизни [14]. Основываясь на этих критических замечаниях и дополнительных исследованиях, исследователи пришли к выводу, что концепция успешного старения является *мультикомпонентным конструктом* [13; 28]. Первым примером такой модели является мультифакторная модель успешного старения L. Ouaknine, P. Csank и M. Stones [15, с. 17], показанная на рис. 2.

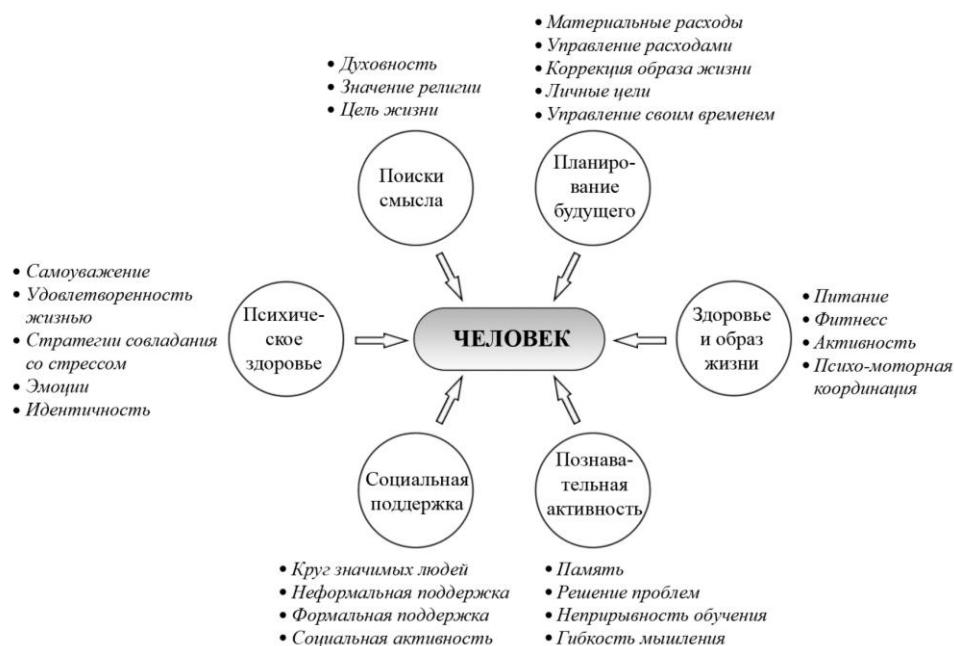


Рис. 2. Биопсихосоциальная модель успешного старения

Модель успешного старения L. Ouaknine, P. Csank и M. Stones, показанная на рис. 2, включает в себя различные жизненные области человека пожилого и старческого возраста. Эти области впоследствии используются при разработке интервенционных проектов в Международной федерации старения (англ. – International Federation of Aging). На основе этой модели в федерации старения была разработана *батарея оценки степени успешного старения* (англ. – Well Aging Assessment Battery), позволяющая оценить социальную поддержку, положительные и отрицательные аспекты психического здоровья, психомоторное функционирование, метапамять, автобиографическую память, планирование будущего и др. показатели [15, с. 21].

**Мультикомпонентная модель
(G.Y. Iwamasa и M. Iwasaki)**

G.Y. Iwamasa и M. Iwasaki дополнили модель J.W. Rowe и R.L. Kahn и предложили мультикомпонентную модель успешного старения (рис. 3), в основе которой лежит представление о том, что успешное старение является процессом многогранным и включает в себя представления о физическом, функциональном, социальном и психологическом здоровье [20].

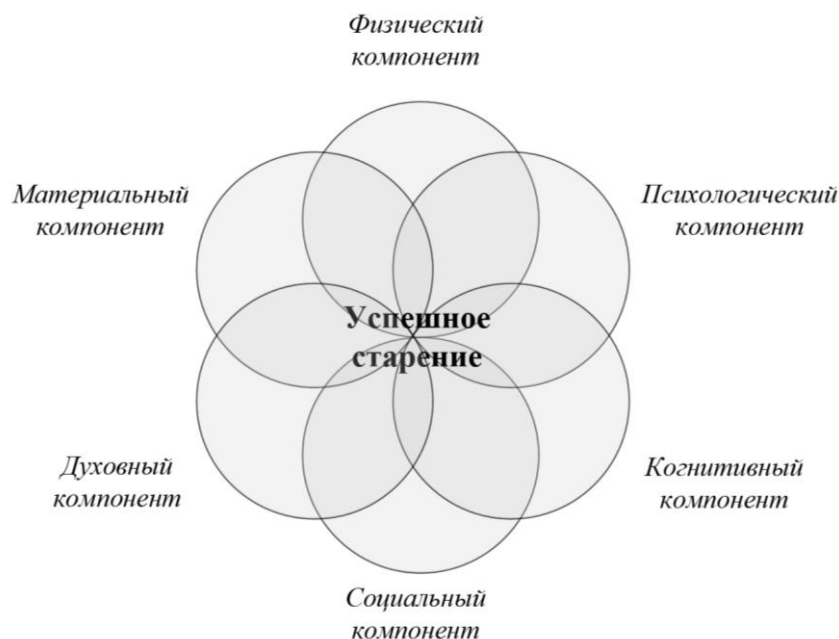


Рис. 3. Мультикомпонентная модель успешного старения (по G.Y. Iwamasa и M. Iwasaki)

Интересно сравнить эту модель с моделью здорового образа жизни В. Hettler (Six Dimensions of Wellness Model [32]), представленную на рис. 4.



