

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ  
ИНСТИТУТ ПСИХОЛОГИИ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

На правах рукописи

Мелёхин Алексей Игоревич

**МЕНТАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Специальность 19.00.13 – психология развития, акмеология  
(психологические науки)

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

**Научный руководитель:**  
доктор психологических наук, профессор  
Сергиенко Елена Алексеевна

Москва – 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	4
<b>СПИСОК ТЕРМИНОВ</b> .....	5
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	6
<b>ГЛАВА 1. МЕНТАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ КАК ВНУТРЕННЯЯ ОСНОВА БЛАГОПОЛУЧНОГО СТАРЕНИЯ</b> .....	17
1.1. МЕНТАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ: СТРУКТУРА, ФОРМИРОВАНИЕ, ФУНКЦИИ И НАРУШЕНИЯ .....	17
1.2. КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	26
1.2.1. МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО (THEORY OF MIND): СТРУКТУРА, ФОРМИРОВАНИЕ, ФУНКЦИИ И НАРУШЕНИЯ 27	
1.2.2. СПЕЦИФИКА И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	34
1.2.3. ДЕФИЦИТ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: PROS И CONS .....	43
1.3. ВРЕМЕННАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	50
1.3.1. СУБЪЕКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ: СТРУКТУРА И ДИНАМИКА НА ПОЗДНИХ ЭТАПАХ ОНТОГЕНЕЗА .....	54
1.3.2. КОГНИТИВНЫЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ВРЕМЕНИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ .....	64
1.3.2. СУБЪЕКТИВНАЯ СКОРОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ .....	66
1.3.3. ВРЕМЕННАЯ ПЕРСПЕКТИВА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	71
1.4. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	77
<b>ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</b> .....	79
2.1. ПРОГРАММА И ХАРАКТЕРИСТИКА УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	80
2.2. МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	84
2.2.1. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.....	84
2.2.2. ОЦЕНКА ВРЕМЕННОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ.....	88
2.2.3. ОЦЕНКА КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ .....	94
2.3. СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ДАННЫХ .....	100
<b>ГЛАВА 3. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ</b> .....	102
3.1. СУБЪЕКТИВНЫЕ ЖАЛОБЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ .....	102
3.2. ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	104
3.3. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	107
Выводы по ТРЕТЬЕЙ ГЛАВЕ .....	111
<b>ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ</b> .....	113
4.1. СУБЪЕКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ИНДИКАТОР ТЕЧЕНИЯ СТАРЕНИЯ.....	113
4.2. СПЕЦИФИКА ОРИЕНТИРОВКИ В ТЕКУЩЕМ ВРЕМЕНИ.....	126
4.3. СЕМАНТИКА РЕПРЕЗЕНТАЦИЙ ВРЕМЕНИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	130
4.4. ДИНАМИКА СУБЪЕКТИВНОЙ СКОРОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ .....	140
4.5. ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	146
4.5.1. КОГНИТИВНЫЙ КОМПОНЕНТ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ .....	146
4.5.2. ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ КОМПОНЕНТ ВРЕМЕННОЙ ПЕРСПЕКТИВЫ.....	151
4.6. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	165
Выводы по ЧЕТВЕРТОЙ ГЛАВЕ .....	177
<b>ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ</b> .....	182
5.1. СПЕЦИФИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОМПОНЕНТА МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО .....	183
5.1.1. РАСПОЗНАВАНИЕ ЭМОЦИЙ ПО ЭКСПРЕССИИ ЛИЦА.....	184
5.1.2. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ЭМОЦИЙ ПО ЭКСПРЕССИИ ЛИЦА .....	188
5.1.3. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	191
5.2. СПЕЦИФИКА КОГНИТИВНОГО КОМПОНЕНТА МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО .....	196
5.2.1. ПАМЯТЬ НА ЛИЦА ДРУГИХ ЛЮДЕЙ.....	196
5.2.2. АДАПТАЦИЯ ТЕСТА ПРАГМАТИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ СИТУАЦИЙ Е. ВИННЕР .....	202
5.2.3. ПОНИМАНИЕ ОБМАНА .....	204
5.2.4. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	208
Выводы по ПЯТОЙ ГЛАВЕ.....	212
<b>ГЛАВА 6. СПЕЦИФИКА РЕОРГАНИЗАЦИИ МЕНТАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ</b> .....	215
6.1. МЕНТАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ.....	216
6.2. ВОЗРАСТНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕНТАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ БЛАГОПОЛУЧНОГО СТАРЕНИЯ И РИСКИ ИХ ИСТОЩЕНИЯ.....	220
6.2. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	225

Выводы по шестой главе.....	235
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	237
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	243
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А</b> ПРОТОКОЛЫ МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ.....	260
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б</b> АНАЛИЗ КОМПОНЕНТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ.....	271
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В</b> АНАЛИЗ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ И ЧУВСТВА ОДИНОЧЕСТВА.....	272
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г</b> КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.....	273
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Д</b> КАТЕГОРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ ВРЕМЕНИ ПРИ ВЕРБАЛЬНОЙ И НЕВЕРБАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ .....	275
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Е</b> НЕВЕРБАЛЬНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ВРЕМЕНИ.....	276
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Ж</b> КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ ВОСРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.....	280
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ И</b> КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ КОМПОНЕНТОВ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ.....	282

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

**КЖ** – качество жизни

**ХВ** – хронологический возраст

**СВ** – субъективный возраст

**БВ** – субъективный биологический возраст

**ЭВ** – эмоциональный возраст

**СВ** – социальный возраст

**ИВ** – интеллектуальный возраст

**КГО** – комплексная гериатрическая оценка здоровья

**МАО** – моноаминооксидаза

**ГБ** – гипертоническая болезнь

**ИБС** - ишемическая болезнь сердца

**ИМТ** – индекс массы тела

**ИЛ** - интерлейкины

**5 HTTLPR** – ген переносчик серотонина

**CIRS-G** – гериатрическая шкала кумулятивности расстройств

**MoCA** – Монреальская шкала оценки когнитивных функций

**GDS-30** – Гериатрическая шкала оценки депрессии

**R-UCLA-LS** - Калифорнийская шкала оценки чувства одиночества

**Winner's task** – тест оценки прагматической интерпретации событий

**ToM** – модель психического состояния другого человека

## СПИСОК ТЕРМИНОВ

- **Полиморбидность** – это не просто механическая сумма нескольких заболеваний, а определенное взаимодействие болезней, приводящее к возникновению нового патоморфологического состояния с индивидуальными клиническими проявлениями.
- **Пре-старческая астения (pre-frailty)** – возрастно-ассоциированный синдром, основными клиническими проявлениями которого являются: эпизодическое наличие общей слабости, флуктуирующие нейродинамические изменения, изменения в весе, которые сопровождаются повышенными рисками снижения адаптационного и восстановительного резерва.
- **Нормальное старение (normal aging)** – это результат естественного процесса развития при отсутствии хронических (манифестирующих) заболеваний и психической патологии, которые влияют на повседневное функционирование и качество жизни человека.
- **Благополучное старение (successful aging)** – это состояние, при котором человек пожилого или старческого возраста может задействовать адаптивные психологические и социальные механизмы для компенсации физиологических ограничений для достижения высокой удовлетворенности качеством жизни.
- **Ментальные ресурсы** – актуальный механизм регуляции, позволяющий человеку за счет процессов концептуализации событий и своих психических возможности поддерживать и регулировать собственную активность для достижения результативности и продуктивной самореализации. К этим ресурсам относят особенности когнитивно-эмоциональной организации.
- **Удовлетворенность качеством жизни** – это чувство психологического благополучия человека, которое вытекает из удовлетворения или неудовлетворения важными для него сферами жизни (физическое, психологическое здоровье, социальные отношения, безопасность окружающей среды).
- **Когнитивно-эмоциональная компетентность** рассматривается, как индивидуальные различия в знаниях, навыках и способности человека эффективно понимать, как собственные психические состояния и других людей. Включает в себя восприятие, понимание и регулирование эмоций, метапознание, как способность понимать эмоциональные состояния.
- **Модель психического (theory of mind)** – это метакогнитивная способность, обеспечивающая понимание как собственных психических состояний, намерений, так и других людей. Позволяет интерпретировать и предсказывать их поведение.
- **Эмоциональный компонент модели психического** - подразумевает симультанное восприятие эмоциональных состояний других людей на основании осознания собственных эмоций. Этот компонент организует *эмоциональную компетентность*, которая включает в себя: эмоциональное понимание; регуляцию эмоционального состояния; способность к эмпатии и просоциальному поведению.
- **Когнитивный компонент модели психического** - подразумевает память на лица, когнитивно-лингвистическую переработку социальной информации, понимание небуквальных высказываний, прагматическую компетентность, которая включает в себя:
- **Временная компетентность** – это интегральная характеристика человека, определяющая способность ориентироваться в текущем времени, конструктивно действовать в различных временных режимах и выстраивать личную временную перспективу.
- **Субъективный возраст** — это субъективное восприятие возраста, входящее в возрастную идентификацию.
- **«Ситуативный» масштаб восприятия времени** - сосредоточен на содержательно-ситуативном анализе способности оценивать временные интервалы (ориентировка в текущем времени, субъективная скорость течения времени).
- **«Биографический» масштаб восприятия времени** - сосредоточен на анализе картины жизненного пути человека и особенностях его восприятия жизненной перспективы (субъективный возраст, когнитивные репрезентации времени, временная перспектива).

## ВВЕДЕНИЕ

В современном мире наблюдается демографический глобальный феномен «поседения населения» (The 2018 Ageing Report). По данным Росстата, доля лиц позднего возраста в структуре населения в 2016 г. составляет 24,6%, а к 2031 г. достигнет 28,3%. В Москве ожидаемая продолжительность жизни на 2016 г. составила 77,08 лет, превысив общероссийский показатель более чем на 5 лет (Федеральная служба государственной статистики..., 2017). Эпидемиологические данные о психологическом здоровье людей «третьего» (55-74 лет) и «четвертого» (75-90 лет) возрастов указывают на надвигающуюся когнитивную (Wallin, 2018) и ментальную эпидемию (Семке, Цыганков, 2006; Сидоров, 2017). Так, по данным Министерства здравоохранения РФ за 2015 г. психическими расстройствами страдает 1,22 млн. человек (Казаковцев, Демчева, 2016). В последующие 15 лет, число людей старше 65 лет с социально-стрессовыми расстройствами возрастет до 4,3 млн. человек (Одарченко, 2009; Иванев, Авдеева, 2014; Александровский, Незнанов, 2018). Россия входит в состав девяти стран с наивысшими показателями когнитивных нарушений (Гаврилова, 2018). Таким образом, состояние психологического здоровья людей позднего возраста на данный момент признается неудовлетворительным из-за социально-стрессовых обстоятельств, которые изменили стереотип жизнедеятельности и опосредованно сформировали индивидуально значимые соматические, семейные, профессиональные, духовные и другие психотравмирующие факторы (Макушкин, Полищук, 2017; Михайлова, 2017; Александровский, Незнанов, 2018).

**Актуальность исследования.** За последние несколько лет произошло переосмысление понимания старости и старения как за рубежом (Lau, 2018), так и в России (Ткачева, Фролова, 2018). На смену *болезнь-ориентированной модели*, пришла парадигма *позитивной геронтологии* (positive gerontology), которая смещает акцент с понимания старения по принципу: болезнь - инвалидность – депрессия - деменция - смерть, на понимание *благополучной старости* с сохранением автономии, самореализации, психологической устойчивости (Ramirez, 2014; Martínez-Maldonado, 2016). В работах внимание уделяется способности пожилого человека интенсифицировать обращение к собственным ментальным ресурсам, которые во многом определяют эффективность адаптации к быстро меняющимся условиям жизнедеятельности (Хазова, 2014; Холодная, 2017; Стрижицкая, 2013; 2018; Сергиенко, Харламенкова, 2018; Наумова, 2013; Iwamasa, 2011; Kanning, 2008; Kahana, 2003; Westerhof, 2015; Mejía, 2017). Говоря о *психологической устойчивости* в позднем возрасте к повседневным стрессам, следует отметить *парадокс реакции на стресс*, заключающийся в том, что некоторые пожилые люди склонны лучше, чем другие справляться с повседневными

стрессами (Zhou, 2017). Несмотря на перенесенные стрессы, эти пожилые люди сохраняют позитивное чувство субъективного благополучия (Henchoz, et al., 2008; Lau, 2018). Этот парадокс стабильности, несмотря на потери, связан (stability-despite-loss paradox) с наличием и использованием ментальных и социо-экономических ресурсов для смягчения последствий различных стрессовых жизненных событий (Мустафина, 2014; Бабакова, Стрижицкая, 2017; Сергиенко, Харламенкова, 2018; Löffler, 2012; Nyqvist, 2015; Lundgren, 2015; Zambianchi, 2014; Dumitrache, 2018). Наличие этих ресурсов необходимо для формирования жизнестойкости, (Жизнеспособность человека... 2016; Fontes, 2015): познавательного, позитивного и активного жизненного стиля (Hughes, 2008). Одним из приоритетных направлений *Стратегий действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 г.* является обеспечение поддержания физического и психологического здоровья людей пожилого возраста, с целью увеличения удовлетворенности качеством жизни, как важного результата, связанного с благополучным старением (Ткачева, Фролова, 2018). Акцент должен делаться на индивидуальные стратегии и механизмы благополучного старения, усилении использования собственных сильных сторон и ресурсов для адаптации к проблемам старости и старения (Анцыферова, 2006; Ермолаева, 2011; Семке, Цыганков, 2006; Згурская, 2016; Наумова, 2013; Ament, 2012; Mental capital and wellbeing, 2008; Jeste, 2013; Dumitrache, 2018). Нам близки взгляды авторов (М.А. Холодной, 2017; Т.Л. Крюковой, 2016; В.А. Толочек, 2017; С.А. Хазовой, 2014; Л.И. Ларионовой, 2017; Е.А. Сергиенко, 2009; 2016), рассматривающих *ментальные ресурсы*, как особенности социо-когнитивных, интеллектуальных способностей человека обеспечивающих анализ и упорядочивание внешней и внутренней среды, создание когнитивных моделей ситуации и событий, оперирование внутренними моделями и представлениями, подготовку решения и способность гибкого когнитивного контроля для повышения эффективности деятельности.

**Постановка проблемы исследования.** На данный момент выделен целый спектр ментальных ресурсов благополучного старения: мудрость, экстраверсия, оптимизм, надежда, способность к когнитивной переоценке ситуации (Хазова, 2013; Наумова, 2013; Стрижицкая, 2013; 2018; Bowling, 2011; Löffler, 2012; Lundgren, 2015; Zambianchi, 2014; Kuria, 2012; Bjorklof, 2013; McKee et al., 2015; Mejía, 2017; Dumitrache, 2018). Постоянно увеличивающийся темп жизни, неустойчивость социальной обстановки требуют от человека позднего возраста интенсифицировать те индивидуальные ментальные ресурсы, которые позволяют эффективно адаптироваться к меняющимся условиям жизнедеятельности (Dumitrache, 2018). В отечественной (Лебедева, 2004; Курышева, 2013; 2014; Балашова, 2016; Вологодина, Рощина, 2014; Киреева, 2010; Микеладзе, 2016) и зарубежной (Cotter, 2017; Fortier, 2018; Teixeira, 2013; Thönes, 2015; Gabrian, 2017) психологии только начинаются исследования по ресурсной роли *временной и когнитивно-эмоциональной компетентности*. Неоднократно подчеркивалось, что эти компетентности включены в регуляцию разных аспектов жизнедеятельности человека

позднего возраста и выступают факторами благополучного старения (Grainger, 2018). Отметим, что изменения в восприятии времени, модели психического (theory of mind), являются составным элементом ряда неврологических и психических расстройств позднего возраста, что позволяет рассматривать эти изменения, как один из биопсихосоциальных маркеров течения старения (Cummings, 2017; Henry et al., 2016; Shiroma et al., 2016; Njomboro, 2017; Thönes, 2015; Teixeira, 2013; Bahadirli, 2013; Allman, Meck, 2012; Olivera-Figueroa, 2015). Эти процессы демонстрируют высокую эффективность в предсказании стратегий адаптации к процессу старения, преодоления психологических последствий травматизации и возможности благополучного старения (Laureiro-Martine, 2017; Natelson Love, 2015). В пожилом и старческом возрастах происходят изменения в *когнитивно-эмоциональной* (Phillips, Slessor, 2014; Лессе, 2017; Gonçalves, 2018) и *временной* (Стрижицкая, 2006; Киреева, 2010; Микеладзе, 2016; Балашова, 2016; Teixeira et al., 2013; Laureiro-Martinez, 2017; Pethtel, 2018) *компетентностях*. Наблюдается неустойчивость в равновесии между истощением и мобилизацией этих ментальных ресурсов, что отражается на способности адаптации к проблемам старости и старения (Kahana, 2012; Bowling, 2011; Löffler, 2012; Lundgren, 2015). В связи с этим возрастает значимость исследований таких ментальных ресурсов благополучного старения, как восприятие времени и модель психического, которые напрямую связаны с удовлетворенностью качеством жизни на поздних этапах онтогенеза.

**Цель исследования:** изучение реорганизации ментальных ресурсов (компонентов временной и когнитивно-эмоциональной компетентности в связи с удовлетворенностью качеством жизни) в пожилом и старческом возрастах.

**Объект исследования:** ментальные ресурсы на этапе позднего онтогенеза.

**Предмет исследования:** психологические изменения в организации ментальных ресурсов в позднем онтогенезе.

**Задачи исследования:**

- Выявить возрастно-специфические особенности, социо-демографические, медицинские и психологические предикторы временной компетентности («ситуативного», «биографического» уровней восприятия времени) в пожилом и старческом возрастах;
- Исследовать возрастно-специфические особенности, социо-демографические предикторы, медицинские и психологические предикторы «эмоционального» и «когнитивного» компонентов модели психического в пожилом и старческом возрастах;
- Выявить и проанализировать возрастную динамику действенности социо-демографических, медицинских, психологических предикторов в отношении удовлетворенности качеством жизни в пожилом и старческом возрастах;

- Проанализировать особенности связи восприятия времени и модели психического как ментальных ресурсов с удовлетворенностью качеством жизни в пожилом и старческом возрастах.

**Теоретическая гипотеза исследования:** ментальные ресурсы, составляющие внутреннюю основу благополучного течения старения, в пожилом и старческом возрастах реорганизуются, образуя новые психологические системы для достижения высокой результативности и продуктивной самореализации.

**Исследовательские гипотезы:**

- Когнитивно-эмоциональная и временная компетентности выступают ментальными ресурсами, связанными с благополучным старением, состав которых динамически изменяется от пожилого к старческому возрасту;

- В отличие от хронологического возраста индивидуальные варианты субъективного возраста в пожилом и старческом возрастах позволяют детальнее описывать специфику изменений во временной и эмоциональной компетентностях;

- В пожилом и старческом возрастах наблюдаются трансформации в «ситуативном» и «биографическом» уровнях восприятия времени в форме изменений в ориентировке во времени, субъективной скорости течения времени и степени связанности временных зон (прошлого, настоящего и будущего);

- В пожилом и старческом возрастах происходят изменения в эмоциональном и когнитивном компонентах модели психического, выражающиеся в трудностях запоминания лиц других людей по памяти, социо-эмоциональной селективности при распознавании, дифференциации эмоций, а также в понимании обмана;

- Социо-демографические (уровень образования, семейный и рабочий статус), медицинские (полиморбидность) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, когнитивное функционирование, удовлетворенность качеством жизни) особенности выступают предикторами изменений во временной и эмоциональной компетентностях в пожилом и старческом возрастах.

**Теоретико-методологической основой исследования** являются:

- Системно-субъектный подход (Е.А. Сергиенко) и положение о регрессе как антиципирующем развитии (Е.А. Сергиенко);

- Положения о структуре и динамике ментальных ресурсов (С.А. Хазова, М.А. Холодная, Е.В. Волкова, А.Н. Воронин, Н.Б. Горюнова, Е.А. Сергиенко). Ресурсный (позитивный) подход в геронтологии (D. Wozniak, D. Jopp, E. Ramirez, M. Martínez-Maldonado);

- Концептуальные положения о компонентах благополучного течения старения (Л.И. Анцыферова; О.Ю. Стрижицкая, Р. Baltes, С.А. Depp, D.V. Jeste, R. Schulz, J. Heckhausen;

G.J. Westerhof, J.F. Nussbaum, E. Kahana, G.Y. Iwamasa, M. Kanning) и психологическом витаукте (О. В. Краснова, О. Н. Молчанова);

- Концептуальные положения о способности понимать психические состояния других людей, модель психического (Е.А. Сергиенко, Е.И. Лебедева, А.Ю. Уланова, D. Premack, G. Woodruff, S. Baron-Cohen). Когнитивно-эмоциональная компетентность (E. Doerwald, J. Fortier, J.D. Henry, H. Rakoczy);

- Положения об уровне строения процесса *восприятия времени* (Б.И. Цуканов, Ю.В. Бушов, З.А. Киреева, Е.Ю. Балашова, Л.И. Микеладзе, R.A. Block, D. Zakay, W.H.Meck, S. Grondin, M. Maniadakis, P.Trahanias), временной компетентности (А.К. Болотова, О.В. Кузьмина, F. Piras, D. Laureiro-Martinez);

- Концептуальные положения о структуре и динамике *субъективного возраста* (Е.А. Сергиенко, О.В. Курышева, Y. Stephan, D. Agogo, R. Kastenbaum).

**Характеристика выборки исследования и критерии возрастных границ позднего возраста.** Всего в исследовании приняли участие 373 респондента *пожилого* ( $M_{age}=64,5$  лет) и *старческого* ( $M_{age}=79,9$  лет) возрастов, проходившие амбулаторное обследование состояния здоровья в Консультативно-диагностическом центре № 2, Городской поликлинике № 41, 186 и Российском геронтологическом научно-клиническом центре г. Москвы. Из всех участников была отобрана *основная группа* ( $n=290$ ) на основе критериев включения/исключения; нижней возрастной границей пожилого возраста, с учетом выделенных нами биопсихосоциальных аспектов; имеющихся классификаций позднего возраста в геронтологии (Карсаевская, Шаталов, 1978; Кишкун, 2008), гериатрии (Чеботарев, 1990) и геронтопсихиатрии (Авербух, 1969; Гаврилова, 2014; Семке, Цыганков, 2006). Основная группа была разделена на следующие подгруппы: 1) *55-60 лет* – 120 человек (17 мужчин и 103 женщин,  $56,6\pm 1,8$  лет); 2) *61-74 лет* - 120 человек (13 мужчин и 107 женщин,  $66,7\pm 3,9$  лет) и 3) *75-90 лет* – 50 (11 мужчин и 39 женщин,  $79,4\pm 3,5$  лет). От общего количества основной группы респондентов 35% (103 человека) имели высшее, 48,2 % (140 человек), средне-специальное, 12,7 % (37 человек), среднее образование. Состояли в браке 42% (122 человека), и 44% (129 человек) работали.

#### **Критерии включения:**

- Мужчины и женщины от 55 до 90 лет;
- Оценка *полиморбидного статуса* (по CIRS-G) до 24 баллов указывает на легкую степень клинической демонстрации полиморбидности, что требует коррекции факторов риска и образа жизни;
- Оценка *когнитивного функционирования* (по MoCA) до 26 баллов, указывает на отсутствие когнитивных изменений;

- Оценка *эмоционального состояния* (по GDS-30) от 9 до 20 баллов. Оценка от **10** (Yesavage et al.,1983), **12** (Aikman, Oehlert,2001) до **20** баллов по GDS-30 указывает на преобладание *симптомов субклинической депрессии*. Это свидетельствует о *негативной эффективности* (Isaacowitz, 2003), нарушении функциональной целостности *барьера психической адаптации*, что ведет к готовности дисфункциональным образом реагировать на стрессовые факторы (Александровский, 1986). Эти симптомы являются проявлением *социально-стрессового расстройства* (Александровский, Незнанов, 2018). Также их можно рассматривать как компенсаторные процессы реорганизации психологических ресурсов, направленных на достижение целостности «Я» (Молчанова, 2005).

- Письменное соглашение от респондента и/или его родственников/доверительного лица;

**Критерии исключения:**

- Осложненная коморбидность и выраженная полипрагмазия. Индекс полиморбидности (CIRS-G)>24 баллов;

- Наличие хронических расстройств в стадии обострения, интоксикаций, выраженных сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут влиять на социо-когнитивные функции;

- Серьезные нарушения слуха (пресбиакузис) и зрения (высокие аномалии рефракции, диабетическая ретинопатия, дальтонизм);

- Оценка когнитивного функционирования (по MoCA) <26 баллов;

- Нейродегенеративные заболевания и неврологические заболевания;

- Оценка симптомов депрессии (по GDS-30)>20 баллов;

- Наличие аффективного спектра расстройств; психотической симптоматики, гипоманиакальных и маниакальных симптомов;

- Наличие негативизма со стороны пожилого человека; признаки формального отношения к обследованию, отказ человека позднего возраста, его родственников и/или доверительных лиц от участия в исследовании.

**Методы исследования** состояли из следующих диагностических блоков:

**I. *Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья:***

- *Физическое здоровье:* опросник оценки здоровья гериатрического респондента (Geriatric Health Questionnaire, University of Iowa Health Care); гериатрическая шкала кумулятивности расстройств (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, Miller et al, 1992);

- *Функциональный статус:* краткий опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL-BREF, WHOQOL Group,1998);

- *Когнитивное функционирование*: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, Nasreddine, 2005);

- *Эмоциональное состояние*: гериатрическая шкала оценки депрессии (Geriatric Depression Scale-30, Yesavage, 1983); Калифорнийская шкала оценки чувства одиночества (Revised UCLA Loneliness scale, Russell, 1996).

**II. Оценка субъективного возраста:** шкала оценки субъективного возраста Б. Барака (Cognitive age-decade scale, Barak, 1987);

**III. Оценка временной компетентности:**

- *«Ситуативный» масштаб восприятия времени*: индекс общей ориентировки из Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, Nasreddine, 2005); метод определения понятия (Лурия, 1975); метод рисунка (Серкин, 2004); тест осознания времени (Time Awareness Test, Solomon, 1950);

- *Биографический масштаб восприятия времени*: тест выбор метафор (Time Metaphor Scale, Wallach, Green, 1961) в адаптации И.Ю. Кулагиной (2010); тест оценки восприятия скорости течения времени в различные возрастные периоды Р. Лимлича (Test subjective acceleration of time, Lemlich, 1975); круговой тест Т. Коттла (circles test, Cottle, 1967); методика «Кто Я» М. Куна (Twenty Statements Test, Kuhn, 1954) модификация Л.В. Бороздиной свободное описание временных зон (Бороздина, Молчанова, 1988).

**IV. Оценка когнитивно-эмоциональной компетентности:**

- *Эмоциональный компонент модели психического*: Пенсильванский тест на оценку распознавания (Penn Emotion Recognition Task-40, Kohler, 2004) и дифференциации (Penn Measured Emotion Discrimination Task, Erwin, 1992) эмоций по лицу;

- *Когнитивный компонент модели психического*: тест на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий (Pragmatic interpretation short stories, Winner, 1998); запоминание лиц (Penn Facial Memory Test, Gur, 1993).

**Статистическая обработка данных** проводилась с помощью IBM SPSS v.23 и Microsoft Office Excel 2016 для OS X, с использованием следующих методов обработки данных: дескриптивный анализ; U-критерия Манна-Уитни; Краскала-Уоллеса; хи-квадрат, коэффициент ранговой корреляции R – Спирмена; эксплораторный факторный анализ по методу главных компонент, с вращением факторов по методу Варимакс; кластерный анализ; множественный регрессионный анализ.

**Достоверность и надежность результатов** обеспечены корректным теоретико-методологическим обоснованием замысла и процедуры проведения исследования; репрезентативностью выборки участников исследования; применением адекватных целей и задач; исследованием научно-обоснованных методов и методик, сочетанием их качественного и

количественного анализа; корректной обработкой полученных данных с помощью применения вариативных методов математико-статистической обработки.

**Научная новизна:**

- Показано, что составляющей благополучного течения старения является индивидуальные ментальные ресурсы, которым свойственна реорганизация в пожилом и старческом возрастах. Набор компонентов когнитивно-эмоциональной и временной компетентностей перестраивается с переходом от пожилого к старческому возрасту;
- Показано, что биографический, ситуативный уровни восприятия времени, способность понимать психические состояния других людей выступают структурными компонентами индивидуальных ресурсов в пожилом и старческом возрастах;
- Показано, что в отличии от хронологического, субъективный возраст выступает биопсихосоциальным маркером течения старения и позволяет детальнее описывать динамику изменений в физическом и психологическом благополучии, воспринимать время и понимать психическое состояние других людей;
- Впервые описана специфика функционирования компонентов, обеспечивающих процесс построения модели психического состояния другого человека. Показано, что со стороны эмоционального компонента модели психического в позднем возрасте наблюдаются симптомы вторичного эмоционально-специфического дефицита, состоящего в изменении запоминания лиц, распознавании и дифференциации эмоций по лицевой экспрессии, ухудшении при распознавании негативных эмоций. Со стороны когнитивного компонента модели психического наблюдаются симптомы вторичного дефицита прагматической компетенции в форме трудностей в понимании обмана. Проведенное исследование позволило не только выделить социо-демографические, медицинские, психологические предикторы, влияющие на модель психического в позднем возрасте, но и представить социо-когнитивные компенсаторные процессы;
- Выделенные изменения в «ситуативном» и «биографическом» уровнях восприятия времени, и выявленные социо-демографические, медицинские и психологические предикторы, влияющие на эти изменения, позволили расширить представление Н.Н. Толстых о динамике компонентов хронотопа в онтогенезе. Поздний возраст можно отнести к периоду преобладания темпоральной составляющей хронотопа, который сопровождается трансформацией временной перспективы.

**Теоретическая значимость:**

- Предложено разделять дефицитарный и ресурсный подходы к пониманию изменений в когнитивно-эмоциональной и временной компетентностях;

- Адаптирована для позднего возраста структурно-уровневая модель индивидуальной субъективной возрастной идентификации Е.А. Сергиенко, которая показывает внутренние и внешние ориентиры оценки субъективного возраста;

- На основе системно-субъектного подхода представлено уровневое строение и выделены особенности сомато-, психо- и социогенеза когнитивно-эмоциональной и временной компетентностей человека пожилого и старческого возраста;

- Результаты исследования о специфике восприятия времени и построения модели психического подтверждают данные о многомерности и разновекторности старения позволяют перейти к анализу личного опыта старения, т.е. концептуализации внутреннего мира человека позднего возраста его субъективного опыта, понимания мира.

#### **Практическая значимость:**

- Включение оценки и усиления временной и когнитивно-эмоциональной компетентностей как ментальных ресурсов позволяет разработать когнитивно-поведенческие вмешательства для повышения вероятности достижения и поддержания благополучного старения;

- Предложенный алгоритм проведения комплексной гериатрической оценки состояния здоровья людей позднего позволит улучшить распознавание пре-астении и старческой астении как обратимых неблагоприятных форм течения старения;

- Разработанные алгоритмы проведения обследования и интерпретации гериатрической шкалы оценки депрессии; шкалы оценки субъективного возраста Б. Барака и кругового теста Т. Коттла позволят эффективнее выявлять людей позднего возраста с повышенным риском неблагоприятных исходов старения, с последующим выделением терапевтических мишеней для оптимизации психологического благополучия;

- Включение в комплексное гериатрическое обследование здоровья оценки модели психического с помощью Пенсильванской нейропсихологической батареи позволит выявить поведенческие изменения в обработке социо-эмоциональной информации, которые наблюдаются при психических и нейродегенеративных расстройствах позднего возраста;

- Адаптированный тест на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий Е. Виннер может быть использован и включен в социо-когнитивный тренинг для людей позднего возраста по улучшению метакогнитивных способностей;

- Выделенные симптомы изменений в когнитивно-эмоциональной компетентности, которые выступают биопсихосоциальным прогностическим фактором благополучного течения старения;

- Оценку вербальных и невербальных когнитивных репрезентаций времени, временной перспективы, субъективной скорости течения времени следует рассматривать не только как набор методик, направленных на оценку ментальных ресурсов людей пожилого и

старческого возрастов, но и как потенциальные проективные техники, которые следует использовать в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии, направленной на формирование временной интеграции и конструирования образа будущего.

**Положения, выносимые на защиту:**

- Структура ментальных ресурсов в пожилом и старческом возрастах вариативна и включает в себя модель психического, «ситуативный» и «биографический» уровни восприятия времени, субъективный возраст, которые тесно взаимосвязаны с состоянием здоровья и удовлетворенностью качеством жизни;
- В старческом по сравнению с пожилым возрастом большее число компонентов временной и когнитивно-эмоциональной компетентности образуют систему ментальных ресурсов благополучного старения, несмотря на их общее уровневое снижение;
- Субъективный возраст, с одной стороны, можно рассматривать, как биопсихосоциальный индикатор течения старения. С другой стороны, как ментальный ресурс благополучного старения, который защищает от деструктивных процессов старения, эйджизма и способствует формированию новых, гибких форм поведения. В старческом по сравнению с пожилым возрастом из-за полиэтиологических факторов происходят ухудшения в ситуативном (ориентировка в текущем времени), биографическом (субъективная скорость течения времени, когнитивный и эмоциональный компоненты временной перспективы) уровнях восприятия времени; трансформация в вербальных и невербальных репрезентациях времени;
- В старческом по сравнению с пожилым возрастом наблюдается ухудшение в когнитивном (память на лица, понимание обмана), и эмоциональном (распознавание, дифференциация эмоций по лицу) компонентах модели психического.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования представлялись и обсуждались на заседаниях лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях ФГБУН Института психологии РАН. Были представлены в виде уставных докладов на следующих конференциях: «Человек, субъект, личность в современной психологии...» (Москва, 2013 г.); «Ломоносовские чтения» (Москва, 2014-2016 г.); «Психология XXI века» (СПб, 2014 г.); «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» (СПб, 2014 г.); «Государственная политика по развитию биомедицинских технологий в области профилактики старения и возраст-зависимых заболеваний» (Москва, 2015 г.); «Психология – наука будущего» (Москва, 2015 г.); «Ананьевские чтения – 2015;2016;2017» (СПб, 2015,2016,2017 г.); XVI Съезд психиатров России (Казань, 2015 г.); «От истоков к современности ...» (Москва, 2015 г.); «Общество для всех возрастов» (Москва, 2015;2017 г.); «Геронтология и гериатрия: достижения и перспективы» (СПб, 2016 г.); «Психология XXI века: российская психология в контексте мировой науки», (СПб, 2016 г.); «Психология стресса и совладающего поведения», (Кострома, 2016 г.); «Пожилкой больной. Качество жизни», (Москва, 2016;2017 г.); Седьмая международная конференция по когнитивной науке (Светлогорск, 2016 г.); «Клиническая сомнология» (Москва, 2016,2017;2018);

«Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития», (СПб, 2016 г.); «Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы» (Москва, 2016 г.); «Процедуры и методы экспериментально-психологических исследований» (Москва, 2016 г.); «Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия» (Рязань, 2016 г.); «Психология здоровья и болезни» (Курск, 2016 г.); Антропология времени (Москва, 2017 г.). «Современные тенденции развития психиатрической помощи: от региональных моделей к общей концепции» (Екатеринбург, 2018 г.); «Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и психотерапии» (Москва, 2018); XIII Международная Пироговская научно медицинская конференция студентов и молодых ученых (Москва, 2018); «Наукової конференції «Розквітання психології часу» (Одесса, 2018); «Актуальные вопросы психического здоровья: память будущего и сценарии жизни» (Рязань, 2018); «III Ежегодная научно-практическая конференция памяти М.Ю. Кондратьева» (Москва, 2018); «Поляковские чтения-2018 (к 90-летию Ю.Ф. Полякова)» (Москва, 2018); «Инновационные ресурсы социальной психологии: теории, методы, практики» (Москва, 2018); «Лицо человека в пространстве общения» (Москва, 2018); «Психология человека как субъекта познания, общения и деятельности» (Москва, 2018); VI Всероссийская научно-практическая конференция по психологии развития, посвященная 80-летию со дня рождения профессора Л.Ф. Обуховой (Москва, 2018); «5th International Conference on Depression, Anxiety and Stress Management» (Лондон, 2017); «35 International Conference on Psychiatry & Psychosomatic Medicine» (Париж, 2018).

**Материалы исследования** отражены в 10 научных статьях, в изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией РФ для публикации результатов работ по специальности 19.00.13 - психология развития, акмеология. 27 научных статьях в других рецензируемых научных изданиях. 40 статьях, тезисах в сборниках российских и зарубежных конференций по психологии развития и геронтопсихологии.

**Структура и объем работы:** Диссертационная работа изложена на 291 страницах машинописного текста. Состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка используемой литературы (включающего 492 источник из них 134 на русском и 358 на английском языках) и 8 приложений. Работа без приложений иллюстрирована 83 рисунками и 46 таблицами.

## ГЛАВА 1. МЕНТАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ КАК ВНУТРЕННЯЯ ОСНОВА БЛАГОПОЛУЧНОГО СТАРЕНИЯ

### 1.1. Ментальные ресурсы: структура, формирование, функции и нарушения

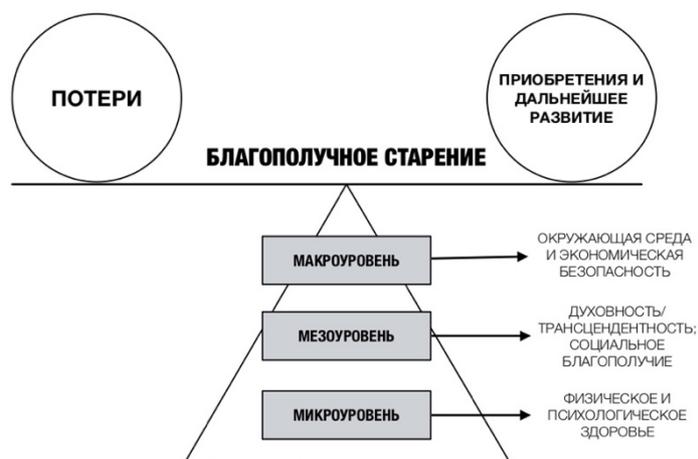
Люди в возрасте 65 лет и старше в настоящее время являются самой быстрорастущей возрастной группой, в которой доминируют *бэби-бумеры*. Причем быстрее всего увеличиваются численность людей в возрасте 80 лет и старше (MacLeod, 2016). Феномен «цунами стареющих бэби-бумеров» произойдет интенсивно в период 2020-2030 годов (Saliba El Habre, 2018). Учитывая этот феномен, исследователи сосредоточили свои усилия на понимании и изучении факторов *благополучного течения старения*, т.е. помощи людям 55-65+ достичь старости с оптимальным здоровьем, минимальной инвалидностью, оптимизмом, положительными эмоциями, физической и социальной активностью (Jeste, 2013; Saliba El Habre, 2018). Наблюдается смещение акцента с предотвращения возрастного снижения на усиление способов благополучного старения (Jeste, 2013).

На смену *биомедицинского подхода* наблюдается внедрение *психосоциального подхода*, который повышенное внимание уделяет психологическим факторам благополучного старения (Saliba El Habre, 2018). Психологические проблемы старости и старения на данный момент являются молодой областью геронтопсихологии (Сергиенко, Харламенкова, 2018). Для наглядного понимания того, как на данный момент строится отношение к старости и старению Дж. Варнер предложил *метафору белого листа бумаги и черной точки на нем* (Warner, 2015). Распространена *патогенетическая* (дефицитарная) *парадигма понимания старения* (pathogenic paradigm) пожилого человека уделяющая внимание только, биомедицинским факторам, облегчению симптомов и предотвращению рецидивов является черной точкой на белом листе. При понимании старения и старости часто акцент делается исключительно на «потерях», которые происходят в различных сферах жизни человека позднего возраста<sup>1</sup> (Bowling, 2011). Эта парадигма не предусматривает учета «белой части листа», т.е. не ориентирована на усиление *благополучного* (позитивного, успешного, позитивного) *течения старения* с учетом персоналогического портрета пожилого человека, наличия когнитивного резерва, нейропластичности приводящей к нейрогенерации и ментальных ресурсов (Warner, 2015;

---

<sup>1</sup> *Примечание.* В данном исследовании мы будем использовать понятие «*поздний возраст*» (late age) который включает в себя пожилой возраст (55-74 лет), старческий (75-90) возраст и долгожители (90 и старше) (Семке, Цыганков, 2006; Иванец, Авдеева, 2014; WHO, 2015).

Udomratn, 2016). В рамках данной парадигмы игнорируются, что в позднем возрасте наблюдается *парадокс оценки старости* (paradox of aging): несмотря на изменения со стороны физического и психологического здоровья большинство людей пожилого и старческого возраста удовлетворены своим качеством жизни, считают себя благополучными и проявляют интерес к самосовершенствованию (Карсаевская, Шаталов, 1978; Кишкун, 2000; Wozniak, Jopp, 2012; Delle Fave, 2018). Старение – это многомерный и многоуровневый процесс, который характеризуется не только рисками, уязвимостями и потерями, акцентом на физических аспектах (рис.1.1), но и на состоянии социальных, психологических, духовных, трансцендентных аспектов (Zanjari, 2017).



**Рисунок 1.1.** - Уровневая модель баланса благополучного старения (Zanjari et al., 2017)

Определение благополучного старения начинается с базового (микро) индивидуального уровня (рис.1.1), далее мезоуровня - *личностно-адаптационного потенциала* как способности к гибким изменениям своих личностных черт, для повышения *психологической устойчивости*, сохранении позитивного смысла жизни и положительного благополучия независимо от внешних и внутренних условий (Delle Fave, 2018; Zanjari, 2017).