Рис. 4. Модель здорового образа жизни (по В. Hettler)

Мультикомпонентная модель успешного старения включает в себя шесть взаимосвязанных аспектов: физический, эмоциональный, интеллектуальный, социальный, духовный и профессиональный. Как видно из рис. 3 и 4 есть некоторые совпадения между двумя моделями, за исключением профессионального аспекта. Компонентами профессионального аспекта успешного старения, по В. Hettler, являются: выбор карьеры, удовольствие от работы и производительность труда [32]. В двух моделях можно выделить общие компоненты:

- *Физический компонент*, в который входят следующие подкатегории: здравоохранение, питание, физические упражнения и внешность.

- *Психологический компонент* состоит из ряда подкатегорий, отражающих готовность к переменам, положительные эмоции и отношения, открытость к новым впечатлениям, стремление к независимости.

- *Когнитивный компонент* представлен познавательной активностью, направленной на овладение новым опытом.

- *Социальный компонент* представлен подкатегориями: отношения с близкими и друзьями, отдых и увлечения. Особое место уделяется социальному обучению, выполнению социальных ролей и культурно ожидаемого поведения.

- *Духовный и материальный компоненты* описывались не столь детализированно как другие. G.Y. Iwamasa и M. Iwasaki выделили следующие подкатегории духовного аспекта: религия, внутренний мир (переживания чувства одиночества, переживания ценности жизни после перенесенных болезней), вера, альтруистическое поведение.

Сравнение мультикомпонентных моделей успешного старения

Рассмотрев три модели успешного старения, представим сравнение компонентов многомерных моделей успешного старения у J.W. Rowe и R.L. Kahn, E.A. Phelan, G.Y. Iwamasa и M. Iwasaki, что показано в табл. 1.

Таблица 1.

Сравнение структурных компонентов в моделях успешного старения

Компоненты	Модели		
	Rowe, Khan (1997)	Phelan (2004)	Iwamasa, Iwasaki (2011)
Физический	Стратегии избегания болезни Поддержка физической формы	Здоровье	Здоровье
			Физические упражнения
			Внешность
			Активные виды деятельности
Психологический	Стратегии избегания болезни	Положительные эмоции	Диета
			Положительные эмоции и отношения
			Поддержания независимости
			Готовность к изменению
			Открытость новому опыту
Социальный	Взаимодействие с обществом	Социальная поддержка, наличие «социальной сети»	Внутриличностные копинг-стратегии
			Социальная поддержка, наличие «социальной сети»
			Отдых и увлечения
			Социальное обучение
Когнитивный	Стратегии избегания болезни	Новые векторы обучения	Социальные роли
			Активное использование умственных способностей
Духовный	Не рассматривался	Внутренний мир	Обучение
			Религия
			Внутренний мир
			Вера
Материальный	Не рассматривался	Не рассматривался	Альтруистическое поведение
			Оценка, признательность
			Оценка значения денег
			Финансовая безопасность

В таблице 1 показано, что *физический компонент* представлен здоровьем, наличием физических упражнений, питанием и активной деятельностью. В модели J.W. Rowe и R.L. Khan физический аспект представлен в двух подкатегориях: как избежать заболеваний и поддержание высокой познавательной и физической активности. Они уделяли внимание важной роли окружающей среды и поведению в определении рисков для заболеваний в поздних возрастах. В модели Е.А. Phelan физический аспект представлен следующими подкатегориями: отсутствие хронических заболеваний и поддержка здоровья. G.Y. Iwamasa, M.Iwasaki подчеркивают, что важно учитывать не только базовые знания и условия для поддержания здоровья и предотвращения

хронических заболеваний, а также культурно-специфическое поведение для поддержания здоровья.

Психологический компонент не рассматривается в модели J.W. Rowe и R.L. Khan, однако упоминается в подкатегории предотвращении заболеваний, включая психические заболевания, такие как тревога, депрессия и различные формы аддикций. Кроме того, они признали роль самоэффективности в компоненте поддержания когнитивных функций. Таким образом, модель J.W. Rowe и R.L. Khan не учитывает роль психологического аспекта в успешном старении. В противоположность этому, модель E.A. Phelan показала важность копинг-стратегий совладания с проблемами и способы адаптации к возрастным изменениям. В ней также учитывается роль самостоятельности и автономности в пожилом возрасте. Поддержание высокой познавательной и физической активности было выделено как одно из трех составляющих успешного старения по J.W. Rowe и R.L. Khan, в то время как в модели E.A. Phelan когнитивному аспекту уделяется меньшее внимание. Он рассматривал когнитивный аспект только в одной подкатегории: открытость к изучению нового.