Стоит отметить, что в последнее время по отношению к людям позднего возраста увеличивается *жестокое отношение* (MacLeod, 2016). Эти стрессовые события носят травматический характер вызывая трудности в реализации актуальных социальных потребностей, что играет существенную роль в психогенезе социально-стрессовых расстройств (Сидоров, 2017) и развитии такой неблагоприятной формы течения старения как *старческая астения* (frailty) (Jeste, 2013). Говоря о *психологической устойчивости* в позднем возрасте к повседневным стрессам и социальным проблемам, следует отметить *парадокс ответной реакции на стресс* (stress response/resilience paradox) (Mental Health and Older People, 2016), который хорошо передал Е.С. Авербух: «Почему у одних людей позднего возраста в одних психотравмирующих ситуациях развиваются невротические, а у других психотические состояния?» (Авербух, 1969). Именно ментальные ресурсы во многом определяют

эффективность гибкой адаптации к меняющимся условиям жизнедеятельности. (Хазова,2013). Эти ресурсы, в частности, определяют продуктивность когнитивно-поведенческих стратегий в решении возникающих проблем старости и старения, совладания с жизненными ситуациями – вызовам (Ментальные ресурсы личности...,2016). Под этими ситуациями понимается, то, что человеку предъявляет какая-то внешняя ситуация (по отношению к его «Я»), также это может быть и его собственный организм. Например, серьезные сердечно-сосудистые заболевания, череда потерь (Александрова, Леонтьев,2016). Событие воспринимается как травматичное из-за того, что оно *бросает вызов пониманию*, встряхивает и дезорганизует глубинные убеждения о мире, себе и других людях вызывая психологический дискомфорт (Знаков, 2017). Люди позднего возраста могут обладать жизнестойкостью или психологической устойчивостью, гибко адаптироваться к неблагоприятным обстоятельствам, бросать вызов стрессовым ситуациям формируя к ним более оптимистичное, позитивное отношение для поддержания самооценности (Windsor,2015). Это зависит от способности пожилого человека интенсифицировать, обращаться к собственным ментальным ресурсам, чтобы эффективно функционировать (Ментальные ресурсы личности..., 2016). Для пожилых людей с *«хрупкой» пограничной личностной организацией* при изменениях в жизненном стереотипе, жестоком отношении и повседневных стрессах характерны такие проявления истощения ресурсов как чувство выученной беспомощности, отчужденности, вины и стыда, самообвинение, тревожные руминации (Соколова, 2015; Saajanaho,2016).

Л.И. Анцыферова выделила копинг-стратегии у пожилых людей по отношению к старению, в основе которых лежат отношение к миру, социальная активность и способы справляться с трудными жизненными ситуациями: *сохранение себя как личности* (конструктивный тип) или как *индивида* (деструктивный тип). Если пожилой человек *выбирает* первую копинг-стратегию, он имеет больше возможностей для *саморегуляции*, чем те люди позднего возраста, которые выбрали стратегию сохранения себя как индивида (Анцыферова,2006). Понятие *выбора копинг-стратегии* старения является условным и зависит от самого пожилого человека, его внутренней картины болезни и здоровья, копинг-стилей совладания со стрессом, механизмов психологической защиты, и особенностей *субъективной картины старения* (subjective aging, personal aging experience) (Анцыферова,2006; Steverink, 2001; Xiao, 2018).

Уникальной способностью человеческого старения является наличие *личной философии старения* (personal-philosophy aspect of aging), самовосприятия старения (self-perceptions of aging)

или *субъективной картины старения*, которая является не просто системой ментальных репрезентаций о позитивных и негативных аспектах старения, а такой *моделью реальности*, которая выступает «фильтром» взаимодействия человека с миром, установочной программой

реализации здравоцентрического потенциала (Steverink, 2001). Из этого вытекает принцип свободы индивидуального выбора идентичности в позднем возрасте, произвольного конструирования «Я» в условиях быстроменяющихся условий жизни в современном обществе (Анцыферова, 2006; Steverink, 2001). Согласно *модели саморегуляции* (self-regulation model, Н. Leventhal) когда пожилой человек воспринимает угрозы, он применяет разные способы преодоления в зависимости от своего личного восприятия старения (Xiao, 2018). Учет специфики субъективной картины старения способствует пониманию *психологической устойчивости*, которая согласно определению Американской психологической ассоциации, предполагает активное использование преимущественно *внутренних, ментальных ресурсов* человека для гибкой адаптации или «отскока назад» (bouncing back) от различного рода стрессовых ситуаций (MacLeod, 2016). Для описания процесса и приписывания смысла собственному старению человеком позднего возраста Дж. Вестерх и С. Варм (Westerhof, Wurm, 2015) предложили *модель субъективной картины старения* (heuristic model subjective aging) представленная на рис. 1.2.



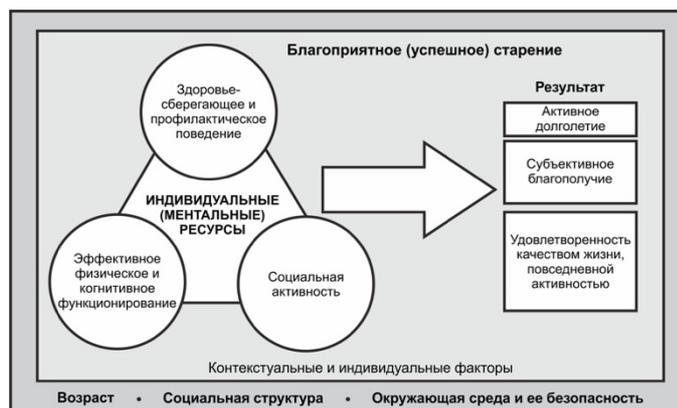
**Рисунок 1.2.** - Модель субъективной картины старения Дж. Вестерха и С. Варма (Westerhof, Wurm, 2015)

Из рис. 1.2. видно, что траектория течения старения определяется субъективной картиной старения, ментальными ресурсами, состоянием физического и психологического благополучия и жизнеспособность. Состояние этих компонентов определяется:

- *Индивидуальными особенностями:* уровень образования, свойства темперамента, факторы «большой пятерки», толерантность к неопределенности, личные ценности и установки (Beddington, 2008; MacLeod, 2016);
- *Социокультурным контекстом:* мир современного человека характеризуется неопределенностью и повышенными рисками, в котором возрастают требования к *жизненным компетенциям* (Анцыферова, 2006; Герокова, Крутько, 2015; Головей, Стрижицкая, 2016; Григорьева, Видясова, 2015). Быстрые социо-демографические изменения, характерные для современной социальной ситуации с преобладанием *культов потребления и стремления к молодости, социальных проблем и межличностных конфликтов* вызывают у пожилого человека состояние катастрофизации, нестабильности, неопределенности – Я перед лицом настоящего и будущего (Соколова, 2015). Оказываясь в ситуации *двойного кризиса: социальной*

и временной идентичности человеку позднего возраста, труднее становится провести грань между прошлым, настоящим и будущим, достичь упорядоченности и целостности в достижении личных целей и планировании собственной жизни (Григорьева, Видясова, 2015; Pesina, Gudzovskaya, 2016).

Субъективная картина старения включает в себя (рис.1.1): оценку субъективного возраста, восприятие собственной старости и старения, а также возрастно-ассоциированных «потерь» и «приобретений». Из рис. 1.2. видны *петли обратной связи*, которые указывают на то, что изменения в физиологических и ментальных ресурсах влияют на субъективную картину старения в негативном ключе. При изменениях в *физическом и психологическом здоровье* часто пожилой человек связывает проблемы со здоровьем с *возрастом*, что приводит к оценке своего субъективного возраста «старше» хронологического возраста. Это в свою очередь приводит к закреплению уже существующих негативных возрастных стереотипов о «типичной старости» и развитию более негативного восприятия старения. Кроме того, негативное самоощущение старения в свою очередь влияет на субъективное благополучие, волю к жизни, контроль поведения, здоровье-сберегающее и профилактическое поведение (рис.1.2). Изменения в ресурсах тем самым способствуют сниженной удовлетворенности качеством жизни. Это вновь ведет к изменениям в оценке субъективного возраста и отрицательному восприятию старости и старения. Таким образом образовывается *порочный цикл деструктивного отношения к собственному старению* (Westerhof, 2015). С. Межиа предложил концепцию понимания благополучного течения старения как *интеграции индивидуальных ресурсов* человека позднего возраста (Межіа, 2017) представленная на рис.1.3.



**Рисунок 1.3.** - Модель благополучного старения С.Т. Межиа (Межіа, 2017)

Благополучное течение старение предполагает (рис.1.3) способность к структурным и уровневым изменениям своих качеств и свойств, конгруэнтность с окружающей средой, наличие социальной активности, сплоченности; здоровье-сберегающего и профилактического поведения в отношении физического, когнитивного и психологического функционирования, которые осуществляются через призму *ментальных ресурсов*. Благополучное старение – это

пересечение отдельных ресурсов (Mejía,2017). Отметим также, что согласно *модели адаптации к развитию* (model of developmental adaptation, Martin, Martin, 2002) прошлый и настоящий негативный опыт пожилого человека влияет на удовлетворенность качеством жизни. Однако, наличие психологических и социо-экономических ресурсов обеспечивают благополучное старение, смягчают негативные последствия старости и старения. Эти психологические или ментальные, внутренние ресурсы включают личностные диспозиции (экстраверсия, оптимизм), самооффективность и контроль убеждений. Социо-экономические ресурсы представлены воспринимаемой социальной поддержкой, социальными сетями и финансовым состоянием (Dumitrache, 2018). Существует обширное научное доказательство ресурсов, способствующих адаптации к проблемам старости и старения (например, Dai et al., 2013; Dumitrache, 2018). Тем не менее, большинство из этих ресурсов по сей день не включены в психологические модели благополучного старения (Dumitrache, 2018) В связи с этим вместо патогенетической (дефицитарной) парадигмы понимания старения в рамках *позитивной геронтологии* (positive gerontology) был предложен *салютогенетический* (salutogenic approach) или *ресурсный подход*, который ориентирован не только *клиническое*, но и на *личностное выздоровление и рост*, усиление использовать собственные сильные стороны, ментальные ресурсы для повышения субъективного благополучия, активного долголетия (Jeste,2013). Согласно этому подходу траектория течения старения во многом определяется психологической устойчивостью, которая зависит от ряда факторов: конституционно-биологических, характерологических особенностей, психопатологического диатеза, патогенных или санногенных воздействий микросоциальной среды при участии соматогенных, эндокринных и когнитивных факторов, а также от состояния *ментальных ресурсов* как индивидуально-психологических характеристик субъекта для устранению противоречий с окружающей средой, преодоления неблагоприятных жизненных событий посредством гибкой трансформации ценностно-смыслового измерения, задающего ее направленность и создающего основу для открытия своей уникальной идентичности и последующей самореализации (Калашникова,2011; Foresight Mental Capita,2008; Cooper, Goswam,2009 Saajanaho,2016).

Систематизируем ключевые положения о ментальных ресурсах:

### **I. Структура:**

- Являются основой контроля поведения, включающего три подсистемы: когнитивный контроль, эмоциональную регуляцию и произвольный контроль (Сергиенко,2009; Хазова,2014,2016);
- Стержнем этих ресурсов является *аутентичность* – индивидуальная естественность и биопсихосоциодуховная уникальность человека (Сидоров,2017);
- Относят когнитивный, понятийный, метакогнитивный интенционный опыт (Дружинина,2015);

- В качестве системы ментальных ресурсов рассматриваются индивидуально-психологические характеристики эффективные для достижения целей в конкретной ситуации-вызова (Хазова, 2014; 2016; Волкова,2016; Ментальные ресурсы...,2016; Kahana,2012; Morelli,2010);

- Позволяют акцентировать внимание не только на актуальных сильных способностях человека, проявляющихся в конкретный момент, но и на *потенциальных возможностях* (Волкова,2016; Воронин, Горюнова,2016; Иванова,2016; Наумова,2013; Хазова,2014; Kahana,2012; Lundgren,2015; Wells, Kendig,1999);

- Профиль ментальных ресурсов имеет индивидуальный характер, является динамичным, изменяющимся под влиянием приобретенного нового опыта справляться с трудными жизненными ситуациями. Образован взаимодействующими ресурсами разных уровней: от индивидуально-типологических свойств, социо-когнитивных и творческих до духовных способностей (Сергиенко, 2009; Хазова.2014; Сидоров ,2017; Wells, Kendig,1999);

- Внутренняя картина старения, копинг-стили, механизмы психологической защиты, являются способами регуляции ментальных ресурсов и одновременно отвечают за их организацию в структуре адаптационного ответа (Коцюбинский,2013; Сидоров,2017).

## **II. Формирование:**

- Объем ресурсов зависит от ряда предрасполагающих факторов: преморбидного биологического адаптационного потенциала, генетического диатеза, раннего детского опыта, семейных и социальных обстоятельств, уровня образования, особенностей структуры личности и механизмов совладания (Хазова, 2013; Сидоров,2017; Beddington,2008);

- Возникновение, развитие, управление ресурсами опирается на процессы *когнитивной концептуализации* (Ментальные ресурсы...,2016; Хазова, 2014);

- Одни ресурсы способны породить другие (Moos,2006). Профиль индивидуальных ресурсов начинает свое формирование как *иерархия*, но в процессе онтогенеза выстраивается в *гетерархию*, обуславливая существования и взаимодействие различных типов ресурсов, находящихся в отношениях комплементарности, позволяя человеку гибко перестраиваться в соответствии с требованиями ситуации (Хазова, 2013;2014);

- *Биполярность ресурсов*: могут выступать не только в позитивном ключе, но и как психологические барьеры, которые мешают разрешению жизненной ситуации и развитию личности (Ларионова,2017);

- *Произвольная мобилизация ресурсов*, связана с возможностью выбора наиболее подходящих для той или иной ситуации способов действий, возможностью контроля за состоянием ресурсов и оценкой их эффективности. *Непроизвольная мобилизация ресурсов*, осуществляется ситуацией-вызовом, исходя из концептуализации оценки человеком данной ситуации и собственных возможностей (Хазова, 2014; Волкова, 2016);

- Факторами мобилизации ресурсов являются: осознанность, способность к высокой концентрации внимания, гибкость мышления, целеустремленность, рефлексивные способности и наличие социального капитала. Может происходить *спонтанно* в рамках психокоррекции, психотерапии, творческой, благотворительной деятельности и духовно-религиозных практиках (Saajanaho,2016).

### III. Функции:

- *Когнитивная функция.* Влияют на нейропластичность, когнитивный резерв, увеличивая познавательный интерес, открытость новому, что может влиять на замедление гиппокампальной атрофии (Jeste,2015);

- *Регуляторная функция.* Сохранение адаптационно-компенсаторных механизмов. Обеспечивают реализацию *личностного адаптационного потенциала* на протяжении всей жизни (Иванова,2016; Beddington,2008; Foresight Mental Capital,2008; Cooper, Goswami,2009); предотвращение или купирование стресса, «буфер» против стресса (Luthans, 2007); поддержание состояния здоровья (Saajanaho,2016); эффективное управление эмоциональным состоянием (Rahimnia, 2013); понимание ситуаций и своих возможностей; поддержание и расширение социального капитала (Волкова, 2016). Выступают предикторами *активного долголетия* (Mejía,2017). Способствуют более гибкому переходу от одного жизненного стиля пожилого человека к другому (Duner, Nordstrom,2005). Необходимы для формирования у человека позднего возраста *жизнестойкости*, а также *познавательного, позитивного* (positive approach to life) и *активного* (can-do-approach to life) *жизненного стиля* (Foresight Mental Capital,2008; Löffler,2012).

### IV. Группы и виды.

Выделяют когнитивные, коммуникативные, эмоционально-волевые, мотивационные и телесные группы ресурсов (Сергиенко, 2009, Хазова,2013). Положительные ресурсы *первого порядка* включают в себя: надежду, самоэффективность и оптимизм (Luthans et al., 2007). К ресурсам благополучного старения относят: когнитивную и поведенческую гибкость, упорство, мастерство, оптимизм, наличие надежды, позитивное восприятие старения, ориентацию на будущее, чувство собственного достоинства, чувство когерентности, чувство юмора, религиозный копинг (Saajanaho,2016; Zambianchi,2014; Wells,1999; Lundgren,2015; Bowling,2011; Löffler,2012). К ресурсам, которые обладают *сильным мотивационным потенциалом* для дальнейшего развития в позднем возрасте относят: когнитивное оперирование не только настоящим, прошлым, но и также настоящим и прогнозируемым будущим; мысленное перемещение себя в положительное прошлое и будущее, положительная переоценка прошлого в свете трудностей настоящего; наличие «психологического прошлого», как ресурса справиться с проблемами в настоящем; расширение границ настоящего за счет будущего; наличие «психологического будущего» в котором пожилой человек строит свои замыслы, цели, планы (Анцыферова,2001; 2004).

V. **Нарушения.** Для функционирования ресурсов характерно ограниченность, возможность их истощения и восстановления (Волкова, 2016; Хазова, 2014). Например, согласно *модели влияния стресса, Л. Перлина* (Stress Process Model), объективные и субъективные стрессоры, накопление деструктивных эмоций (гнев, печаль) вызывает у пожилого человека состояние *перегрузки*, что сопровождается истощением ресурсов, рисками возникновения вторичных деформаций (Judge, 2010). Подвержены изменениям следующие ресурсы в позднем возрасте: оптимизм, надежда и психологическая устойчивость (Wozniak, Jopp, 2012). Факторы риска истощения ресурсов в позднем возрасте можно разделить на следующие группы (Lundgren, 2015; Smith, Gerstorf, 2008; Taylor, Stanton, 2007; Wells, Kendig, 1999):

- *Соматические факторы:* наличие жизнеугрожающих заболеваний; изменений в функциональном состоянии с преобладанием болевого синдрома; системного хронического воспаления; наличие старческой астении; сниженной физической активности и полипрагмазии;
- *Психологические факторы:* изменения в когнитивном функционировании; жестокое обращение со стороны близких людей; потеря партнера, детей или доверительного лица; симптомы аффективного спектра расстройств; ригидные стратегии для оптимизации личностного функционирования; отсутствия временной перспективы будущего; сниженная психологическая асертивность.
- *Социальные факторы:* финансовый стресс, социальная изоляция, отсутствие занятости и социальной активности.

Благополучное старение во многом зависит от гибкой адаптации к современным ситуациям-вызова, что требует наличие *когнитивно-эмоциональной компетентности* (cognitive/social-emotional competence, Doerwald, 2016) как способности понимать не только собственные психические состояния, но и других людей в динамически изменяющемся социальном контексте. Эффективность социального взаимодействия в современном быстроменяющемся мире опирается на *временную компетентность* (temporal/time competence), т.е. способность следить за течением времени в процессе деятельности, реагировать на тот или иной социальный сигнал с определенной скоростью и через заданные определенные временные интервалы. Уметь ускорять или замедлять темп и ритм своей деятельности, рационально планировать и использовать время в своей повседневной жизни. Восприятие времени рассматривают как компонент социального познания, который позволяет мысленно предвосхищать угрозы или стрессовые события, извлекать и упорядочивать собственный ментальный опыт во времени для моделирования, планирования и проблемно-ориентированного решения сложившейся жизненной ситуации (Кузьмина, 2012; Baltes, 1993). Мы предлагаем рассматривать когнитивно-эмоциональную и временную компетентности как индивидуально-психологические характеристики - ментальные ресурсы благополучного

течения старения. Далее мы рассмотрим специфику изменений в этих компетентностях в пожилом и старческом возрасте.

## **1.2. Когнитивно-эмоциональная компетентность в пожилом и старческом возрасте**

По данным PubMed с 1967 по 2018 г. особенно после 2000-х годов наблюдается увеличение числа исследований *социо-эмоциональной способности* (socio-cognitive skills/capacities) или *когнитивно-эмоциональной компетентности*, которая рассматривается как индивидуальные различия в знаниях, навыках и способности человека эффективно понимать, как собственные психические состояния и других людей. Включает в себя восприятие, понимание и регулирование эмоций, *метапознание*, как способность размышлять о состоянии собственных когнитивных процессов (Doerwald, 2016; Fortier, 2018). Это связано с тем, что эффективная навигация в турбулентном социальном мире включает разрешение сложных ситуаций, принятие решений в ситуации неопределенности, динамичного контекста и повышенного риска опираются на следующие способности человека: определение значимых социо-эмоциональных стимулов в окружающей среде и разделение их на благоприятное и враждебные; принимать во внимание различные варианты, перспективу точек зрения, понимать собственные психические состояния и состояния другого человека; узнавание людей, несмотря на изменения во внешности и социальном статусе в контексте различных ситуаций; регулирование собственного эмоционального состояния; подчинение собственных интересов интересам партнера или социальной группы (Сергиенко, 2015; Henry, Phillips, 2013; Rakoczy, 2012).