Духовный компонент является дискуссионным и спорным при построении моделей успешного старения. Духовный аспект не входит в модель J.W. Rowe и R.L. Khan, тогда как в модели E.A. Phelan этот компонент представлен одной подкатегорией: внутренний мир, т.е. ощущение покоя, когда возникают мысли о том, что человек не будет жить вечно. G.Y. Iwamasa и M. Iwasaki показали, что религия играет важную роль в поддержании благополучия и обогащает способность пожилого человека справляться со стрессом. Пренебрежение духовным компонентом в предыдущих моделях, возможно, отражает традиционную склонность научных исследований в США исключать важность духовности в жизни человека [30]. *Материальный компонент* не рассматривался в моделях J.W. Rowe и R.L. Khan и E.A. Phelan, хотя, согласно лонгитюдному исследованию 1984 г., в котором приняли участие пожилые люди в возрасте 70-80 лет, уровень доходов в значительной степени связан с физической работоспособностью и был достоверным предиктором физического спада в пожилом возрасте.

Обобщая выше изложенное, стоит отметить, что ключевыми компонентами успешного старения в данных моделях являются: физический, функциональный, когнитивный и социальный аспект. Тем не менее в последние годы наблюдается появление исследований эмоциональных и личностных факторов, влияющих на успешное старение. К этим факторам относятся: контроль стрессов и преодоление стресса в конфликтных ситуациях, вера в самоэффективность и внутренний контроль, копинг-стратегии при борьбе с тревогой и депрессией, а также позитивная оценка смерти. Исследования показали, что чувство одиночества, различные депрессивные состояния (витальная, ипохондрическая депрессия) увеличиваются в старости и связаны с отсутствием поддержки со стороны семьи [26]. Однако, некоторые исследования показывают наличие отрицательной связи между чувствами близости в семье и ощущением социального комфорта в пожилом возрасте. Авторы описывают факт близости семьи как один из факторов социальной дезадаптации в пожилом возрасте [25].

Далее рассмотрим модели, более детально описывающие эмоциональные и личностные факторы при успешном старении.

Коммуникативная модель успешного старения (J.F. Nussbaum)

J.F. Nussbaum поставил под сомнение тот факт, что только два компонента социальной активности (формальная и неформальная деятельность) влияют на удовлетворенность жизнью. Он показал, что частота и близость контактов с семьей и друзьями тоже существенно влияют на удовлетворенность жизнью. Таким образом, если пожилой человек имеет высокий уровень взаимодействия с семьей и друзьями или чувствует высокий уровень близости к своей семье и друзьям, то он будет иметь более высокие уровни удовлетворенности жизнью, и, кроме того, эти более высокие уровни удовлетворенности жизнью будут усиливать ощущение близости и влиять на качество взаимодействий в пожилом возрасте. Данная модель помещает в центр социального компонента успешного старения близость пожилого человека с семьей и его друзьями. Причинно-следственные отношения в этой модели имеют два основных следствия. Во-первых, важно учитывать роль дружеских отношений в пожилом возрасте, а также функцию близких друзей для пожилых людей. Имеющиеся исследования показывают прямую связь (а) между друзьями, которые функционируют в качестве доверенных лиц для пожилых людей, и (б) между положительными эмоциями и удовлетворенностью жизнью. Близкий друг, который является доверительным лицом, может способствовать снижению или выходу от чувства одиночества. Кроме того, предложенная модель показывает, что позитивное отношение к жизни может укреплять тесные дружеские отношения.

Проактивная модель успешного старения (E. Kahana и B. Kahana)

E. Kahana и B. Kahana, обобщая свой опыт исследования пожилых людей, предложили проактивную модель успешного старения (proactively model of successful aging), показанную на рис. 5.

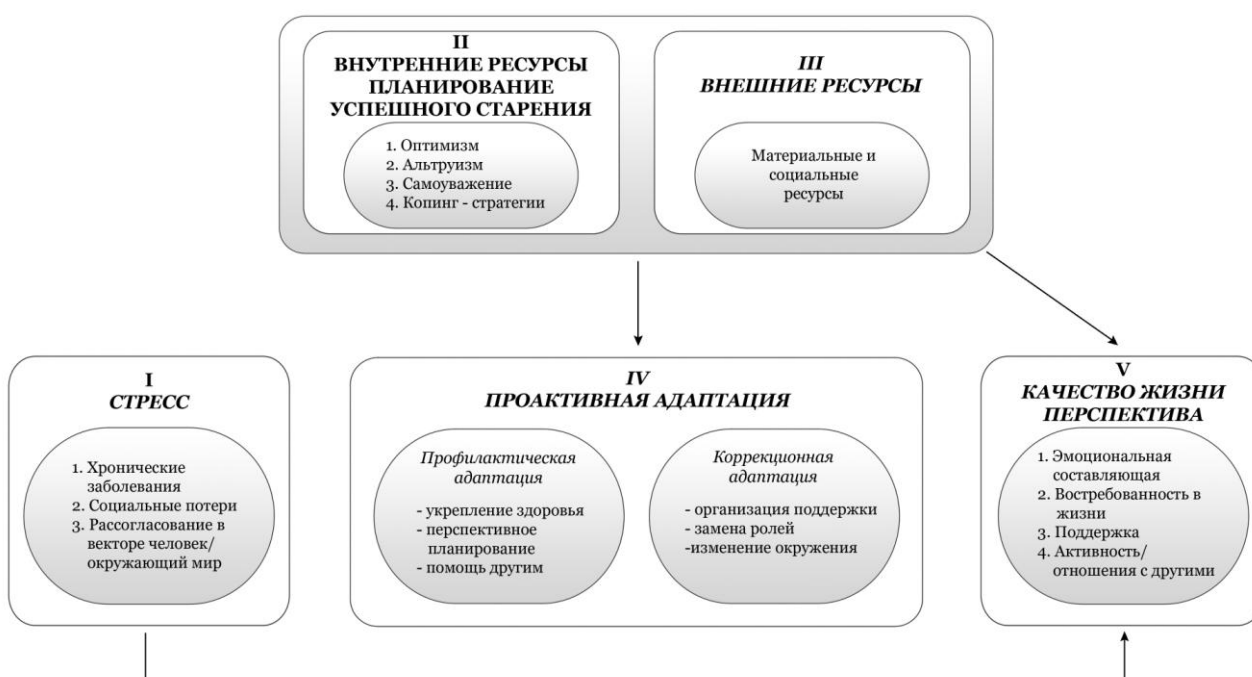


Рис. 5. Проактивная модель успешного старения (по E. Kahana, B. Kahana)

Теоретическим основанием данной модели является положение, что в пожилом возрасте есть нормальные стрессоры к которым относятся: хронические заболевания, недуги, социальные потери, отсутствие близкого человека и востребованности. Эти факторы угрожают психологическому и социальному благополучию. Е. Kahana и В. Kahana предположили, что внешние социальные ресурсы и внутренние ресурсы составляют те факторы, которые улучшают переносимость негативных последствий стресса и влияют на качество жизни [21]. Отличие этой модели от других является включение активных поведенческих компонентов адаптации и ресурсов. Благодаря этой модели (см. рис. 5) можно организовывать различные направления интервенций направленных на: 1) снижение воздействия стресса (компонент I); 2) повышение внутренних ресурсов и стратегии адаптации (компонент II); повышение внешних ресурсов (компонент III); содействие разнообразным активным приспособлениям как предупреждающим, так и коррекционным (компонент IV); непосредственное повышение качества результатов жизни (компонент V).

**Модель селективной оптимизации и компенсации развития
на протяжении всей жизни
(P. Baltes и M. Baltes)**

В данной модели говорится о том, что старение нужно понимать как гетерогенный процесс с различными путями и результатами развития. Авторы отказались определять конечные точки развития в пожилом возрасте. С точки зрения этой модели пожилые люди выбирают области жизни, которые важны для них, оптимизируя под них ресурсы и средства. Данный процесс облегчает успех в этих областях жизни и компенсирует потери для того, чтобы адаптироваться к биологическим, психологическим и социально-экономическим изменениям на протяжении всей жизни. Он способствует созданию условий для непрерывного успешного развития. Стрессоры, такие как, например, ухудшение здоровья, могут увеличиваться в то время как ресурсы уменьшаются в поздних возрастах, и, следовательно, выбор, оптимизация и компенсация ресурсов становится все более важным в процессе старения для поддержания положительного баланса между приобретением и потерей. Процессы в рамках этой модели могут происходить на сознательном или подсознательном уровне и в активной или пассивной форме. Они могут быть направлены на максимизацию приобретений и минимизацию потерь, а также на стремление к личным целям [10]. Данная модель считается универсальным механизмом, но работа этого механизма во многом зависит от личностных особенностей и окружающей среды, от личных целей, а также от культуры. В связи с этим данная модель позволяет спроектировать индивидуальные траектории успешного старения. На рис. 6 представлена модель селективной оптимизации и компенсации развития на протяжении всей жизни.

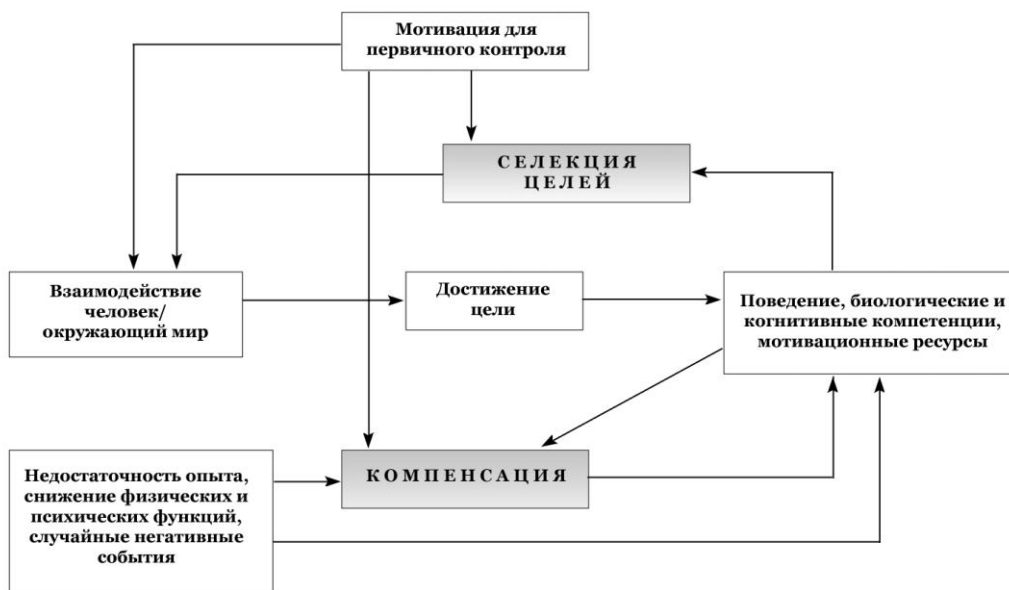


Рис. 6. Модель селективной оптимизации и компенсации развития на протяжении всей жизни (Р. Baltes и М. Baltes)