В последнее время у людей увеличивается рост *эмпатического дистресса* (high empathic distress), плохой дифференциации как собственных психических состояний, так и сниженной чувствительности, избирательности в распознавании эмоций по лицу другого человека (Cotter, 2017). Эмпатический дистресс согласно *модели социо-когнитивного дефицита*, Д. Миера и П. Кирча (model social-cognitive deficits) приводит к различным функциональным изменениями в социальном познании (Mier, Kirsch, 2017). Например, *гиперментализации/активации* (hyperactivation), когда другому человеку приписываются те или иные негативные эмоции (например, гнев). Это нарушение распознавание эмоций нарушение распознавания эмоций приводит к негативному неверному толкованию социально-эмоциональных сигналов. Например, может привести к параноидальному толкованию намерений других людей как злонамеренных. Может наблюдаться

*гипоментализации/активации* (hypoactivation) как оборонительной социо-когнитивной стратегии, чтобы не думать о собственных переживаниях и других людей (Grainger et al, 2018). В связи с этим было выполнено большое количество исследований по способности формировать *модели психических состояний* (theory of mind, ToM) или *ментализации* (mentalizing), что отражает возросшее признание того, что эти навыки имеют решающее значение для понимания когнитивно-эмоциональной компетентности и психологического здоровья (Pardini, 2009; Henry, Cowan, 2015; Cotter, 2017; Fortier, 2018).

### **1.2.1. Модель психического (theory of mind): структура, формирование, функции и нарушения**

В основе понимания людьми друг друга лежит способность распознавать и интерпретировать психические состояния, а также *желание, установка или сознательная направленность личности* на получении как можно больше информации о себе и другом человеке (Налчаджян, 2006). Эта установка предполагает наличие *склонности к самоанализу*, «модели себя» (Корнилова, 2017), гибкого «*образа психического состояния*» (Прохоров, 2016) или «*концептуальной модели психического состояния Другого*». Способности соотносить действия с мыслями и чувствами с целью организации на этой основе социального поведения для благоприятного взаимодействия с другими людьми, построения романтических отношений, семейной удовлетворённости, планирования ежедневных действий, выполнение задач в трудовой жизни и при стрессе (Сергиенко, 2008; 2010; 2013; 2015).

### **Проблема дифференциации понятий, описывающих психологическую реальность понимания себя и другого человека**

По сей день в отечественных и зарубежных исследованиях нет консенсуса относительно определения понятий, описывающих психологическую реальность понимания человеком себя и другого человека: «аффективное познание», «социальное познание», «модель психического», «ментализация», и «эмоциональный интеллект» (Сергиенко, Лебедева, Уланова, 2018; Fortier, 2018). Появление на первый взгляд этих синонимичных понятий, согласно Е.Т. Соколовой (2015) и А.Б. Холмогоровой (2016) обусловлено различными методологическими позициями исследователей и используемыми методиками. Е.А. Сергиенко (2008) предложила

переводить «theory of mind» как «*модель психического*» как собственного, так и другого человека, а не как «внутренняя модель сознания другого человека», что отсылает к проблеме сознательных и бессознательных структур психики (Сергиенко, 2008; 2010). Некоторые авторы рассматривают модель психического как *способность понимать психические состояния других людей, тогда как другие определяют ее как способность принимать точку зрения других людей* (Fortier, 2018). Из таблицы 1.1. видно, что модель психического понимается как *метакогнитивная способность*, которая обеспечивает приписывание другим людям психические состояния в качестве причин их поступков, а также интерпретацию и предсказание их поведения на языке психических состояний. Эта способность позволяет формировать *модель репрезентативного пространства «Я-Другой»* и использовать ее для организации оптимальной социальной активности, поддержания автономии, социального капитала и следования социальным нормам поведения, принятым в обществе (Соколова, 2015; Henry, 2015).

**Таблица 1.1.** - Сравнительный анализ понятий, описывающих психологическую реальность понимания себя и другого человека

МОДЕЛЬ ПСИХИЧЕСКОГО	МЕНТАЛИЗАЦИЯ	СОЦИАЛЬНОЕ ПОЗНАНИЕ	ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ
<b>ПОНЯТИЕ</b>			
Системный социо-когнитивный процесс, который обеспечивает понимание собственного психического состояния и состояние других людей, а также позволяет сделать умозаключения о мыслях, планах, предположениях, амбициях других людей.	Социо-когнитивная способность, позволяющая воспринимать и интерпретировать поведение других людей как детерминированными не внешними, а внутренними причинами. Процесс познания другого осуществляется с применением фантазии, воображения, творчества для реконструкции внутреннего мира другого человека. Это интуитивная быстрая установочная реакция.	Социальное познание понимает процесс, как социальная информация кодируется, как она хранится и извлекается из памяти; как социальное знание структурируется человеком, какие когнитивные процессы участвуют, когда у человека формируется репрезентации о других людях. Описывает, как человек образует суждение о психических состояниях других людей.	Компонент социального интеллекта, группа когнитивных способностей (навыков), которые способствуют осознанию и пониманию собственных эмоций и эмоций других людей, управлению собственными эмоциями с целью эффективного социального взаимодействия.
<b>СТРУКТУРНЫЕ КОМПОНЕНТЫ</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Когнитивный или социально-когнитивный компонент;</li> <li>• Эмоциональный или социально-перцептивный компонент;</li> <li>• Волевой компонент.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Автоматизированный-контролируемый аспект</li> <li>• Я – Другие;</li> <li>• Интернальный-экстернальный аспект;</li> <li>• Когнитивный-эмоциональный аспект.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восприятие экспрессии лица и голоса;</li> <li>• Двигательный резонанс;</li> <li>• Эмоциональная и когнитивная эмпатия;</li> <li>• Социальное восприятие и поведение;</li> <li>• Моральные рассуждения;</li> <li>• Атрибутивные тенденции;</li> <li>• Регуляция эмоций;</li> <li>• Совместное использование эмоций;</li> <li>• Модель психического;</li> <li>• Восприятие времени.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Распознавание и выражение эмоций;</li> <li>• Регуляция эмоций;</li> <li>• Использование эмоциональной информации в процессе адаптации к окружающему миру.</li> </ul>
<b>ФОКУС АНАЛИЗА</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фокус анализа направлен на концептуализацию, т.е. возможность понимания психических состояний своих и другого человека;</li> <li>• Другие люди не рассматриваются как часть социальной группы, а выступают лишь как «носитель» психических состояний;</li> <li>• Причины понимания поведения других людей лежат в концептуальных моделях и уровнях ее организации;</li> <li>• Акцент делается на</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фокус анализа направлен на внутренние ментализирующие механизмы объяснения человеком любого межличностного события и опыта самосознания в условиях неопределенности;</li> <li>• Использование языка психических состояний;</li> <li>• Основана на допущении, что психические состояния человека влияют на поведение;</li> <li>• Требуется тщательного анализа обстоятельств действий, предшествующих моделям поведения, опыта привязанности, нарушения символизации;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фокус на такие «внешние» психологические механизмы как взаимодействие социальных объектов и групп;</li> <li>• Другие люди рассматриваются как часть определенной социальной группы;</li> <li>• Интерпретация поведения происходит через анализ особенностей «воспринимающего» и «воспринимаемого»; также обстоятельств, объективных социальных условий, мотивации и потребностей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отражает внутренний мир и его связи с поведением субъекта и взаимодействием с реальностью.</li> <li>• Не содержит общих представлений о себе и оценку других людей</li> <li>• Фокусирует внимание на познании и использовании собственных эмоциональных состояний и эмоций окружающих для решения проблем и регуляции поведения</li> </ul>

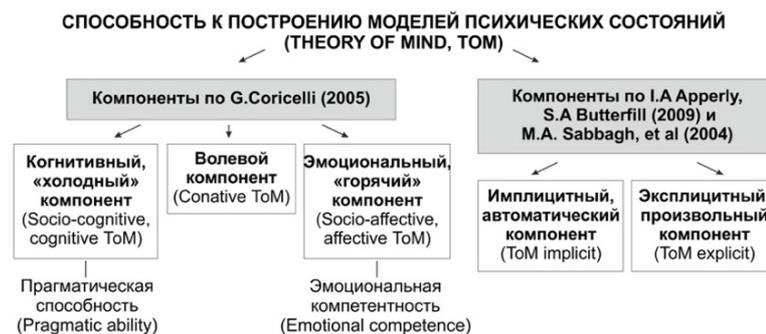
интерпретации психических состояний другого человека в различных социальных контекстах.	• Контекстная зависимость ментализации от эмоционально нагруженных отношений в жизни человека.	человека; • Делается акцент на интерпретации внешне наблюдаемых форм поведения человека в группе.	
<b>ПРЕДМЕТ</b>			
Понимания психических состояний и их последствий, что позволяет прогнозировать поведение других людей.	Понимание собственных психических состояний и состояний других людей	Социальные взаимодействия	Отслеживание собственных эмоций и эмоций других людей
<b>ФУНКЦИИ</b>			
Коммуникативная продуктивность; социальная адекватность; передача коммуникативных намерений другому человеку; воздействие на собеседника; понимание информационных потребностей собеседника.	Управление собственными эмоциями; эффективная коммуникация; создание эффективных социальных групп.	Эффективное взаимодействие в группе.	Эффективный образ жизни и социальное взаимодействие

Из таблицы 1.1. видно, что модель психического можно представить, как «исполнительный компонент», управляющий многоуровневыми когнитивными репрезентациями, обеспечивающими обработку социальной информации высшего уровня и эффективное взаимодействие между людьми (Urry, Gross, 2010). Из таблицы 1.1. видно, что понятия модель психического и ментализация дополняют друг друга, т.к. описывают когнитивную способность концептуализировать психические состояния и других людей (Rakoczy, 2017). Однако подход «ментализация» основан на интерактивной модели исследования, учитывающей характер реальных взаимодействий. Так измеряемый при обследовании уровень функционирования «модели психического» и спонтанное, интуитивное использование способности описывать, объяснять и интерпретировать поведение других людей – это не одно и то же (Соколова, 2015). Обоснуем это на следующих примерах. Показано, что некоторые мамы, которые демонстрировали высокий уровень выполнения задач на оценку способности построения модели психического других людей, не могли адекватно определить психические состояния своих маленьких детей (Meins, Fernyhough, 2002). Часто люди, перенесшие серьезную черепно-мозговую травму, справляются с задачами на понимание неверных мнений, недоразумений, двойного блефа, однако в повседневных взаимоотношениях с людьми испытывают трудности в понимании их психических состояний и намерений (Bibby, McDonald, 2005). Они выработали стратегию решения таких задач в лабораторных условиях, которая, не переносится в реальные социальные ситуации. Таким образом модель психического, является структурным компонентом процесса ментализации, но не сводится к нему (Соколова, 2015). По сравнению с другими понятиями, «ментализация» является интегративным или «зонтичным». Позволяет интегрироваться когнитивные и эмоциональные процессы познания себя и другого человека, а также эмоционально значимых отношений привязанности, придавая таким образом целостность в понимании становления этих процессов и их специфике нарушения (Соколова, 2015; Morel, 2018). Отметим, что *ментализация* и *модель психического* — это процессы, которые обращаются к внутренним схемам или моделям, которые позволяют человеку интерпретировать собственные психические состояния и других

людей (Сергиенко,2017; Сергиенко, Лебедев, Уланова, 2018). В таком случае, рассматривая эти процессы как внутренние механизмы социального познания и эмоционального интеллекта, следует указать, что они направлены на концептуальный анализ, т.е. понимание особенностей формирования концептуализации окружающего мира человеком и себя в нем (Сергиенко,2014;2017; Сергиенко, Лебедева, Уланова, 2018; Бейтман, Фоаги,2014; Соколова,2015; Wellman,2018).

Систематизируем ключевые положения о способности к *построению модели психического состояния других людей*:

**I. Структура.** Не сводится ни к интеллектуальным, ни к когнитивным способностям (Сергиенко, 2015; Dennis, Simic, 2013; Sullivan, Ruffman,2004). Ее относят часто к «холодному» компоненту социального познания и рассматривают как синоним *когнитивной эмпатии* (Progress Njomboro,2017). Состоит из системы когнитивных репрезентаций, пропозициональных установок, которые поддерживают способность понимать, как и почему другой человек что-то делает (Dvash, Shamay-Tsoory,2014). Когнитивные репрезентативные модели в зависимости от контекста; могут быть единичными, ситуативными и внеситуативными (Сергиенко,2015). Обеспечивается следующими уровнями репрезентаций: *первого* (способность понимать психические состояния другого человека) и *второго* (способность понимать, что один человек думать о психических состояниях, намерениях другого человека) порядка (Apperly, Butterfill, 2009). Условно некоторые авторы выделяют «лицевой» и «прагматический» компоненты «модели психического» (Sullivan, Ruffman,2004). Более детально на рис. 1.4. мы представили несколько диссоциаций компонентов «модели психического».



**Рисунок 1.4.** - Компоненты и субкомпоненты, обеспечивающие построение модели психического состояния

Представленные на рис. 1.4 компоненты модели психического относятся к одной метакогнитивной способности, но являются самостоятельными, не подменяющими друг друга социо-когнитивными процессами (Fortier, 2018). Согласно *двусторонней модели понимания*

психических состояний И. Апперли и С. Баттерфилл (two-path model differentiates between these two components of ToM) выделяют:

- *ИмPLICITный* компонент (ToM implicit), относительно «автоматического» компонент, который развивается первым и обеспечивает использование социальной информации, полученной на основе неосознаваемого прошлого опыта (Apperly, Butterfill, 2009). ИмPLICITный компонент ToM является строительным блоком для более высоких социальных навыков познания и, следовательно, адаптивной социальной функцией;

- *ЭкPLICITный* компонент (ToM explicit) актуализируется произвольно и сознательно, развивается позднее (Sabbagh, Moulson, 2004; Apperly, Butterfill, 2009).

Дж. Кориселли (Coricelli, 2005) и М. Деннис, Н. Симис (Dennis, Simic, 2013) выделили следующие компоненты модели психического (рис. 1.4);

- *Эмоциональный, «горячий», «лицевой» компонент* (socio-affective, affective, «hot» ToM) подразумевает симультанное восприятие и обработку социальной информации, эмотивную коммуникацию. Способность понимать эмоциональные состояния других людей на основании осознания собственных эмоций. Этот компонент организует *когнитивно-эмоциональную компетентность*, которая включает в себя: эмоциональное понимание; регуляцию эмоционального состояния; способность к эмпатии и просоциальному поведению (Kunzmann, 2014). Его отождествляют с *когнитивной эмпатией* (Dvash, Shamay-Tsoory, 2014);

- *Когнитивный, «холодный», «прагматический» компонент* (socio-cognitive, cognitive, «cold» ToM) подразумевает память на лица, когнитивно-лингвистическую переработку социальной информации, понимание небуквальных высказываний, прагматическую компетентность, которая включает в себя:

- *Вербальный компонент*: выбор слов; характер задаваемых вопросов; лаконичность; способы инициирования общения; выбор, поддержание и гибкое изменение темы разговора в зависимости от ситуации; уместность разговора; умение задавать вопросы; характер ответов; вежливость; использование пауз; завершение разговора; обратная связь (Messer, 2015; Sobhani-Rad, 2014);

- *Паралингвистический компонент*: темп, громкость, тембр, мелодичность речи; характер пауз; характер звучания; дикция и интонация (Sobhani-Rad, 2014);

- *Невербальный (экстралингвистический) компонент*: жесты; телесные выражения; использование экспрессии лица, голоса для выражения эмоций; совместное внимание; зрительный контакт; физическая дистанция (Messer, 2015; Cummings, 2014);

- *Волевой компонент* (conative ToM), относится к социально-коммуникативной способности, когда один человек стремится повлиять на психическое состояние другого. Умение использовать ироничную критику и внушать обман (Dennis, Simic, 2013).

Также условно в структуру модели психического можно представить, как *лицевой* (распознавание, дифференциация эмоций, память на лица) и *прагматический* (понимание обмана, иронии, блефа) фактор.

II. **Формирование.** Становление, реорганизация «модели психического» происходит на протяжении всего жизненного пути человека. Выступает одним из механизмов формирования когнитивной функции субъекта (Сергиенко,2014;2015; Rowe, 2011). Теоретический, симулирующий, нативистский подходы по-разному определяют движущие силы развития этой способности (Соколова,2015). Одним из условий для развития модели психического является наличие *значимого другого человека и безопасной привязанности*, в пространстве которой через принятие и переработку их значимым другим человеком как процесса контейнирования и «означивания» ребенок учится осознавать свои желания и психические состояния (Соколова,2015; Бейтман, Фонаги,2014; Pardini, 2009). Например, наличие опыта сотрудничества и конкуренции с старшими братьями или сестрами влияют на развитие модели психического. Эта способность зависит от семейного воспитания, материнского образования и социо-экономического статуса (Rakoczy, 2017). Эмоциональный и когнитивный компоненты развиваются одновременно и постепенно (Сергиенко,2015). Интенсивнее развиваются в контексте *социальных отношений* (Pardini, 2009).

### III. **Функции:**

- *Коммуникативная функция.* На основе различных прагматических переменных обеспечивает понимание социальной информации высшего порядка (higher-order social information processing) от конкретного человека, людей в целом или подгрупп коммуникативную продуктивность; социальную адекватность в общении; передачу собственных намерений другому человеку; воздействие на собеседника (Urry, Gross,2010; Lecce et al.,2015; Wang, Su,2013). Вместе с эмоциональной эмпатией играют роль в просоциальном поведении, контроле эмоций и моральных суждениях (Henry,2015);

- *Когнитивная функция.* Обеспечивает метапрагматическое понимание, т.е. анализ собственного когнитивного и эмоционального состояния, коммуникативных особенностей (Hasson-Ohayon, 2017; Reiter, 2017);

- *Регуляторная функция.* Обеспечивает регуляцию эмоций, гибкие когнитивные стратегии адаптации (Lecce et al.,2015; Wang, Su,2013). Например, способность формировать альтернативные, релевантные ситуации интерпретации социальных и эмоциональных стимулов, следовать социальным нормам (Fliss, 2016). Рассматривается в качестве важного фактора, определяющего эффективность терапевтического альянса пожилого человека с врачами, социальными работниками (Messer, 2015);

IV. **Общие нейрокогнитивные механизмы.** Обеспечивается правым полушарием (но может включать интеграцию стимулов, обработанных как в правом, так и в левом

полушарии), нейронной сетью пассивного режима работы мозга (Default Mode Network) (Natelson Love, Ruff, 2015). Дофаминергическая, серотонинергическая и норадренергическая нейромедиаторные системы, МАО-А, а также «просоциальные» нейропептиды окситоцин и аргинин-вазопрессин, участвуют в обеспечении построения модели психического (Dickerson, 2015). Показано полиморфизм 5-HTTLPR влияет на распознавание эмоций по лицу другого человека (Luyten, 2017). Показано влияние гена COMT, который кодирует белок Catechol-O-methyl вовлеченный в метаболизм дофамина на функционирование когнитивного и эмоционального компонентов модели психического (Xia, 2012). Опирается на когнитивные и метакогнитивные процессы; социальные ресурсы и социальную мотивацию; временную перспективу, ментальное (когнитивное) путешествие во времени, конструктивный образ себя и своего состояния в будущем; психологическую разумность как умение выстраивать причинно-следственные связи между событиями, мыслями и эмоциями; толерантность к неопределенности; возможность разделять «реальность» и ее когнитивные репрезентации (Lecce, 2017; Fliss, 2016).

V. **Нарушения, дефицит или «сбои» (mentalization/Tom deficit; social cognitive deficits):**

- **По происхождению** (Langenecker, 2005; Fliss, 2016; McCade, 2011; Cotter, 2017):
  - *Первичные нарушения* (genuine/primary ToM deficit). Независимость этих изменений от состояния когнитивных функций. Например, из-за врожденной слепоты, катаракты, наличия аутистического спектра расстройств;
  - *Вторичные нарушения* (secondary ToM impairment). Акцент на взаимосвязь этих изменений с когнитивными и эмоциональными ресурсами. Например, при тревожном спектре расстройств, цереброваскулярных заболеваниях, черепно-мозговых травмах.
- **По форме** (Ribeiro, 2010; Shany-Ur, 2012; Riva, 2016; Washburn - 2016):
  - *Тотальные* (widespread deficits) или *парциальные* (selective deficits);
  - Контекстно-зависимые или не ситуативно зависимые;
  - С персонализированным (personalizing bias), негативным (negativity bias), эгоцентрическим (egocentric bias) или позитивным (positive bias) смещением при обработка социо-эмоциональных стимулов;
  - С тенденцией к пре-, гипо-, гиперментализации или «чрезмерной» модели психического (excessive/hyperfunctional theory of mind).
- **По нарушенному структурному компоненту:**
  - *Эмоциональный компонент* ТоМ: дефицит распознавания эмоций (emotion recognition deficits, emotional perception disorders, emotion-specific impairment, Sullivan, 2004), изменения в памяти на лица (face memory impairments, Rapcsak, 2011), эмоционального

выражения (emotional expression disorder, Lantrip, 2017) и метаэмоций, эмоциональной совести (emotional conscience, McCade, 2011);

- *Когнитивный компонент ТоМ*: дефицит прагматической способности (diffuse pragmatic impairment) или апрагматизм, прагматическая афазия (Cummings, 2014);
- *Дефицит имплицитного компонента ТоМ* (break-down implicit ToM) наблюдается при расстройствах аутистического спектра (Grainger, 2018);
- *Дефицит эксплицитного компонента ТоМ* (Grainger, 2018).
- **По степени нарушения**: легкие (subtle social cognitive problems), умеренные (reduced theory of mind), сверхментализация (excessive theory of mind, overmentalizing) и выраженный дефицит (Cotter, 2016).

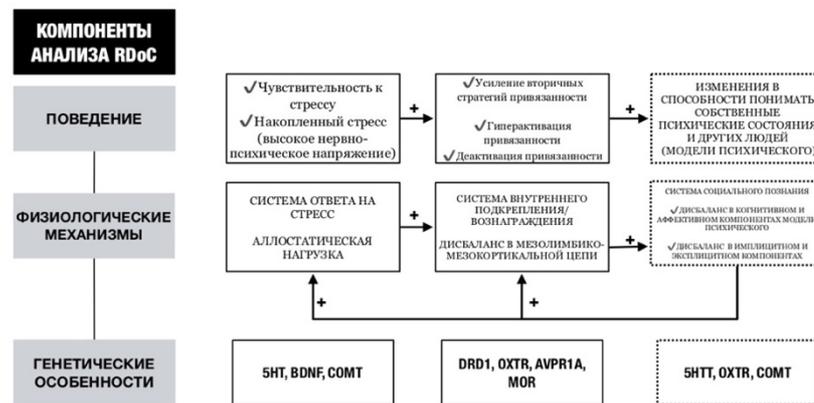
### **1.2.2. Специфика и прогностическая значимость модели психического в пожилом и старческом возрасте**

В геронтопсихологической практике по сей день большее внимание уделяется состоянию *нейрокогнитивного функционирования* (neuro-cognitive abilities), при этом недостаточно учитываются возрастнo-специфические особенности *социо-когнитивных функций* (socio-cognitive skills/abilities) или *социального познания*, которые обеспечивают процесс восприятия, интерпретации психических состояний и намерений других людей. Имеют решающее значение для эффективного межличностного функционирования, терапевтического альянса, ресоциализации (Lecce, 2017; Hasson-Ohayon, 2017), минимизации конфликтов и оказания социальной поддержки (Gonçaves, 2018).

В зарубежной геронтопсихологии появилось понятие *социо-когнитивного старения* (social-cognitive aging, Wacker, 2017). Для определения социо-когнитивных изменений проводится оценка способности к построению модели психического, эмпатии, социальной перцепции и поведения (Балашова, Плужников, 2018; Hess, 2009). Изменения в способности понимать психические состояния является ключевым фактором, *когнитивно-поведенческим фенотипом* не только ряда психических и неврологических расстройств (Henry, 2016), но и могут иметь место при нормальном развитии (German, Nehman, 2006; Charlton, Barrick, 2009; Phillips, Slessor, 2014; Lecce, 2017).

На данный момент эти изменения являются трансдиагностической проблемой, т.к. представляют собой признанную область нарушений с функциональной и клинической значимостью (Cotter, 2017). Ранее оценка социо-когнитивного функционирования обычно

упоминалась только при диагностике *расстройств личности* в DSM-IV (Simpson, 2014). В DSM-V появилось понятие *социо-когнитивного скрининга* (social cognitive screening), который позволяет улучшить раннюю диагностику следующих нейродегенеративных расстройств: поведенческий вариант лобно-височной деменции, болезнь Альцгеймера, боковой амиотрофический склероз, болезнь Крейтцфельда-Якоба (Fortier, 2018). В данной классификации одним из шести диагностических компонентов для определения степени выраженности *нейрокогнитивных расстройств*, также дифференциации их подтипов является оценка следующих компонентов *социального познания*: распознавание и дифференциация эмоций по лицу; модель психического, способности к «эмоциональной» и «когнитивной» эмпатии (Simpson, 2014). На рис. 1.5. показана предложенная П. Лаутен и П. Фонаги *интегративная модель возникновения депрессии* (stress–reward–mentalizing model of depression) с учетом проекта «исследовательских критериев доменов» (Research Domain criteria, RDoC): **поведение → физиологические механизмы → генетические особенности.**



**Рисунок 1.5.** - Интегративная модель возникновения депрессии П. Лаутена и П. Фонаги (Luyten, Fonagy, 2017).

Из рис. 1.5. видно, что депрессия является результатом взаимодействующих нарушений в системе ответа на стрессовые события, что приводит к проблемам в системе внутреннего подкрепления или «вознаграждения», особенно со стороны привязанности/автономии, а также к проблемам понимания психических состояний. В частности, в пожилом и старческом возрасте наличие повседневного стресса часто приводит к невозможности переоценить и отрегулировать негативный аффект, что приводит к *синдрому дефицита вознаграждения*, отказу от контролируемого использования модели психического с преобладанием гипо- или гиперментализации. Это автоматическое, предвзятое эмоционально обусловленное построение моделей психических состояний других людей, основанное на нерелективных предположениях о себе и других, приводит к состоянию субклинической депрессии, которая препятствует благополучному старению. Нарушения в модели психического при субдепрессии и более тяжелых формах депрессии наблюдаются со стороны восприятия лицевых эмоций, памяти на лица и понимании обмана, иронии. Тяжесть, так и продолжительность депрессивных

эпизодов усиливает дефицит модели психического, как и наоборот (Пуговкина, Холмогорова, 2015; Балашова, Плужников, 2018; Luyten, Fonagy, 2017).

Изменения в социальном познании связаны с функциональным статусом (повседневной, персональной и инструментальной активностью). По сравнению с изолированным акцентом на улучшение когнитивных функций, усиление социального познание является эффективным предиктором восстановления после перенесенной тяжелой черепно-мозговой травмы (Njomboro, 2017). Стремление воспринимать и использовать социо-эмоциональную информацию уменьшает изменения в памяти (Ebner, Fischer, 2014). Согласно точке зрения И. Хассон-Охайон состояние социального познания, выступает посредником между когнитивным и функциональным статусом человека, что показано на рис. 1.6 (Hasson-Ohayon, 2017).



**Рисунок 1.6.** - Модель влияния социального познания на удовлетворенность качеством жизни (Hasson-Ohayon, 2017)

Изменения в социо-когнитивной эффективности (social cognitive performance) служат в качестве общего *биомаркера прогрессирования*, указывающего на наличие неврологической аномалии при различных клинических условиях (Cotter, 2017). Эти изменения могут приводить к развитию *социо-когнитивным нарушениям* (social cognitive disorders), которые наносят ущерб поведенческому контролю, приводят к росту раздражительности, поскольку эмоции другого человека перестают действовать как индикатор для корректировки собственного поведения (Соколова, 2015; Cotter, 2017; Hasson-Ohayon, 2017; Fortier, 2018; Reiter, 2017).

За последние 10 лет изменения в модели психического начали рассматривать как дополнительный диагностический критерий *эмоционально-поведенческих нарушений и нейрокогнитивный эндотип* при: тяжелых черепно-мозговых травмах (Xiao, 2017); умеренных когнитивных нарушениях (Bora et al., 2017), болезни Альцгеймера (Bora et al., 2016), Паркинсона (Bora, 2015), лобно-височной деменции (Cotelli, 2018), рассеянном склерозе (Batista, 2017), цереброваскулярных расстройствах (Fischer, 2013; Njomboro, 2017), хореи Гентингтона (Bora et al., 2016); эпилепсии (Stewart, 2016); шизофрении (Хоменко, 2011; 2012; Холмогорова, Рычкова, 2015; Vaskinn, 2018), большом эпизоде депрессии (Савицкая, Хоменко, 2015; Пуговкина, Холмогорова, 2015; Балашова, Плужников, 2018; Henry, 2015,

Natelson Love, 2015; Bora, 2016; Shiroma, 2016), тревожном спектре расстройств (Washburn, 2016) и обсессивно-компульсивном расстройстве (Tulaci, 2018).

Понимание психических состояний других людей является субъективным психологическим процессом, который становится уязвимыми в позднем возрасте в связи с воздействием различных биопсихосоциальных факторов. Их влияние часто приводит к перцептивным сбоям и различным формам *когнитивного смещения* (cognitive biases, Hass, 2015). С позиции *хронологического возраста* изменения в социо-когнитивных способностях начинают наблюдаться по одним данным с **50** (Bernstein, Thornton, 2011), **55** (Bottiroli, 2016), а по другим данным с **65** лет (Cavallini, Lecce, 2013). Выраженные изменения наблюдаются у людей старше **75** лет (Rosi et al., 2015). На данный момент **80** лет рассматривают как критический возраст, для которого свойственны выраженные изменения в построении собственной модели психического и других людей (Lavgencic, 2016). Е. О'Бриен и соавт. показали наличие перевернутой «U» образной траектории изменений в способности понимать психические состояния. Выраженный пик изменений может наблюдаться в 50-60 лет (O'Brien et al., 2012)

Проведённый нами анализ исследований в период с 2007 по 2018 гг., с использованием баз (PubMed, Cambridge Journals Digital Archive, APA, ScienceDirect) позволил впервые систематизировать по категориям симптомы изменений в «модели психического» в позднем возрасте (табл. 1.2).

**Таблица 1.2. - Симптомы изменений в модели психического в позднем возрасте**

<b>Категории</b>	<b>Описание симптомов</b>
<b>Эмоциональная самооффективность</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Трудности понимания собственного эмоционального состояния, собственных сильных и слабых сторон и возможностей; наличие феномена отрицания когнитивных изменений;</li> <li>▪ Трудности в эмоциональной экспрессии.</li> </ul>
<b>Социальная коммуникация, дискурс</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Изменения в интонации, наличие вокальной усталости;</li> <li>▪ Обширная речь, в которой снижена целенаправленность и согласованность с собеседником;</li> <li>▪ Скудность речи;</li> <li>▪ Трудности в поддержании зрительного контакта и совместного внимания;</li> <li>▪ Неспособность распознавать такие четкие эмоциональные сигналы, как <i>скука</i> или <i>гнев</i>, со стороны собеседника;</li> <li>▪ Неспособность разделить <i>радость</i> или <i>печаль</i> с собеседником;</li> <li>▪ Неспособность отвечать взаимностью социально, даже при наличии очевидных социальных сигналов;</li> <li>▪ Трудности в понимании точки зрения другого человека, игнорирование психического состояния другого (подавленность, состояние дистресса и др.) с преобладанием эгоцентрической позиции;</li> <li>▪ Ригидные коммуникативные навыки (социальная неловкость), изменения в разговорных оборотах;</li> <li>▪ Отсутствие приверженности социальным стандартам одежды и разговорных тем;</li> <li>▪ Неспособность поддерживать темы общения в четкой и последовательной форме;</li> <li>▪ Грубые, оскорбительные высказывания без учета эмоционального состояния собеседника;</li> <li>▪ Негативное, предвзятое поведение по отношению к собеседнику;</li> <li>▪ Неспособность понимать метафоры, шутки, каламбуры, иронию, идиомы, которые понятны большинству людей.</li> </ul>
<b>Контроль поведения</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Пренебрежение личным видом;</li> <li>▪ Утрата навыков этикета в процессе приема пищи, нарушение межличностных границ;</li> <li>▪ Трудности в организации совместного внимания;</li> <li>▪ Трудности в планировании совместного поведения;</li> <li>▪ Ограниченные шаблоны поведения. Чрезмерная сосредоточенность на одной теме, определенной деятельности;</li> <li>▪ Медленная адаптация к быстрым контекстным изменениям в ходе общения.</li> </ul>

Саморегуляция психического состояния	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Социальная изоляция, наличие избегающих шаблонов поведения;</li> <li>▪ Трудности в контроле собственного внутреннего напряжения и избыточной тревоги.</li> </ul>
--------------------------------------	---

Способность к построению модели психического в позднем возрасте протекает как автоматический процесс в ответ на происходящие события подключая свернутые когнитивные схемы, а также прошлый опыт эмоциональных отношений (Hasson-Ohayon, 2017). Если у пожилого человека наблюдаются изменения в физическом и психологическом благополучии, то происходит *перцептивные сбой* в процессе построения модели психического как собственного состояния, так и состояния другого человека (Shiroma,2016). Социо-когнитивные нарушения в пожилом и старческом возрасте связаны с высоким семейным стрессом и эмпатическим дистрессом (Schreiter, Pijnenborg, 2013); трудностями устанавливать терапевтический альянс пациент-врач (Dejko,2015); снижением удовлетворенности социальным качеством жизни (Hasson-Ohayon, 2017) и социальной изоляцией (Hasson-Ohayon, 2017). Снижается чувствительность к восприятию *предупреждающий знаков* о возможных негативных и рискованных действиях. Это увеличивает риски пожилого человека стать жертвой социальной эксплуатации и мошенников, а также, совершить самому совершить преступление (Shany-Ur,2011).

На данный момент в геронтопсихологии есть единичные исследования по *«первичному» дефициту* или *сбою* в модели психического (social-pragmatic communication disorder, по DSM-5). Например, при синдроме Аспергера у людей пожилого возраста (van Niekerk,2011). Однако, в позднем возрасте (после 60-65 лет) чаще наблюдается *«вторичный», парциальный дефицит*, который носит прогрессивное течение (Duval, Piolino,2011). Вторичный дефицит модели психического также называют *«апрагматизмом»* или *«прагматической афазией»* (Cummins,2014). Эти вторичные нарушения в позднем возрасте, могут быть вызваны:

- *Межличностным стрессом* и *социальной ангедонией* (Gustafsson, 2014; Germin,2011);
- *Психическими расстройствами*: расстройства настроения (Shiroma,2016); тревожным (Lenton-Врум, 2018) и биполярным расстройством (Bodnar, 2017); перенесенной префронтальной лейкотомии в связи с наличием бредового психоза позднего возраста (Bach et al.,1998); хронической бессонницей (Erwin, 2016); посттравматическим стрессовым расстройством (Nazarov,2014) и пограничным личностным расстройством в позднем возрасте (van Arphen,2015);
- *Цереброваскулярными расстройствами* (Fischer, 2013; Njomboro, 2017);
- *Хронической соматоформной болью* (Zunhammer,2015);

- *Неврологическими расстройствами*: инсультом с очаговым поражением левого или правого полушария (Cummings, 2014); опухолью головного мозга в медиальной префронтальной и задневисочной области (Njomboro, 2017); тяжелой черепно-мозговой травмой (Xiao, 2017); умеренным когнитивным дефицитом (Bora, 2017);
- *Нейродегенеративными расстройствами*: болезнь Альцгеймера (Bora et al., 2016), Паркинсона (Bora, 2015), лобно-височная деменция (Cotelli, 2018), деменция с тельцами Леви (Heitz, 2016) и рассеянный склероз (Batista, 2017).

В пожилом и старческом возрасте наблюдается «расходящаяся» траектория снижения эмоционального и когнитивного компонентов модели психического с большим негативным отклонением в когнитивном компоненте (Bottiroli, Cavallini, 2016). Этот факт объясняется *уязвимостью* определенных областей мозга, а также тем, что в пожилом возрасте наблюдается снижение числа контактов, закрытость, избегание опасных, негативных социальных взаимодействий (Pinsker, McFarland, 2009). Л. Карстенсен отмечает, что пожилые люди имеют обширный жизненный опыт, анализируя эмоциональные сигналы в межличностном общении с использованием *мультимодальной манеры* и поэтому этот навык остается сохранным с возрастом (Carstensen, Fung, 2003). Наличие *парциальных изменений* в способности понимать психические состояния других людей следует рассматривать как закономерный процесс, имеющий место в ситуациях повышенной неопределенности или фрустрации (Бейтман, Фонаги, 2014). Несмотря на общее понимание того, что изменения в способности к построению модели психического состояния другого человека, являются клиническими и функциональными коррелятами прогноза изменений в состоянии здоровья людей позднего возраста в геронтологии эта область остается *недооцененной*. На данный момент повышенное внимание в зарубежной геронтопсихологии уделяется специфике понимать собственные психические состояния и состояния других у людей с *нормальным течением старения*. Однако, имеющиеся данные носят противоречивый характер, что во многом связано с рядом *методологических проблем*: не достаточной разработанностью критериев разграничения «нормального» и преждевременного старения; использованием различных по модальности методик с нагрузкой на когнитивные процессы (Henry 2013; Fliss, 2016).

#### **Особенности когнитивного компонента модели психического в позднем возрасте:**

- *Память на лица*. При нормальном старении (Ebner, Johnson, 2009; Grady, 2007; Rapcsak, 2011), а также при амнестическом типе умеренного когнитивного дефицита (Seelye, Howieson, 2009; Varjassyová, Hořínek, 2013) такая форма эпизодической, невербальной памяти как память на лица других в целом остается сохранный. Однако из-за изменений в визуально-перцептивной способности, а также ситуативных, мотивационных и эмоциональных

факторов. Лучше запоминаются положительные, нейтральные, чем отрицательные экспрессии лиц. (Firestone, Turk-Browne, 2007; Lecce, Ceccato, 2015; Shiroma, 2016).

- *Вербальный аспект.* Пассивный словарь и основные лексические, семантические навыки не изменяются до 70 лет (Kemp, Despres, 2012). Пожилые люди, особенно после 75 лет и с низким уровнем образования предрасположены к *семантической парафазии*, т.е. медленной реакции при подборе слов, их связи по смыслу (Orange, 2009). При нормальном старении можно отмечать феномен «на кончике языка», особенно при припоминании имен и фамилий людей (Orange, 2009). Отмечается снижение *лингвистической сложности*, т.е. частым использованием коротких предложений (Messer, 2015). Присутствуют трудности в смене тем в ходе общения с несколькими собеседниками (Orange, 2009). Показано, что у людей пожилого (55-64 лет) и старческого возраста (65-79 лет) наблюдаются изменения в понимании *социальной бестактности* (Bottiroliа, Cavallini, 2016). Однако другие авторы не отмечают этих трудностей (MacPherson, 2002). Распознавание сигналов *недоразумений* в ходе общения остается сохранным (Kemp, Despres, 2012). Люди позднего возраста (60-79 лет) могут испытывать трудности в понимании юмористических ситуаций (Champagne-Lavau, Jean-Louis, 2006; Phillips, Allen, 2015), пословиц, метафор, идиом (Cocks, Morgan, 2011). Одни авторы показывают, что не наблюдается изменений в понимании обмана в пожилом возрасте (Bottiroliа, Cavallini, 2016; Gaudreau, 2013; Gutiérrez-Rexach, Schatz, 2016; Bernstein, 2017; Grainger, 2018), а наоборот отмечают возрастные улучшения (Bond, Thompson, 2005). Другие исследователи отметили наличие изменений в понимании обмана, которые начинаются после 65 лет (Slessor, Phillips, 2008; Uekermann, 2008). Наблюдаются возрастные изменения в понимании *иронических* высказываний (Njomboro, 2017). При выполнении заданий на распознавание и понимание *двойного блефа* у людей пожилого возраста (60-74 лет) наблюдаются трудности по сравнению с молодыми людьми (Cuerva, Sabe, 2001). Пожилые женщины, в отличие от мужчин лучше понимают небуквальные высказывания, они в связи с более развитой эмоциональной и когнитивной эмпатией (Bottiroliа, Cavallini, 2016; Natelson Love, 2012).

- *Паралингвистический аспект.* С возрастом у женщин в отличие от мужчин происходят изменения в вокальных качествах. Это связано с изменениями в гормональном фоне в климактерический период, что приводит к снижению вокального диапазона, увеличением вокальной усталости или преобладанием повышенные тона. У пожилых мужчин отмечается увеличение вокального диапазона. Темп речи замедляется с возрастом (Grady, 1994).

- *Экстралингвистический аспект.* Наблюдается селективность при распознавании жестов, в отличие от молодых людей. Люди пожилого возраста используют меньше жестов в процессе общения (Cocks, Morgan, 2011). Отмечаются трудности в распознавании эмоционального состояния по телесным выражениям (Messer, 2015). У пожилых людей

наблюдаются изменения в распознавании гнева, печали, страха по *мимике* лица (Lambrecht, 2012; Bottiroli, Cavallini, 2016) и *голосу* (Natelson Love, 2015) другого человека. Совместное внимание в процессе общения становится избирательным с возрастом, независимо от возрастных изменений в зрительном восприятии (Messer, 2015).