В пожилом возрасте психические, физические и материальные ресурсы ограничены, люди не могут непосредственно в любой момент своей жизни достигать заданную цель. Решающее значение для успешного старения имеют возможности сличать свою иерархию мотивов для достижения целей с собственными ресурсами. Процесс *селекции целей* способствует снижению потерь ресурсов в ходе деятельности. Для достижения личной цели пожилому человеку нужно распределить ресурсы для совершения данной деятельности. Процесс распределения ресурсов иначе называется *оптимизацией ресурсов* под цель деятельности. Это – процесс, направленный на приобретение необходимых ресурсов: развитие навыков, моделирование успешного действия, используя свою энергию, чтобы достичь цель оптимальным путем. Когда ресурсы истощаются, срабатывают *стратегии компенсации* по принципу саморегулирования, чтобы избежать срывов при достижении целей. Так, пожилой человек может компенсировать слабость того или иного органа как с помощью различных технологий, таких как слуховой аппарат или инвалидная коляска, так и за счет увеличения своего усилия или приобретения новых компенсаторных навыков. Оба процесса – оптимизации и компенсации, не только генерируют ресурсы, но и сами зависят от их наличия. При учете собственных ресурсов у пожилых людей наблюдается тенденция к поиску новых целей, которые значимы для них. Этот процесс называется «новый взгляд на цель». Как отмечают многие исследователи, уход от недостижимых целей связан с наличием субъективного неблагополучия у пожилых людей [13].

Таким образом, данная модель подчеркивает значимость создания условий, в которых успешное старение возможно, учитывая сферы жизни и личные приоритеты пожилого человека. Данная модель очень перспективна не только в объяснении успешного старения, но, как показал Р.В. Baltes, она может способствовать построению коррекционных программ по развитию когнитивных функций и социальной адаптации [10].

Модель здорового старения «идти и делать»
(L.L. Bryant)

Проведенные L.L. Bryant исследования на основе опроса людей пожилого и старческого возраста позволили выявить следующие компоненты здорового старения: физическое состояние, финансовая безопасность, психическое благополучие (включая личностные характеристики) и социальные ресурсы [13]. Данная модель, так же как и другие, определяет здоровое старение как «взаимодействие биологического, функционального, социального и психологического компонентов человека и окружающей среды». Однако, в отличие от предыдущих количественных моделей, данная модель рассматривает здоровье в пожилом возрасте не как статическое состояние, а как постоянный интегративный процесс перестановки и балансировки различных ее компонентов с целью поддержания способности выполнять деятельность и распределять соответствующие ресурсы, чтобы достичь желаемого результата. На рис. 7 показана модель здорового старения «идти и делать».

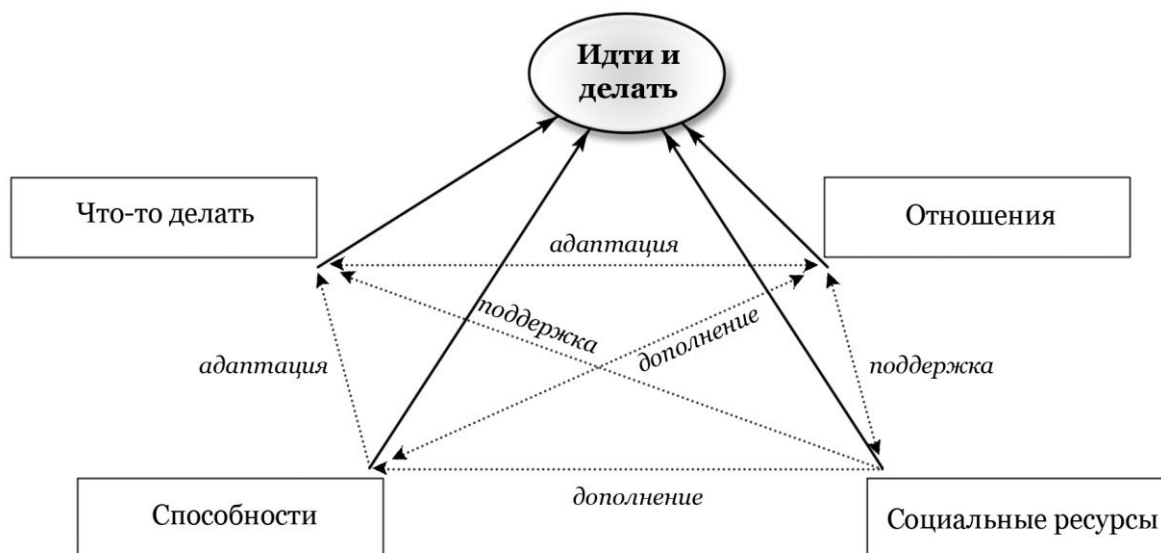


Рис. 7. Модель здорового старения «идти и делать» L.L. Bryant

На рис. 7 центральным звеном, является блок «идти и делать», который включает в себя способность совершать ту или иную значимую деятельность. Блок «что-то делать» фиксирует тот факт, что для создания позитивного вклада для здоровья человек должен заниматься тем, что имеет для него значение, т.е. иметь цель деятельности. Однако важно учитывать, что ресурсы для реализации этой цели в поздних возрастах ограничены. Исследования показали, что цели, которые люди ставят перед собой, и манера, в которой они реагируют и адаптируются к цели, влияют на поддержание здоровья и субъективного благополучия [22]. L.L. Bryant полагает, что негативные социальные последствия, наличие болей, инвалидности и депрессии могут влиять на способности идентифицировать смысл деятельности. Блок «способности» описывает степень, в которой люди имеют достаточные способности, чтобы удовлетворительно добиться успеха в той или иной деятельности. Этот блок включает в себя мобильность, сохранность функционирования анализаторных систем и психических функций. Блок «отношения» описывает личные качества, которые влияют

на выбор партнеров по общению и действий по отношению к ним. Этот же блок включает в себя самоощущение и осознания себя, чувство контроля, отношение к другим людям. Блок «социальные ресурсы» описывает соответствующие внешние ресурсы, которые влияют на поддержание здоровья. Линиями на рис. 7 показаны степени связи между блоками: они взаимодействуют, поддерживают, адаптируются и дополняют друг друга. Эти блоки объединяются для обеспечения ряда задач: 1) определение того, что нужно сделать; 2) организация необходимых способностей для восприятия проблемы; 3) получение ресурсов; 4) формирование желания что-то сделать.

Полученные L.L. Вrugant данные показывают, что у здоровых пожилых людей существуют адаптивные обратные связи между способностями и желанием что-то делать. Когда способности снижаются, эти люди адаптируют их к повседневной деятельности. Социальные ресурсы – это прямой путь, влияющий на желание что-то делать, но возможно, даже более косвенно влияющий на побуждение к деятельности, чем другие компоненты. Культурные ожидания, которые формируются из социальной среды, влияют на отношения и могут влиять на смысл деятельности. Семья и общественные ресурсы, с другой стороны, могут поддерживать волевые усилия к совершению деятельности, предлагая эмоциональную поддержку. «Отношения» дают выбор использовать способности и воспользоваться ресурсами поддержки, а также влияют на способы, которыми человек выполняет или не выполняет ту или иную деятельность. В свою очередь, наличие того что нужно делать, дает *чувство компетентности*, выгоду от доступной опоры, что может способствовать укреплению отношений, дополняя поддержку пожилого человека. Таким образом, все компоненты модели дополняют друг друга по принципу обратной связи, что показано на рис. 7.

Биопсихосоциальная модель успешного старения (M. Kanning и W. Schlicht)

Эта модель была разработана, с целью объяснить, как увеличить субъективное благополучие, чтобы старость проходила благоприятно. Основным аспектом модели M. Kanning и W. Schlicht – это комбинация физиологических, психологических и социальных факторов и их влияние на урегулирование и преследование личных целей [22]. Из этого следует, что шанс увеличить субъективное благополучие ограничен личными ресурсами и социальными структурами. На рис. 8 центральным блоком данной схемы, является субъективное благополучие.



Рис. 8. Биопсихосоциальная модель успешного старения (по М. Kanning и W. Schlicht)

Термин «субъективное благополучие» примерно соответствует тому, что обычно обозначается, как «удовлетворенность жизнью»; оба термина относятся к оценке собственной жизни и жизненных обстоятельств. Эта оценка зависит от баланса между двумя оценочными компонентами: «какой должна быть жизнь» и «какова реальная жизнь». Удовлетворенность жизнью будет достигнута, если (пожилой) человек не будет чувствовать значительной разницы между этими двумя оценками. Сами авторы отмечают, что в большинстве случаев пожилые люди всегда будут ощущать разницу между тем, как должно быть, и тем, как есть на самом деле.

Кроме того, субъективное благополучие можно представить как признак, варьирующий в зависимости от различных факторов. Так, ситуативное настроение или чувства нужно отличать от общих и обычных чувств (депрессии или тревоги). Субъективное благополучие как признак изменяется в различных типах ситуаций, а также от времени. В связи с этим М. Kanning и W. Schlicht определили субъективное благополучие в качестве критерия успешного старения. Наличие индивидуально значимых целей и средств, чтобы справиться со стрессом, является важным аспектом для положительного развития субъективного благополучия. Поставленные человеком цели влияют на субъективное благополучие, если только он способен удовлетворить психологические потребности, преследуя эти цели. Психологические потребности являются необходимыми наряду с физиологическими. Они относятся к мотивационным процессам, посредством которых человек стремится к автономии и самовыражению в рамках социального контекста. Объясняя структуру своей биопсихосоциальной модели, М. Kanning и W. Schlicht сосредоточились на физической активности как компоненте, влияющем на успешное старение. Физическая активность может поддерживать психологическую потребность двумя различными способами. Во-

первых, некоторые исследования показали, что физическая активность сопровождается различными физиологическими и когнитивными аспектами. Эти аспекты приводят к гибкости поведения, позволяя пожилому человеку жить, занимать активную жизненную позицию и преследовать выполнение разнообразных личных целей. Во-вторых, пожилой человек может непосредственно удовлетворять психологические потребности. Способность пожилого человека быть активным зависит от целого ряда факторов и условий жизни. Исследователи предлагают учитывать следующие критерии успешного старения: жизненные обстоятельства, актуальные способы мышления и условия окружающей среды (отдельные социальные, физические, экологические влияния с целью объяснить и предсказать физическую активность) [31].