- **Метапрагматическая оценка модели психического.** В позднем возрасте отмечается рассогласование между самооценкой и объективными показателями состояния модели психического (Mecacci, 2006). Может наблюдаться *феномен «отрицания когнитивных изменений»*, т.е. сокрытие жалоб на когнитивные изменения от других людей, сниженном осознании изменений в речи, трудностей в понимании как собственных психических состояний, намерений, так и других людей (Mecacci, 2006).

**Особенности эмоционального компонента модели психического в позднем возрасте:**

- **Распознавание эмоций по лицевой экспрессии, голосу, телесным выражениям и глазам.** При решении задач на распознавание основных эмоций по фотографиям и голосу пожилые люди допускают меньше ошибок, чем молодые (Bottiroli, Cavallini, 2016; Chaby, Narme, 2009; Ebner, Fischer, 2009). Другие исследования, наоборот, отмечают, что больше трудностей декодировании эмоций у пожилых в форме эмоционально-специфического дефицита, чем у молодых людей. Однако эти трудности ограничены конкретными эмоциями (Lambrecht, Kreifelts, 2012; Grainger, Henry, Phillips, 2015). Женщины 67-75 лет в отличие от мужчин лучше распознают простые эмоции по лицу другого человека (Demenescu, Mathiak, 2014). Люди позднего возраста способны улавливать *эмоциональную валентность* (Sullivan, Ruffman, 2004). В позднем возрасте наблюдаются трудности в распознавании и дифференциации сложных эмоций (вина, кокетство, скука, надменность) (Sullivan, Ruffman, 2004; Slessor, 2007; Henry, 2013). Способность понимать психические состояния по глазам снижается в зависимости от возраста, но стоит отметить, что снижения начинаются в 55-65 лет, а не только в старческом возрасте (Bailey, Henry, 2008; Castelli, 2010; Duval, Piolino, 2011; Gonçalves, 2018). Пожилые женщины в отличие от мужчин, лучше распознают психические состояния по глазам, что связано с различными когнитивными стратегиями (Jankowiak-Siuda, 2016).

- **Распознавание негативных эмоций.** Труднее распознаются следующие эмоции: гнев, печаль и страх (Sullivan, Ruffman, 2004; Chaby, Narme, 2009; Isaacowitz, 2012; Kemp, 2012; Gonçalves, 2018). Некоторые отмечают на улучшения в распознавании отвращения, гнева, страха и печали (Fölster, Hess, 2014). Выявлены возрастные различия в точности распознавания как негативных, так и положительных эмоций по интонации голоса, языку тела (Gonçalves, 2018).

- *Распознавание положительных эмоций.* Феномен «возрастного позитивного смещения» (age-related positivity effect). В пожилом и старческом возрасте легче распознаются положительные эмоции (радость), чем отрицательные эмоции (Carstensen, Mikels, 2005; Chaby, Narme, 2009; Isaacowitz, 2012; Kemp, 2012; Poletti, 2012; Sullivan, Ruffman, 2004).

### **Половые особенности модели психического в позднем возрасте**

Согласно теории социо-эмоциональных стилей, С. Барона-Козна (empathizing/systematizing theory) согласно которой женщины, в отличие от мужчин склонны к более эмпатизирующему стилю обработки социо-эмоциональной информации (Baron-Cohen, 2010). Он предполагает, что «типичный» женский мозг (typical female brain) более активно участвует в понимании психических состояний других людей (социальных агентов), тогда как «типичный» мужской мозг («typical male brain») имеет тенденцию анализировать неагентные системы, что было показано в исследовании Р. Ваккер и соавт. (Wacker, 2017). При распознавании эмоций по лицу у женщин пожилого возраста чаще всего наблюдается *феномен гендерного смещения*, т.е. лучше распознаются эмоции у лиц своего пола (own-gender mindreading bias, Herlitz, Lovén, 2013; Palmer, Brewer, 2013).

Женщины позднего возраста лучше понимают психические состояния других людей по следующим *причинам* (по R. Wacker, 2017):

- Взаимодействие с другими женщинами может предложить им более высокую взаимность социо-когнитивных навыков. Женщины больше предпочитают работать с людьми и устанавливать контакт «с глазу на глаз» в отличие от мужчин, которые предпочитают работать с вещами. Женщины стремятся говорить и обмениваться эмоциями в дружбе одного пола больше, чем мужчины. Например, новорожденные девочки проявляют более сильный интерес к зрительному контакту по сравнению с новорожденными мужского пола;
  - Реализация мотивов отношений. Например, обмен эмоциями;
  - Саморефлексия с более опытным человеком, который лучше понимает психические состояния других людей (perior-mindreader effect). Стремление к самопониманию побуждает женщин к социальному общению, сравнению с другими «успешными» женщинами, поскольку рекурсивный характер социо-когнитивных умозаключения («я знаю, что она думает об этом; я верю, в то, что она видит...») позволяет узнать о себе, своих мыслях, чувства через отражения себя в уме другой женщины;

- **Просоциальная мотивация.** Усиление эмоционально выразительной цели понимать психические состояния других людей. У женщин просоциальность увеличивается с возрастом.

### 1.2.3. Дефицит модели психического в пожилом и старческом возрасте: pros и cons

Дефицит «модели психического» не является проявлением нормального течения старения (Choong,2013; Moran, Jolly,2012). Изменения в этой способности определяются следующей цепочкой: *маркеры физиологической и психологической уязвимости* → *психопатологический диатез* → *стрессы (внутренние/внешние)* → *ментальные ресурсы* → *социальные ресурсы* → *социальная мотивация* (Moran, Jolly,2012). При изучении этиологии и патогенетических механизмов изменений в способности построения модели психического в позднем возрасте необходимо анализировать формы не только биологической, но и психологической, социальной адаптации, с учетом особенностей когнитивных и кагорных убеждений, наличия или отсутствия адекватных ролевых моделей социальных навыков, специфики ежедневного межличностного общения, устойчивости к стрессовым воздействиям. По сей день механизмы, лежащие в основе изменений в компонентах модели психического в позднем возрасте, не систематизированы. В связи с этим нами на основе анализа зарубежных исследований были выделены подходы к пониманию особенностей изменений в способности к построению модели психического состояния в пожилом и старческом возрасте (рис.1.7).

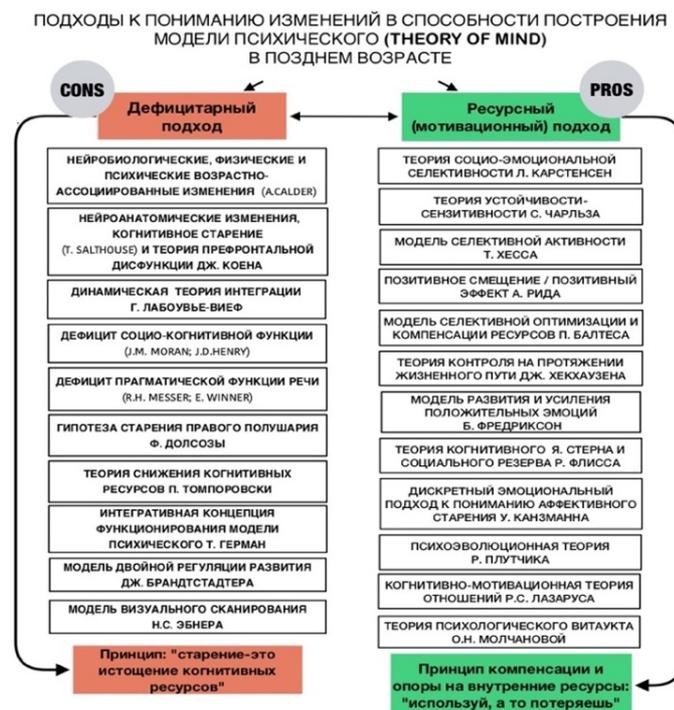


Рисунок 1.7. - Подходы к пониманию изменений в модели психического в позднем возрасте

Детальнее рассмотрим особенности данных подходов.

## **Дефицитарный подход к пониманию изменений в модели психического в позднем возрасте**

Из рис. 1.7. видно, что данный подход делает акцент исключительно на биологических аспектах старения и их дисфункциях, *операциональном аспекте* изменений в способности декодировать эмоции, строить модель психического другого человека, которые вызваны *уязвимостью* областей мозга (вентромедиальная префронтальная кора, миндалевидное тело, островковая доля) к цереброваскулярным заболеваниям, иммунологическим, нейрохимическими сдвигами, которые приводят к изменениям в когнитивных ресурсах. Эти ресурсы обеспечивают отношение между когнитивными репрезентациями и реальностью, построение альтернативных гипотез о психических состояниях других людей. Согласно *теории когнитивных ресурсов П. Томпоровски* (Tomporowski, 2003) в пожилом возрасте люди часто отказываются от целей, которые кажутся им труднодоступными. Этот отказ часто происходит из-за истощения когнитивных ресурсов. В основе изменений в способности понимать психические состояния других людей лежит *полиморфность* и *полиэтиологичность*, что требует применение *подхода RDoC* (Cuthbert, Insel, 2013), *многофакторной модели анализа психического здоровья* (Сидоров, 2017) с учетом следующих особенностей:

- **Соматогенез:**

- *Цереброваскулярные изменения.* Наличие АГ, сердечной недостаточности (Fischer, 2013; Cummings, 2014; Gaudreau, 2013; Kemp, Despres, 2012; Njomboro, 2017). Перенесённый ишемический инсульт в области правого полушария в бассейне средней мозговой артерии или/и передней мозговой, тяжелая черепно-мозговая травма, инфекции, менингит (Yeh, 2014; Hamilton, 2017; Njomboro, 2017) оказывают влияние на модель психического;

- *Полипрагмазия и побочные действия следующих групп препаратов:* типичные (fluphenazine, flupenthixol, haloperidol) и атипичные нейролептики (risperidone), бензодиазепиновые анксиолитики, β-адреноблокаторы вызывают спектр изменений в построении модели психического (Messer, 2015; Njomboro, 2017);

- *Сенсорно-перцептивный и зрительно-пространственный дефицит:* пресбиопия, пресбиакузис и шум, индуцированная потеря слуха оказывают влияние на модель психического (Messer, 2015; Gonçalves, 2018).

- **Психогенез:**

- *Нейроанатомические сдвиги.* В период 60-74 лет отмечаются изменения регионарного мозгового кровотока в префронтальной и теменной области, а также затылоч-

височной области, которая связана с визуальной обработкой экспрессии лица (Grady,1994). Снижение белого вещества в нижнем продольном и нижнем лобно-затылочном пучке, а также серого вещества в медиальной затылочно-височной и парагиппокампальной извилине сопровождается изменениями в распознавании эмоций по лицу (Njomboro,2017). Отмечается повышенная уязвимость к *префронтальной дисфункции*, которая может привести к нарушению *визуального сканирования* (visual scan patterns), которая влияет на распознавание эмоций (Rakoczy, 2011). Наблюдается повышенная активность в дорсомедиальной префронтальной коре к распознаванию негативных эмоций, и сниженная вентромедиальной префронтальной коре на положительные эмоции, что говорит о повышенном контроле при декодировании отрицательных эмоций (Fölster, Hess,2014). Нейродегенеративные изменения быстрее возникают в правом, чем левом полушарии, на что указывает *гипотеза «старения» правого полушария* (Dolciosa,2002). Когнитивный компонент, прагматическая функция речи, восприятие лица обеспечивается правым полушарием головного мозга (Wang, Su,2006). Учитывая *валентность эмоций* левое полушарие отвечает за обработку положительных эмоций, а правое полушарие за негативные эмоции (Dolciosa,2002). *Гипотеза изменения активности, и объема миндалевидного тела Р. Сассиаглиа* утверждает, что эти изменения могут вызывать трудности при распознавании страха, печали, гнева по лицевой экспрессии, а также способности запоминать лица (Rakoczy, 2011; Leaver, 2018). Однако, сниженная активация миндалевидного тела компенсируется активацией префронтальной коры при распознавании эмоций по лицу, что говорит о переходе от автоматической обработки к более контролируемой, избирательной (Fölster, Hess,2014). Базальные ганглии участвующие в распознавании *отвращения* не подвержены возрастным изменениями (Fölster, Hess,2014). Значительные трудности при распознавании *гнева* возможно связаны с изменениями в орбитофронтальной коре, веретенообразной зоне распознавания лиц и островковой доле, *печали* - передней поясной коры и миндалевидном теле, *страха* – миндалевидном теле (Ebner, Fischer,2014). После 60 лет наблюдается сниженная активность в *островковой доле*, которая участвует в восприятии лиц людей, вызывающих *недоверия* (Castle,2012);

– *Нейрохимические сдвиги*. В позднем возрасте наблюдается *эффект истощения дофамина* (Natelson Love,2015). *Дофамино-серотонинергическая систем* система выполняет роль посредника в процессе обработки социо-эмоциональной информации (Natelson Love,2015). Нарушения *адренергических процессов* в области голубого пятна, *дисбаланс серотонина* рассматривают как основной механизм развития эмоциональной реактивности, депрессии в позднем возрасте (Полищук, Семке,2006), что в свою очередь может играть определенную роль в изменениях в понимании психического (Natelson Love,2015). Ферментативная активность, MAO-а также изменяется с возрастом увеличивая риски возникновения социальной ангедонии (Kemp,2012; Natelson Love,2015; Germine, 2011);

– *Нейровоспаление.* Рост провоспалительных цитокинов (ИЛ-4,5,8,13) связан с развитием социо-когнитивных изменений (Haigh, 2018);

– *Изменения в когнитивных ресурсах.* Согласно *нейронной модели социального познания Д. Янга* (integrative neural model of social perception, D.Y. Yang) и *динамической теории интеграции* (dynamic integration theory, G. Labouvie-Vief) нарушения в социо-когнитивной способности возникает как прямое следствие социально-перцептивных сбоев из-за изменений в ресурсах памяти, внимания и компонентах исполнительных функций (скорость обработки информации, когнитивная беглость, торможение и контроль импульсов, Charlton, 2009). Это ведет к тому, что социальные сигналы со стороны собеседника упускаются или неправильно истолковываются (Fliss, 2016). Некоторые авторы отмечают, что неспособность распознавать эмоциональные состояния других людей может быть связано с преобладанием аналитического, над синтетическим мышлением, что может изменять сложный процесс эмоциональной обработки сигналов (Fölster, Hess, 2014; Fliss, 2016). Учитывая *модель визуального сканирования* (visual scan patterns) показано, что в позднем возрасте при распознавании эмоций больший фокус делается на *нижнюю* часть лица, пренебрегая верхней частью, которая играет важную роль при декодировании гнева, страха и печали, чем отвращения и радости (Ebner, Johnson, 2009);

– *Изменения в эмоциональном благополучии.* Нейрокогнитивной эндофенотипической чертой депрессивного синдрома с преобладанием апатии, субъективного чувства одиночества является изменения в способности понимать психические состояния других людей (Балашова, Плужников, 2018; Washburn, 2016). При депрессиях позднего возраста имеет место снижение мотивации, ригидность и отсутствие гибкости мышления, специфический атрибутивный стиль в форме *негативного перцептивного смещения*, при котором наблюдается дефицит распознавания положительных (радость) и негативных эмоций (печаль, страх). Происходят изменения в траектории движений глаз при распознавании эмоций другого человека, что приводит к искажениям в обработке эмоциональной информации (Firestone, 2007) в форме трудностей в распознавании больше положительных (радость), чем отрицательных эмоций (Germine, 2011). Нейтральным лицам пожилые люди могут приписывать отрицательные эмоции (гнев, печаль). Например, печаль или страх (Shiroma, 2016). Этот феномен получил название *ложной атрибуции* или *эффекта конгруэнтности настроения* (mood-congruency effect) (Weightman, Baune, 2014). Происходят изменения в копинг-стилях с тенденцией к накоплению деструктивных эмоций, которые вызывают целый спектр изменений от агрессии, тревоги, депрессии с преобладанием *эмпатической усталости* (Henry, 2015).

- **Социогенез.** У пожилого человека происходят изменения в социальном статусе, характеристиках социальной поддержки, наблюдается смена эгоцентрической на *социоцентрическую* ориентацию, появляются мысли о приближающейся смерти (Lang,

Carstensen,2002). Такой социальный феномен как *аномия*, когда преобладают *культы потребления и молодости*, разрушается прежняя система ценностей, наблюдается отсутствие согласия в взаимодействиях между людьми, столкновение противоположных целей, мотивов, точек зрения, увеличиваются социальные проблемы, межличностные конфликты и риски стать жертвой мошенничества. В условиях *аномии* стареющий человек испытывает сильное давление времени, эмоциональное напряжение, теряет точку опоры, утрачивается систему ценностей и этических ориентиров, что приводит к деформации идентичности, усилению *социальной боли* (social pain) и *мотивационному дефициту* понимать внутренний мир других людей (Wang,Su, 2013; Washburn,2016).

### **Ресурсный подход к пониманию изменений в модели психического в позднем возрасте**

Из рис. 1.7. видно, что данный подход рассматривает изменения в модели психического как регрессивное развитие на поздних этапах онтогенеза, как антицирующий процесс, который позволяет пожилому человеку гибко адаптироваться в отношениях с миром с учетом актуальных проблем старения. Это процесс де-дифференциации как новый уровень интеграции, при котором наблюдается способность создавать связи там, где раньше их не наблюдалось. Этот возрастно-специфический спад носит положительный эффект. Пожилые люди предпочитают воспринимать информацию более селективно с акцентом на положительное эмоциональное смещение, чтобы повысить удовлетворенность качеством жизни (Сергиенко,2012; Александров, Сварник,2017). Мотивационный подход делает акцент на *мотивационном аспекте* изменений в способности к построению модели психического состояния другого человека (Isaacowitz, 2012). Существует межиндивидуальная вариабельность или пластичность (ToM plasticity) в траектории изменений компонентов модели психического в позднем возрасте (Lecse, 2017; Zhang, 2017). В отличие от дефицитарного подхода, ресурсный подход объясняет каким образом субъект организует внимание на те или иные объекты и действия, решает эмоциональные проблемы (Воронин, Горюнова, 2016). Согласно *дискретному эмоциональному подходу к пониманию аффективного старения У. Канзмана* (Kunzmann,2017) и *теории регуляции эмоций М. Лаутона* (Lawton,2001) пожилые люди в отличие от молодых применяют другие копинг-стратегии для решения межличностных конфликтов. Проявляют внешне меньше *деструктивных эмоций*, чем молодые люди. Человек с хорошо развитой способностью к пониманию психических состояний не реагирует импульсивно, а принимает точку зрения, внутренний мир другого человека (Dejko,2015). В позднем возрасте при социальной мотивации пожилые люди могут лучше регулировать собственное эмоциональное

состояние в стрессовых ситуациях. Могут снижать силу влияния деструктивных эмоций с помощью *внешних* (наличие доверительных лиц) и *внутренних* (когнитивная переоценка ситуации, смена фокуса внимания, поведенческое подавление) ресурсов (Carstensen,2000).

Изменения в способности построения модели психического состояния в позднем возрасте не носят характер *общего дефицита*, а являются *избирательной социально-обусловленной дисфункцией* с преобладанием того или иного интерперсонального стиля или *перцептивного уклона* (perceptual bias). Например, положительного или негативного (Moran, 2013). Согласно ряду *теорий позитивного смещения* (age-related positivity effect/ bias, Reed, Carstensen,2012), *модели селективной активности* (selective engagement of cognitive resources, Hess,2009), *устойчивости-сензитивности* (Strength and Vulnerability Integration, Charles, 2010) пожилые люди избегают негативных эмоций, конфликтных ситуаций, они избирательны в использовании своих ресурсов и ориентированы на восприятие положительных эмоций, т.е. наблюдается гиперчувствительность к этим эмоциям. Проявляют избирательную мотивацию к различным социо-эмоциональным стимулам. Этот процесс получил название *селекция социального взаимодействия* (Hess, Blanchard-Fields,1999). Для описания этой специфики эмоционального старения Л. Карстенсен предложила *теорию социо-эмоциональной селективности* (socio-emotional selectivity theory, Carstensen,2006). Она показала, что в выборе приоритетов для достижения социальных целей, предпочтении социальных контактов лежат не изменения в хронологическом возрасте, а изменения в *осознании времени*, а точнее во *временной перспективе будущего времени*. Когда будущее воспринимается ограниченным, пожилые люди перераспределяют собственные ресурсы, часто отдают предпочтение эмоционально близким социальным контактам, становясь более заботливыми по отношению к другим людям, ориентированными на положительные эмоции (Carstensen,2006). Согласно *модели развития и усиления положительных эмоций* Б. Фредриксона (broaden-and-build theory of positive Emotions) в отличии от негативных эмоций, такие конструктивные эмоции как радость, любопытство, удовлетворенность помогают принять решения в ситуациях неопределенности (Fredrickson,2001).