* * *

На основе проведенного обзора психологических моделей успешного старения можно сделать следующие выводы:

- Отказ от биомедицинской парадигмы понимания старения как болезни и переход к парадигме успешного старения способствовал интенсивному росту исследований факторов, критериев и условий для определения потенциала старения и способов изменения старения в положительную сторону.

- Парадигма успешного старения призывает учитывать физические и психические компенсаторные ресурсы, несмотря на имеющиеся физические недуги, заболевания и инвалидизацию в поздних возрастах.

- Большое количество исследований, учитывая определение здоровья ВОЗ, сходятся в том, что успешное старение – это отсутствие хронических заболеваний и способность продолжать эффективно функционировать как физически, так и психически, и социально, то есть успешное старение – это мультикомпонентный конструкт, включающий в себя физический, психологический, социальный, когнитивный, духовный и материальный компоненты.

- Успешное старение может пониматься как личная цель, к которой человек стремится в течение всей жизни. Пример такого понимания успешного старения представлен в двух моделях: селективной оптимизации и компенсации развития на протяжении всей жизни (P. Baltes и M. Baltes) и психологической модели “идти и делать” (L.L. Bruyant). В этих моделях здоровье в пожилом возрасте понимается не как некое статическое состояние, а как постоянный интегративный процесс перестановки и балансировки различных ее компонентов с целью поддержания способности пожилого человека выполнять ту или иную деятельность, и распределять соответствующие ресурсы, чтобы достичь желаемого результата.

- Говоря о развитии, стоит учитывать различные вариации успешного старения. Данное положение нашло отражение в модели селективной оптимизации и компенсации развития на протяжении всей жизни (P. Baltes и M. Baltes). С точки зрения этой модели пожилые люди выбирают сферы жизни, которые важны для них, оптимизируя под них ресурсы и средства. Данный процесс облегчает успех в этих сферах жизни и компенсирует потери для того, чтобы адаптироваться к биологическим, психологическим и социально-экономическим изменениям на протяжении всей жизни.

- При исследовании успешного старения больший акцент придается не описанию когнитивных процессов при данном типе старения, а разработке критериев и моделей, которые были бы полезны для конкретизации определения успешного старения и разработке различных интервенций.

• Общими критериями успешного старения являются: высокий уровень образования и физической деятельности, гибкость в адаптации к окружающей среде, участие в общественной жизни и положительные социальные отношения (наличие семьи, друзей), автономия и наличие личного дохода, субъективное благополучие и стремление к личностному росту.

• Первая модель успешного старения (J.W. Rowe и R.L. Kahn) включала в себя ряд компонентов: 1) низкая вероятность заболеваний и инвалидизации; 2) высокий уровень познавательной и физической активности; 3) высокая социальная активность. Данные компоненты в последующем дифференцировались и дополнялись в моделях Е.А. Phelan, G.Y. Iwamasa и M. Iwasaki, что привело к созданию единой биопсихосоциальной модели успешного старения М. Kanning и W. Schlicht. Также стоит отметить существование моделей, делающих больший акцент на эмоциональных и личностных факторах успешного старения (J.F. Nussbaum, P. Baltes и M. Baltes, Е. Kahana и В. Kahana, L.L. Bryant).

• В связи с пиком развития соматических и психических расстройств в поздних возрастах модели успешного старения могут быть активно используемы в построении паллиативной помощи, а также в ряде психотерапевтических интервенций в поздних возрастах. Благодаря проактивной модели успешного старения (Е. Kahana, В. Kahana) можно организовывать различные направления интервенций, направленных на: снижение воздействия стресса; повышение внутренних и внешних ресурсов; содействие разнообразным активным приспособлениям как предупреждающим, так и коррекционным; непосредственное повышение качества результатов жизни. Пример применения моделей успешного старения в социальной реабилитации отражены в исследованиях R. Fernandez-Ballesteros.

Литература:

1. Альперович В.Д. Геронтология. Старость. Социокультурный портрет. Учебное пособие. М.: 1998. – 271 с.
2. Здоровая личность. Гл.: Современные проблемы психологии старения/ Стрижицкая О.Ю.// Санкт-Петербург: Речь, 2013. — 400 стр., 336-355 с.
3. Мелёхин А.И. Основные подходы к определению успешного старения // Российский научный журнал. - 2014. - №3. Том. 41. - с. 179-187.
4. Роик В.Д. Концептуальные подходы совершенствования пенсионной системы и социальной поддержки пожилого населения России в условиях долгосрочной тенденции старения населения // http://www.niitss.ru/analytics/publications/post_80.html (научно-исследовательский институт труда и социального страхования).
5. Старченкова Е.С. Геронтологические аспекты проактивного совладающего поведения: обзор зарубежных исследований // Психологические проблемы самореализации личности. СПб., 2010.
6. Стрижицкая О.Ю. К вопросу о саморегуляции как соотношении самооценки и самоотношения в период поздней взрослости // Проблемы современных междисциплинарных исследований в сфере гуманитарного знания: ландшафты рациональности: Материалы научно-методологического семинара. Омск, 2010.
7. Стрижицкая О.Ю., Хункос-Рабдан О. Современные европейские направления исследований психологии старения. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16. Психология. Педагогика, 2014. — № 2. — с. 66-71.