*Модель селективной оптимизации и компенсации ресурсов* П. Балтеса (Baltes, Baltes,2010) и *мотивационная теория развития* Дж. Хекхаузена (Heckhausen, 2010) предполагают, что пожилой человек выбирает те жизненные сферы, которые имеют для него значение, и оптимизирует для них свои ресурсы, средства, чтобы быть успешным в них и компенсировать при этом затраты, потери. К факторам гибкой компенсации возрастностно-ассоциированных последствий старения мозга относят: наличие высокого уровня образования, двуязычия, социальной поддержки, социальной активности, кристаллизованный интеллект, флюидный интеллект, мудрость (Schroots, Assink,2005). В пожилом и старческом возрасте может усиливать социо-когнитивные функции в социальных взаимодействиях используя

*мультимодальную манеру*, т.е. использовать дополнительные социо-эмоциональные сигналы для понимания психических состояний, намерений другого человека (Shany-Ur,2011). Однако, это возможно, когда пожилой человек заинтересован в понимании другого человека, т.е. при наличии *социальной мотивации*.

На понимание других людей в пожилом возрасте оказывает влияние отсутствие когнитивной гибкости, эгоцентрические предубеждения или эгоцентрическая предвзятость (Riva,2016). Например, если динамический социальный контекст вызывает трудности у пожилого человека в понимании психических состояний, намерений другого человека, то произвольно запускается *компенсаторный процесс* ригидного понимания исключительно на основе собственного опыта, который получил название эмоционального эгоцентрического смещения (*emotional egocentricity bias*, Riva,2016).

Принцип ресурсной парадигмы (рис. 1.7): *«Используй, а то потеряешь»* (Zhang,2013). Наличие заинтересованности и положительного восприятия общения с друзьями, детьми, внуками, а также присутствие в жизни *доверенного лица* благоприятно влияет на мотивацию понимать собственные психические состояния и других людей. Учитывая *стресс-буферную гипотезу Дж. Каскела и С. Собба* социальный капитал пожилого человека выступает одним из «буферов» от стрессов повседневной и нередко полем для разрядки деструктивных эмоций (Raffaell, 2013). Отмечено, что в отличии от дружеских, в семейных отношениях пожилые люди имеют меньше возможностей использовать собственные социо-когнитивные навыки, поскольку в этих отношениях преобладает сильная нормативная составляющая (Лессе, 2017). Эти данные подтверждают мнение П. Фонаги (2014) о влиянии опыта привязанности, межличностного стресса на способность понимать психические состояния других людей. Искажения в социальной мотивации происходят из-за установок в отношении общения. Например, на враждебность, манипуляцию или изоляцию (Пуговкина, Холмогорова, 2015).

#### **Социо-когнитивные компенсаторные процессы в позднем возрасте:**

- *Феномен положительного перцептивного смещения* (*emotion-related positively bias*): лучшее распознавание положительных, чем отрицательных эмоций (Carstensen, Mikels, 2005);
- *Феномен эмоционально-эгоцентрического сдвига* (*emotional egocentricity bias*, Riva,2016);
- *Феномен смещения к своему возрасту* (*other-age bias in face recognition, age-congruency effects*), при котором пожилой человек лучше дифференцирует эмоциональную информацию от людей своего возраста (Ebner, Johnson,2009);
- *Феномен гендерного уклона* (*female own-gender bias*) (Palmer, Brewer,2013);
- *Эффект другой расы* (*other-race recognition effects*), т.е. более лучше распознавание психических состояний у людей своей расы (Firestone,2007).

### 1.3. Временная компетентность в пожилом и старческом возрасте

Ускоренный ритм жизни с преобладанием избытка информации и деятельности предъявляет к пожилому человеку повышенные требования к *временной компетентности* как интегральной характеристике определяющей способности ориентироваться в текущем времени, конструктивно действовать в различных временных режимах и выстраивать личную временную перспективу (Кузьмина,2012; Piras,2013). Наличие этой компетентности в позднем возрасте играет ключевую роль в правильной оценке сложившейся ситуации, отборе и достижении целей с учетом собственных сильных сторон и интеграции уязвимостей (Кузьмина,2012; Laureiro-Martinez,2017). Согласно *модели концептуализации понятий М. Габриана* (рис. 1.8), описывающих субъективное время человека, временная компетентность является одним из способов концептуализации достижения своих *личных целей* в жизни, и тех смыслов, которые они приписывают им (Gabrian, Dutt,2017).



**Рисунок 1.8.** - Модель концептуализации понятий субъективного времени (Gabrian, Dutt,2017)

Согласно модели (рис. 1.8) объективно человек осваивает временные отношения в *практической деятельности*, субъективно в *познании*, где формируется и поэтапно развивается *индивидуальная когнитивная модель восприятия времени* (Grondin,2011) или *концепция времени* (Головаха, Кроник, 2008). Эта модель связывает воедино репрезентации о прошлом, настоящем и будущем, об отношениях длительности и последовательности событий жизни и воздействующая на текущие временные переживания, оценки и суждения человека. В содержание *концептуальной модели* входит то, что человек усвоил в прошлом, что происходит в ментальном опыте человека в настоящем, и то, что появится в его опыте в качестве новообразований в будущем (Grondin,2011). Таким образом *индивидуальная концепция времени*

– это система когнитивных репрезентаций, т.е. взглядов субъекта на природу времени, месте и роли времени в жизни и деятельности человека. Эта модель обеспечивает формирование *целостной картины мира* для эффективной саморегуляции (Киреева, 2010; Grondin, 2011). Наличие индивидуальной концепции времени обеспечивает *темпоральное структурирование собственного опыта*, что позволяет человеку более или менее объективно оценивать ситуации, видеть их не только с актуальной позиции, но и в развернутой временной перспективе и находить возможность формировать цели (Carstensen, 2006). Модель концептуализации понятий М. Габриана уделяет большое внимание *концептуальному уровню восприятия времени* (биографическому масштабу, по Е.В. Лебедевой (2004) который обеспечивает процесс восприятия длинных временных интервалов; организации, структурирования накопленного опыта во времени. Эта модель не учитывает *перцептивный уровень восприятия времени*, который включает в себя процесс антиципации; перцептивное или непосредственное восприятие временных интервалов в диапазоне от миллисекунд до несколько минут. Напомним, что процесс восприятия времени обеспечивается следующими уровнями:

I. ***Перцептивно-чувственный уровень.*** Человек рождается с тем или иными особенностями *циркадных ритмов* (хронотипом), биологических/внутренних часов, которые отвечает за контроль биохимических, физиологических и поведенческих процессов (Teixeira, 2013). Согласно *скалярной теории* Дж. Гиббона и *модели клапана внимания* Р. Блока, восприятие времени обеспечивается внутренним циркадным механизмом (pacemaker–accumulator clock) которые включают в себя: *регулятор скорости; регулятор импульсов и переключателя*. Также когнитивными ресурсами: внимания, рабочей и долговременной памятью (Turgeon, 2016). К биологическим часам также относят *цикл нейронных осцилляций* (Wittmann, 2016). Согласно *интероцептивной модели восприятия времени* А. Крайга, субъективное время – это «время тела» (Wittmann, 2016);

II. ***Концептуальный уровень*** определяется *когнитивными репрезентации времени* как динамической системы организации субъективного представления субъекта о временной протяженности действительности» (Киреева, 2010). Это «каркас», обеспечивающий процесс понимания времени субъектом (Попова, 2016) и экзистенциальный опыт субъекта (по В.В. Знакову, 2017). Они включают ценностно-смысловое отношение ко времени и времени жизни и рассматриваются как инварианты смыслов (Киреева, 2010). Эти репрезентации индивидуальны, т.к. формируются на основе внешнего и внутреннего контекста, а также за счет включения механизмов реорганизации опыта (Киреева, 2010). Когнитивные репрезентации рассматриваются как *результат*, благодаря которому человек способен организовывать знание о мире и ориентироваться в нем (Знаков, 2017). В процессе восприятия времени участвуют *хронологические* и *хронометрические* когнитивные репрезентации (Балашова, 2016; Киреева, 2010), которые обеспечивают следующие *процессы*: восприятие длительных временных

интервалов; ментальное (когнитивное) путешествие во времени (mental time travel); ориентировка во времени/в текущем времени (time/temporal orientation); построение временной траектории жизни (temporal trajectories of life); временная перспектива или временной горизонт (Mello, Worrel, 2006).

Временную перспектива является индикатором благополучия в пожилом и старческом возрасте (Laureiro-Martinez, 2017). Выделяют следующие компоненты временной перспективы, которые следует учитывать при психологической оценке течения старения (по Mello, Worrel, 2006):

#### I. Когнитивный компонент временной перспективы:

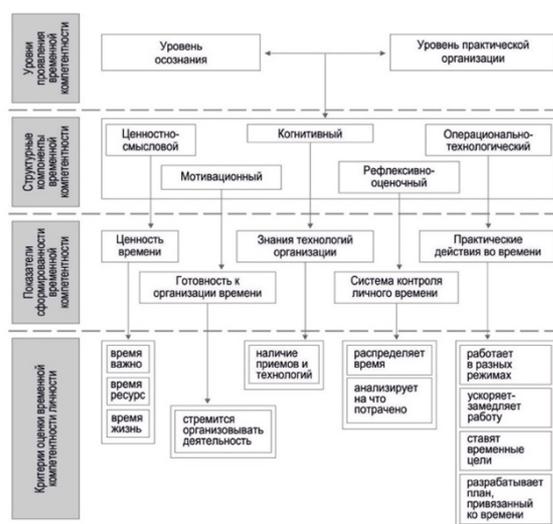
- *Отношение ко времени или связанность временных зон (time relation)* – это специфика связи временных зон друг с другом в определенный жизненный период человека (Cottle, 1969). Этот компонент временной перспективы обеспечивает понимание возможных причинно-следственных связей, между тем, что произошло, то, что происходит, и что может произойти. Наличие у человека *временной идентичности* вносит вклад в самоактуализацию, социальную мотивацию, активность, временную перспективу будущего, систему ценностей (Нестик, 2014; Stolarski, Fieulaine, 2015). Характер отношений между субъективными психологическими временными зонами: прошлым, настоящим и будущим временем вносит вклад в «возможные-Я» пожилого человека (Василевская, Молчанова, 2016).
- *Плотность времени (time frequency) или временная глубина (temporal depth)* показывает временные расстояния, которые люди, как правило, используют при ментальном путешествии во времени, когда вспоминают прошлое или предсказывают будущие события (Bluedorn, 2002). Число событий внутри определённой временной зоны (Спиридонова, 2002).
- *Концептуализация времени (time meaning)* — это через какие ведущие темы человек определяет периоды времени, т.е. свое прошлое, настоящее и будущее время (Bluedorn, 2002).

#### II. Эмоциональный компонент временной перспективы:

- *Временная установка (time attitude)* – это обобщенная, индивидуальная эмоциональная оценка прошлого, настоящего и будущего, которая влияет на цели, мотивацию, ценности, деятельность (Mello, Worrell, 2006).
- *Временная направленность (time orientation) или доминантная временная зона (time dominance)* – это акцент на определенном временном периоде (Mello, Worrell, 2006) или соотношение прошлого, настоящего и будущего в переживании времени (Коржова, 2016). В зависимости от конкретной ситуации в мышлении человека может доминировать определенный временной период. В связи с этим временная ориентация выполняет функцию *установки* (Коржова, 2016).

- *Временная перспектива будущего* - часть временной перспективы и описывается как когнитивно-мотивационная личностная способность построения образа будущего с следующими мотивационными аспектами: целеполагание и интенсивность в достижении как краткосрочных так и долгосрочных целей (Brothers et al.,2016). Обеспечивается вентролатеральной префронтальной корой и нижней лобной извилиной (Maniadakis, Trahanias,2011).

Перцептивный и концептуальный уровни восприятия времени взаимодействуют между собой по принципу *мульти-modalности* (Maniadakis, Trahanias,2014; Zakay, 1997). Эти уровни образуют *метасистему* тесно связанных между собой процессов, обеспечивающих временную компетентность (Балашова,2016; Бушов, 2006; Aström et al., 2014). О.В. Кузьмина (2012) предложила *структурно-функциональную модель временной компетентности* (рис.1.9), которая состоит из уровней проявления, пяти структурных компонентов, показателей сформированности и критериев оценки.



**Рисунок 1.9.** - Структурно-функциональную модель временной компетентности (Кузьмина,2012)

Компоненты временной компетентности представляют собой системный процесс, обеспечивающий эффективную организацию взаимоотношения человек – мир (Кузьмина,2012).

В позднем возрасте из-за полиэтиологических факторов происходят изменения на всех структурных компонентах временной компетентности: когнитивном, ценностно-смысловом, мотивационном, рефлексивно-оценочном и операционально-техническом. Например, отмечено, что происходят изменения в восприятии различных временных интервалов (Сурнина, 1999; Vasile,2015; Droit-Volet, 2016), оценке субъективного возраста (Сергиенко, Киреева, 2015; Stephan,2014; Stephan, Sutin, 2015), когнитивных репрезентациях времени (Киреева, 2010) и временной перспективе будущего (Стрижицкая, 2006; Микеладзе, 2016; Drake et al.,2008; Wearden, 2005; Gabrian, 2017). В пожилом возрасте наблюдается *темпоральная близорукость*

(temporal myopia), т.е. большая ориентация сделать как можно больше *сегодня*, чем *распределить* дела на завтра и послезавтра. Такая ориентация приводит к тому, что человек позднего возраста не может управлять собой во временном континууме. Становится жертвой бешеной активности, у него наблюдается *феномен «кризисного», ускоренного течения времени*, он не учитывает состояние собственных ресурсов, уязвимостей, что увеличивает риски *истощения* ресурсов (Wittmann, 2016). Эти изменения являются индикатором неблагоприятного течения старения, наличия хронозависимых (timing related disorders), неврологических, нейродегенеративных и тревожного спектра расстройств (Teixeira, 2013). Далее мы рассмотрим специфику изменений в компонентах временной компетентности в пожилом и старческом возрасте.

### **1.3.1. Субъективный возраст: структура и динамика на поздних этапах онтогенеза**

За последние несколько лет в геронтопсихологии исследования субъективного возраста получают все больше повышенного внимания, поскольку увеличиваются доказательства того, что он выступает одним из чувствительных *биопсихосоциальных маркеров физиологического и психологического старения* (Сергиенко, 2018; Shinan-Altman, 2018; Kwak, 2018). Рассматривается как альтернативный маркер оценки развития (Xiao, 2018). Позволяют идентифицировать людей позднего возраста подверженных будущим когнитивным нарушениям (Stephan, 2018a; Kwak, 2018) и рискам смертности (Stephan, 2018б).

*Субъективный возраст* — то, на сколько лет человек себя воспринимает. Являясь компонентом временной компетентности, он позволяет описывать динамику возрастной идентичности, также становится тем базовым представлением, относительно которого человек воспринимает себя на своем жизненном пути (Сергиенко, Киреева, 2015; Сергиенко, 2018). Субъективная возрастная идентичность выполняет функцию регуляции поведения, отражая возможности человека справляться с жизненными задачами (Сергиенко, 2013). Открывает более экзистенциальные аспекты возраста, личное восприятие процесса старения (Stephan, Sutin, 2015). Напомним, что по сей день одной из ключевых методологических проблем геронтологии, является разработка *критерия* для разграничения поздних этапов онтогенеза, учитывающего физиологические, психологические и социальные аспекты. Несмотря на понимание того, что *возраст* выступает системным феноменом, характеризующим онтогенез человека во *временном аспекте*, по-прежнему к его определению

преобладает количественный (хронологический) нежели типологический, причинно-целевой и мотивационные подходы (Карсаевская, Шаталов, 1978; Agogo, 2014).

## Дифференциация понятий хронологический и субъективный возраст

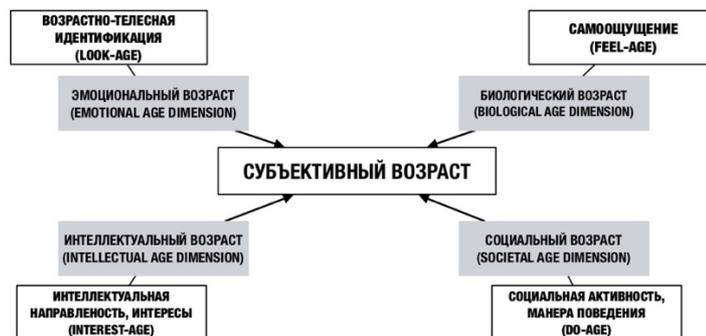
Хронологический возраст, с одной стороны, является удобным нормативно-калибровочным прогностическим фактором предсказания изменений в функциональном, эмоциональном и когнитивном функционировании (табл. 1.3), рисков развития ряда соматических, нейродегенеративных и психических расстройств позднего возраста (Kotter-Gruhn et al., 2016; Stephan, 2018).

**Таблица 1.3.** - Сравнительный анализ понятий, описывающих возрастную идентичность человека

ХРОНОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ	СУБЪЕКТИВНЫЙ ВОЗРАСТ
<i>Количественный подход</i>	<i>Функциональный подход</i>
Отражает то, сколько лет прожито	Репрезентации человека о собственном возрасте. Когнитивно-субъективная оценка
Не многомерен	Многомерен. Сплав субъективного биологического, эмоционального, социального и интеллектуального возрастов.
Определяет социальные возможности человека	Атрибут субъектности. Выступает той якорной репрезентацией, относительно которой человек воспринимает себя на жизненном пути
Удобный нормативно-калибровочный прогностический фактор	Выступает биопсихосоциальным индикатором благополучного течения старения
Высоковариабельная величина, не дает ценной информации о механизмах тех или иных изменений	Динамика: «идентично», «старше» или «моложе» хронологического возраста
Характеризует <i>прошлое</i> человека, являясь косвенным индикатором удаленности от смерти	Делает акцент на <i>настоящее</i> время
Необратим	Обратим
Не чувствителен к характеристикам внутреннего мира человека, субъективным оценкам здоровья	Акцент на внутреннюю психическую организацию человека в реализации и регуляции поведения. Выступает метакогнитивным контролем

Однако, с другой стороны, он является *сильно высоковариабельной величиной* (Сергиенко, 2013; Stephan, Sutin, 2017). Условным, грубым индикатором оценки старения и прогноза изменений в функциональном статусе человека (Stephan, Sutin, 2016). *Хронологический возраст* в большей степени характеризует прошлое человека, являясь косвенным индикатором удаленности от смерти (Лебедева, 2004). Не учитывает, что существует значительные различия в скорости старения у отдельных лиц, а растущее количество исследование предполагает связь между восприятием старения и изменениями в когнитивных процессах (Stephan, 2018). Паспортный (хронологический) возраст не чувствителен к характеристикам *внутреннего мира* человека; субъективным оценкам физического и психологического здоровья, установкам по отношению к собственной старости и старения (Курышева, 2013; Сергиенко, 2013; 2018; Stephan, 2018). Возраст в любой момент времени служит в качестве индикатора *внутренних* (биологические, физиологические, психологические аспекты) и *внешних* (социальные и

культурные аспекты) изменений. В связи с этим *количественный* подход к определению возраста играет ограниченную роль и должен быть заменен *функциональным* (Карсаевская, Шаталов, 1978) или *мультикомпонентным* (multidimensional approach, Kastenbaum et al., 1972), которые предлагают ввести понятия *функционального или субъективного возраста*, учитывающего: противоречия динамики старения; биопсихосоциальные аспекты, определяющие течение старения и субъективную оценку старения. Рефлексия о собственном старении складывается из субъективного возраста, восприятия старости и старения, а также восприятия возраст-ассоциированных потерь и приобретений (см. раздел. 1.1). Субъективный возраст не заменяет *биологический возраст*, который предполагает комплексную оценку функционального состояния различных систем функций организма, а также адаптационных, ресурсных возможностей организма (Кишкун, 2000). В отличие от хронологического и биологического возрастов, функциональный или *субъективный возраст* делает акцент на настоящее время (Лебедева, 2004), на внутреннюю психическую организацию человека в реализации и регуляции поведения (Сергиенко, 2013; 2018). Относясь к личностным образованиям, он выступает той стержневой репрезентацией, относительно которой человек воспринимает себя на жизненном пути и позиционирует себя в социокультурном пространстве (Сергиенко, 2011; 2018). В рамках геронтопсихологии субъективный возраст, понимается как «субъективная оценка человеком позднего возраста собственного старения и старости, отражающая его индивидуальный опыт, культурные и личностные смыслы об этих процессах» (Uotinen, 2005). Согласно *функциональной модели Р. Кастенбаума «Age-of-me»* субъективный возраст (рис.1.10), является многомерной, предметно-ориентированной конструкцией, аналогичной другими субъективным переменным старения. Включает интеграцию когнитивного, эмоционального и социального компонентов и определяется рядом внутренних возрастов (Kastenbaum et al., 1972).