8. Стрижицкая О.Ю. Самодетерминация в период поздней взрослости и старения: теоретические подходы и проблемы // Вестник Санкт-Петербургского Университета Серия 12: Психология. Социология. - 2013. — № 4. - с.118-127.
9. Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина., 1996. – 304 с.
10. Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. // In P.B. Baltes M.M. Baltes (Eds.), Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences. New York: Cambridge University Press, 1990. - pp. 1–34.
11. Bartres-Faz D., Arenaza-Urquijo E.M. Structural and Functional Imaging Correlates of Cognitive and Brain Reserve Hypotheses in Healthy and Pathological Aging // Brain Topogr. – 2011. - Vol. 24. - pp. 340–357
12. Bengtson V.L, Malcolm L. J. The Cambridge Handbook of Age and Ageing. – Cambridge: Cambridge University Press, 2005. – 772 p.
13. Bryant L. L. In their own words: a model of healthy aging// Social Science & Medicine. – 2001. – Vol. 53. – pp. 927–941.
14. Cho J. Successful aging and developmental adaptation of oldest-old adults // Graduate Theses and Dissertations. - 2011. - 136 p.
15. Chapter N Successful aging // http://flash.lakeheadu.ca/~mstones/Textbook_SA.pdf (электронный ресурс)
16. Depp C.A, Jeste D.V. Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies// Am. J. Geriatr. Psychiatry. - 2006 Vol. 14. – №1. - pp. 6-20.
17. Fernández-Ballesteros R. et al. Promoting Active Aging Through University Programs for Older Adults. An Evaluation Study. // GeroPsych. – 2012. – Vol. 25. - № 3.
18. Fernández-Ballesteros R., Caprara M.G. Vivir con vitalidad-m: a european multimedia programme // Psychology in Spain. – 2005. – Vol. 9. – № 1. – pp. 1-12.
19. Havighurst R. J. Successful aging. // The Gerontologist. – 1961. - №1. – p. 8–13.
20. Iwamasa G.Y., Iwasaki M. A new multidimensional model of successful aging: perceptions of Japanese American older adults// J. Cross-Cult. Gerontol.. – 2011. – Vol. 26. – № 3. – pp. 261-278.
21. Kahana E., Kahana, B. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. // In V. L. Bengtson (Ed.), Adulthood and aging. Research on continuities and discontinuities. - New York: Springer, 1996, pp. 18–40.
22. Kanning M., Schlicht W. A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable “physical activity”// Eur. Rev. Aging Phys. Act. – 2008. – № 5. – p.79–87.
23. Kozar-Westman M. Successful Aging Among Assisted Living Community Older Adults// J. Nurs. Scholarsh. – 2013. – Vol. 45. – № 3. – pp. 238-46.
24. Liliana I., Lucian M. Active ageing and successful ageing as explicative models of positive evolutions to elderly people // Scientific Annals of the Alexandru Ioan Cuza University. New Series. Sociology and Social Work Section. – 2012. – Vol. 5. – № 1.
25. Nussbaum J. F. Successful aging: A communication model // Communication Quarterly. -1985. Vol. 33. - № 4. – pp. 262-269.
26. Ouwehand C. A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy // Clinical Psychology Review. – 2007. – Vol. 27. – pp. 873–884.

27. Pinquart M, Fernández-Ballesteros R. Teaching, Research, and Application of Geropsychology in Europe Report from the Task Force of the European Federation of Psychologists' Associations on Geropsychology // *European Psychologist*. – 2007. - Vol. 12. - № 3. – pp. 229–233.
28. Carrascosa-Gil et al. Successful aging: un enfoque holístico // *Gerokomos*. – 2010. – vol. 21. – № 4.
29. Rowe J.W., Kahn R.L. Successful Aging // *The Gerontologist*. – 1997. - Vol. 37. - № 4. - pp. 433-440.
30. Rowland D.T. Successful aging // *Population Aging International Perspectives on Aging*. – 2012. – Vol. 3. – pp. 151-165.
31. Strawbridge W.J, Cohen R.D. Successful aging: predictors and associated activities // *Am. J. Epidemiol.* – 1996. – Vol.144. - № 2. – p.135-141.
32. The Six Dimensions of Wellness Model // <http://www.nationalwellness.org/resource/resmgr/docs/sixdimensionsfactsheet.pdf> (электронный ресурс).
33. World Health Organization. Active aging: A policy framework. Geneva., 2002. – 57 p.

Поступила в редакцию: 24.09.2014 г.

Сведения об авторе

А.И. Мелёхин – аспирант первого года обучения Института психологии Российской Академии Наук (г. Москва) Лаборатории психологии развития.