**Рисунок 1.10.** - Функциональная модель возрастной идентичности «Age-of-me» (Kastenbaum et al., 1972)

Е.А. Сергиенко отмечает, что субъективный возраст, являясь атрибутом субъектности, предполагает наличие *рефлексии*, выполняющей продуктивную или контрпродуктивную функции, ослабляя, усиливая или инвертируя соотношение происходящих событий и их

субъективного восприятия (Сергиенко,2013). Субъективный возраст выступает *метакогнитивным контролем*, который опосредует восприятие происходящих событий и регуляцию поведения в зависимости от того, насколько велико расхождение между *объективной реальностью* и *субъективными представлениями о собственных ресурсах* (Сергиенко,2011;2013). Субъективный биологический возраст Р. Кастенбауманом и Б. Бараком рассматривается как самооценка *биологического старения* (Barak, Schiffman, 1981). Для пожилого человека изменения во внешности, наличие временности тела, являются *пробуждающими переживаниями* (по И. Ялomu, 2016) или *значимыми смыслами* (по Ж. Лакану), которые ассоциируются с осознанием смерти (Heslon,2008). В рамках геронтокосметологии отмечено, что при изменениях во внешности, пожилые женщины перестают узнавать себя в зеркале, начинают избегать смотреться в зеркало; стараются умолчать или уменьшить свой хронологический возраст (Кольгуненко, 1974). В связи с тем, что пожилые люди отдают приоритет не только физической привлекательности, но и состоянию здоровья оценка *эмоционального возраста* выступает индикатором субъективного благополучия (Teuscher, 2009).

## Оценки субъективного возраста на поздних этапах онтогенеза: динамика и факторы

Согласно *теории динамики субъективного возраста*, Д. Агого выделяют следующие виды оценки субъективного возраста (рис.1.11): «идентично» хронологическому возрасту, а также *регрессивные* («моложе») и *прогрессивные* («старше») тенденции (Agogo, 2014).



Рисунок 1.11. - Модель динамики оценки субъективного возраста (Agogo, 2014)

На рис. 1.11 линия 45° градусов представляет собой «нормальное» или реалистическое восприятие собственной старости и старения, при котором наблюдается идентичная

хронологическому возрасту оценка субъективного возраста. В зависимости от биопсихосоциальных факторов, приведенных в таблице 1.4. происходит сдвиг в оценке субъективного возраста (Agogo, 2014).

**Таблица 1.4. - Факторы, влияющие на динамику субъективного возраста в позднем возрасте**

Виды факторов	Негативная когнитивная иллюзия возраста	Положительная когнитивная иллюзия возраста
Биологические факторы (соматогенез)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Внешнее старение;</li> <li>• Полипрагмазия и полиморбидность;</li> <li>• Наличие состояния старческой астении и пре-астении;</li> <li>• Гиподинамия;</li> <li>• Нездоровое питание;</li> <li>• Отсутствие гигиены сна и отдыха.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здоровое питание;</li> <li>• Физические нагрузки;</li> <li>• Отдых. Полноценный сон. Гигиена сна;</li> <li>• Увеличение самооффективности в повседневной жизни;</li> <li>• Планирование самопомощи в случае болезни.</li> </ul>
Психические факторы (психогенез)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Эмоциональная реактивность;</li> <li>• Феномен «когнитивной тюрьмы»;</li> <li>• Изменения во временной перспективе.</li> </ul> <p>Наличие феномена «давления времени» и страха времени (темпофобии);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Пассивные» копинг-стратегии;</li> <li>• Отказ от познания новых вещей.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Любознательность;</li> <li>• Жизнестойкость;</li> <li>• Ментальная гибкость;</li> <li>• Умение переносить неопределенность и неизвестность.</li> <li>• Активность;</li> <li>• Оптимистичность;</li> <li>• Жить аутентичной жизнью;</li> <li>• Эмоциональная саморегуляция.</li> </ul>
Социальные факторы (социогенез)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стрессовые жизненные события;</li> <li>• Изменения в составе социального капитала. Отсутствие доверительного лица;</li> <li>• Изоляция;</li> <li>• Негативные стереотипы о старости и старении.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Семейное положение. Эмоциональная близость;</li> <li>• Сопереживание другим людям;</li> <li>• Просоциальное поведение;</li> <li>• Стабильное финансовое положение;</li> <li>• Социальная активность.</li> </ul>

В пожилом и старческом возрасте наблюдается наличие *когнитивной иллюзии возраста*, феномена *отрицания возраста* (age denial, Barak, Rahtz, 1999), стратегии *переписывать возраст* (age rewriting strategies, Morelock, 2017), т.е. разницы между хронологическим и субъективным возрастом. Преобладающей формой отрицания возраста, является оценка себя моложе хронологического возраста (Shinan-Altman, Werner, 2019). Этот феномен получил ряд названий: «*нестареющее-Я*» (ageless self, Kaufman, 1986), «*положительная когнитивная иллюзия возраста*» (positive illusion bias, Teuscher, 2009), «*консервация возраста*» (Головаха, Кроник, 2008) или «*смещение к молодости*» (youthful bias, Gana et al., 2004).

Положительная когнитивная иллюзия возраста является одним из психологических маркеров течения старения (Kotter-Grühn, 2016), которое сопровождается: сниженным финансовым стрессом (Agrigoroaei, 2017), позитивными ожиданиями и улучшением когнитивного функционирования (Stephan, 2018), удовлетворенностью качеством жизни (Weiss, Sassenberg, 2013), оптимизмом (Teuscher, 2009), самооффективностью (Mirucka, 2016), любознательностью и открытостью новому (Szmigin, 2001), физической и социальной активностью (Kwak, 2018), гибкими реакциями на стресс (Stephan, 2015), наличием здоровьесберегающего и профилактического поведения (Mirucka, 2016), омолаживающих интересов, большим потреблением анти-возрастных продуктов (Guiot, 2001), сниженными рисками смертности (Westerhof et al., 2014). Однако показано, что не всегда те люди позднего возраста, которые

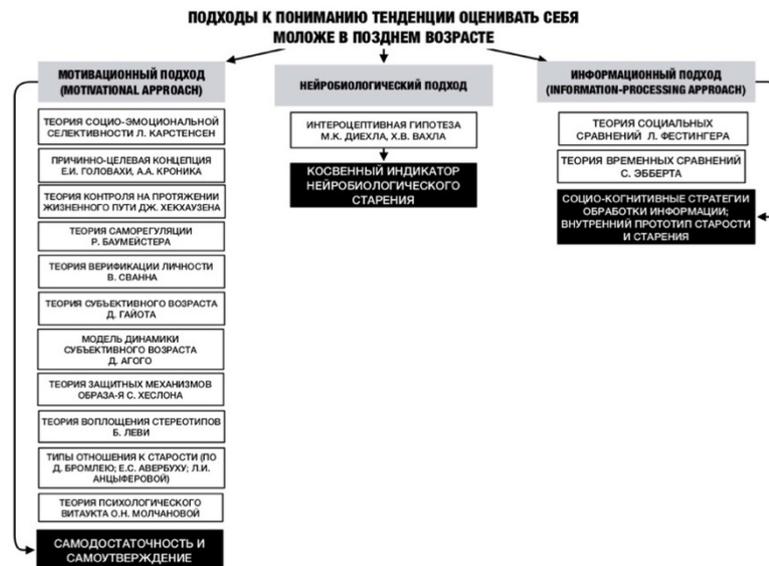
ощущают себя «молодыми», удовлетворены качеством своей жизни (Montepare, 2009). Расхождение 10-13 лет, является показателем *оптимальной когнитивной иллюзии возраста*. Если наблюдается расхождение 15-18 лет, то можно говорить о свехрегрессивных тенденциях, наличии невротического отрицания старения (Курышева, 2013).

**Оценка субъективного возраста «идентично» или ближе к хронологическому возрасту.** Большинство исследователей относят к «правильному» ощущению собственного возраста (Agogo, 2014; Stephan, 2018; Kornadt, 2018). Единично некоторые исследователи рассматривают эту оценку как «желтый флажок» рисков изменений в физическом и психическом благополучии (Kotter-Gruhn, 2015).

**Отрицательная когнитивная иллюзия возраста,** т.е. оценка субъективного возраста «старше» хронологического (Rubin, 2006). Является индикатором преждевременного старения или старческой астении (Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008); резкого снижения памяти (Stephan et al., 2016); рисков развития когнитивных нарушений (Stephan, 2018); сниженной психологической устойчивости (Shrira et al., 2016); симптомов депрессии (Keyes, Westerhof, 2012; Choi, DiNitto, 2014); хронической бессонницы (Stephan, 2017); проблем в сексуальной сфере (Estill, 2018); нейротизма (Stephan, 2018); системного воспаления в организме (повышение С-реактивного белка, Stephan, Sutin, Terracciano, 2015); снижения гомеостатических резервов организма (Stephan, 2015); метаболической дисрегуляции (Demakakos et al., 2007;); гипертонии (Fernandez-Mendoza, Vgontzas, 2013); изменений в легочной функции (Stephan, 2015); болевого синдрома (Stephan, Sutin, 2015); гиподинамии (Stephan, 2013); высокого ИМТ (Stephan, Sutin, 2018); цистатина С в течении 4 лет (Stephan, Sutin, 2017). Рисков сердечно-сосудистой смертности, но не смертности от рака (Stephan, 2018). Показано, что наличие у человека позднего возраста оценки субъективного возраста «старше» хронологического связано с более высоким риском развития деменции в течение 4 лет (Stephan, 2018).

**Возрастная дезориентация** (age disorientation) является формой дезориентации во времени и выражается в том, что пожилой человек может настаивать на том, что его возраст «моложе» или «старше» паспортного возраста. Разрыв между субъективным и хронологическим возрастом более *15-20 лет*. Например, паспортный возраст 61, а пожилой человек настаивает, что ему 48 лет. Он способен правильно определить текущую дату, дату своего рождения и вычислить разницу между датами. Данная форма дезориентации, к наблюдается в позднем возрасте при более диффузных расстройствах: постиктальное состояние, деменциях, делирии и синдромах амнестических расстройств (корсаковский синдром), также при шизофрении (Peer, Lyon, 2014).

Для понимания причин возникновения феномена смещения оценки субъективного возраста «моложе» хронологического возраста на поздних этапах онтогенеза мы предлагаем учитывать выделенные нами подходы (рис.1.12).



**Рисунок 1.12.** - Подходы к пониманию феномена положительной когнитивной иллюзии возраста

- *Нейробиологический подход* в основе которого лежит *интероцептивная гипотеза* (interoceptive hypothesis, М.К. Diehl, Н.В. Wahl) предполагает, что оценка себя «моложе» или «старше» хронологического возраста является косвенным восприятием нейробиологического старения, а не психологической защиты. С. Квайк и соавт. (2018) показали, что те пожилые люди, которые оценивают себя «моложе» хронологического возраста имеют более сохраненные структуры головного мозга (нижняя префронтальная кора, задняя верхняя височная извилина, полосатое тело), чем те, кто «старше». У них наблюдается меньшее прогрессирование старения мозга и меньший цереброваскулярный риск (Kwak, 2018).
- *Мотивационный подход* предполагает, что положительная когнитивная иллюзия возраста – это особая форма *самодостаточности* и *самоутверждения* личности (Teuscher, 2009; Westerhof, 2015); активной копинг-стратегии и поддержания положительной Я-концепции (Kotter-Grühn, Hess, 2012). Большинство исследований показывают, что пожилые люди *произвольно* усиливают у себя положительную когнитивную иллюзию возраста, т.е. чувство молодости с целью *самоутверждения*, которое необходимо для поддержания и продвижения позитивного самовосприятия (Stephan, 2015). Согласно *теории локусного контроля* (locus of control theory, Т.А. Judge, J.E. Vono) оценка себя моложе повышает воспринимаемый контроль (perceived control), усиливает положительные эмоции, ожидания, мотивацию и поисковое поведение, что косвенно влияет на жизнь и здоровье человека (Xiao, 2018). Также согласно *теории субъективного возраста Д. Гайота* (les théories de l'âge subjectif) стремление к молодости, является одним из способов решения дилеммы позднего возраста: полноценно жить или жить в вакууме и пребывать в страхе; изолироваться или наслаждаться жизнью (Guiot, 2001). Учитывая *теорию психологического витайкта* (Молчанова, 1999), отметим, что в позднем возрасте человек вырабатывает *двойную* или *гибкую идентичность*, которая

заключается в том, что с одной стороны, пожилой человек замечает возрастные изменения, а с другой, у него происходит сопротивление осознанию старости и старения, мыслям о смерти (Guiot, 2001). Таким образом оценка себя «моложе» – это стабилизирующий процесс, уберегающий Я-концепцию пожилого человека от различных деструктивных факторов. Стремление оценивать себя «моложе» в позднем возрасте, является ответной *защитной реакцией* на давление времени, признаки старения и ощущение социальной маргинальности, которая может обладать как конструктивным, так и деструктивным влиянием (Montepare,2009). В культурах, ориентированных на молодость и красоту наличие оценки у пожилого человека субъективного возраста «моложе» хронологического возраста, часто выступает *внутренним ресурсом*, который способствует оптимистическому взгляду на себя, свою собственную жизнь, и будущее, позволяет гибко справляться с вызовами, неудачами и потерями в жизни (Mirucka, 2016;). Учитывая *теорию верификации личности В. Сванна* (self-verification theory, W.B. Swann) оценка себя «моложе», является стабилизирующим мотивом оставаться прежним. Согласно *теории социо-эмоциональной селективности, Л. Карстенсенс* (socio-emotional selectivity theory) пожилой человек чувствуя приближение смерти больше ориентирован на восприятие позитивной информации о себе. При наличии положительной когнитивной иллюзии возраста пожилой человек воспринимает смерть как более отдаленную перспективу, что сопровождается наличием не долгосрочных целей, познавательно-ориентированного поведения (Carstensen,2006). *Причинно-целевая концепция* Е.И. Головахи и А.А. Кроника (2008) отмечает, что степень связанность временных зон, временная направленность, наличие временной перспективы будущего являются интегральными факторами формирования самооценки возраста. При данном подходе субъективный возраст может быть изменен пожилым человеком с помощью конструирования временной перспективы будущего и переоценки собственного прошлого. Наличие положительной оценки прошлого, ориентация на будущее сопровождается оценкой субъективного возраста «моложе» хронологического возраста, что показано в исследованиях Е.А. Сергиенко (2016) и Ю.Д. Киреевой (2015). *Теория контроля Дж. Хекхаузена* (Heckhausen, Shulz 1995) и *саморегуляции Р. Баумейстера* (Guiot,2001) рассматривают стремление быть «моложе» в позднем возрасте как *компенсаторный механизм* против дискомфортных последствий старения. Например, болевого компонента, снижения работоспособности, изменений во внешности и др. *Теория воплощения стереотипов Б. Леви* отмечает, что пожилой человек сталкивается, и становится уязвимым перед такими социальными стрессорами как эйджизм и жестокое отношение. В связи с этим все силы направляются на сопротивление этим социальным стрессорам (Levy,2009). Однако, показано, что нет прямых связей между негативными установками о старении и субъективным возрастом (Montepare,2009). Следует учитывать, что за оценкой субъективного возраста «моложе»

хронологического можно стоять *социальная незрелость* и *инфантилизм* (синдром Питера Пена) (Heslon,2010).

Появление изменений в *внешнем виде* и *состоянии здоровья*, является ситуациями вызова для пожилого человека, которые часто активируют у человека *первичные защитные механизмы* (отрицание) и *защитную установку*. В связи с интернализацией пожилых человеком дискриминационных норм о красоте и старости происходит *сдвиг в приоритетах* (response shift), т.е. изменения в самооценке, в результате изменения внутренних стандартов, ценностей, концептуализации привлекательности внешнего вида (Teuscher,2009). Наблюдается *нарциссическое стремление* поддержания чувства собственного достоинства или образа-Я с склонностью переоценивать собственные возможности, маскировать свою уязвимость (Heslon, 2008). Тенденция оценивать себя «*моложе*» является частным случаем *самоутверждения* (Teuscher,2009), ментальной ловушкой стабильности и безопасности. Без наличия внешних и внутренних ресурсов у человека позднего возраста — это стремление может привести к протесту против старения (по О.В. Курышевой, 2014), отсутствию баланса между затратами и выгодами старения, что приведет к истощению психических ресурсов.

- ***Информационный подход*** (рис.1.12) предполагает, что изменения в оценке субъективного возраста зависит от социо-когнитивных стратегий обработки информации (Henchoz, 2008). У пожилого человека есть *внутренний прототип* старости и старения. Это может быть представления о *генерализированном другом человеке*, по сравнению с которым у пожилого человека возникает больше перспектив. Например, стареющие родители. Восприятие собственного здоровья в позднем возрасте строится в отношении того, что они могут ожидать в свете будущих обстоятельств (Henchoz, 2008). Выделяют следующие социо-когнитивные механизмы, которые пожилой человек использует при оценке своего состояния здоровья (Henchoz, 2008; Teuscher,2009):

- Может сравнивать себя с другим человеком (теория социальных сравнений Л. Фестенгера), который находится в худших (нисходящее социальное сравнение) или лучших обстоятельствах (восходящее социальное сравнение);
- Может смотреть на текущую ситуацию, когнитивно сравнивая ее с другими моментам своей жизни (теория временных сравнений С. Эбберта)

## Структурно-уровневая модель индивидуальной возрастной идентификации на поздних этапах онтогенеза

Говоря про внутренние и внешние ориентиры оценки человеком субъективного возраста следует отметить предложенную гипотезу Е.А. Сергиенко (2011;2018), согласно которой индивидуальная возрастная идентификация, определяется *стабильными* (якорными) и *проксимальными* (лабильные) репрезентациями субъекта, которые опираются на разные социо-когнитивные стратегии обработки информации. Нами была расширена структурно-уровневая модель индивидуальной возрастной идентификации Е.А. Сергиенко применительно к позднему возрасту (рис. 1.13).



**Рисунок 1.13.** - Структурно-уровневая модель субъективного возраста на поздних этапах онтогенеза

Субъективный возраст на поздних этапах онтогенеза определяется *стабильными* (якорными) *репрезентациями*, которые связаны с физическими маркерами (физическим-Я пожилого человека): его внешним обликом, физическим и психологическим здоровьем, оценкой функциональных возможностей. Эти представления формируются под влиянием раннего опыта, глубинных, кагорных убеждений и установок. *Проксимальные репрезентации* определяются с одной стороны стабильными репрезентациями, а с другой стороны представлены *социальными маркерами возраста, событиями*. Субъективное отношение человека к собственному возрасту основывается на его восприятии жизненного пути и субъективной скорости течения времени (Лебедева,2004; Сергиенко, 2011;2013;2018). С точки зрения *теории экологических систем У. Бронфенбренера* можно отметить, что формирования субъективной оценки возраста происходит через непосредственное взаимодействие человека с окружающей средой, через проксимальные процессы, которые влияют на отношение к старости (Bergland, 2014). Наличие возрастно-нормативных событий в пожилом возрасте влияет на

оценку субъективного возраста (Heslon,2008). Проксимальные репрезентации изменяются под воздействием событий, вызывающих *пробуждающие переживания* (по И. Ялому,2016) о неумолимом ходе времени, которые усиливают осознание собственной смертности. К этим событиям относят изменения во внешнем виде, со стороны физического здоровья, выход на пенсию, потери близких людей. Наличие *парадокса дня рождения* (*paradoxe d'anniversaire*) за несколько дней до собственной круглой даты (50,60,70,80 лет) или дня рождения, годовщины со дня смерти близкого человека наблюдается состояние подавленности, увеличиваются риски развития сердечно-сосудистых осложнений, депрессии и возникновения суицида (Heslon,2008). Эти события играют роль интегратора и реинтегратора в изменениях субъективного возраста (Сергиенко,2011). Учитывая выделенные факторы и механизмы, влияющие на субъективный возраст (Agogo, 2014; Bergland, 2014; Stephan, 2018) на рис. 1.12. показано, что в основе возрастной идентичности лежит полиэтиологический фактор. Таким образом учет субъективного возраста позволяет концептуализировать индивидуальную траекторию старения, построить более полную картину восприятия времени человеком позднего возраста, определить его субъективное положение во временной перспективе собственной жизни.

### 1.3.2. Когнитивные репрезентации времени в позднем возрасте

#### Психосемантика репрезентаций времени в пожилом и старческом возрасте

Актуальность исследования психосемантики репрезентаций времени в геронтопсихологии определяется интересом к специфике *экзистенциального опыта*, восприятия старости и старения человеком позднего возраста. Основываясь на выделенных В.В. Знаковым (2016) критериях, компонентах экзистенциального и жизненного опыта, мы рассматриваем *когнитивные репрезентации времени* как компонент экзистенциального опыта. Когнитивные репрезентации времени являются элементом субъективного образа мира человека пожилого и старческого возраста, включающие представления о текущем и потенциальном субъективном благополучии. Эти репрезентации следует рассматривать как продукт и компонент интеллектуально-личностной регуляции и самосознания в позднем возрасте. К распространенным *символам времени* часто относят: человека, время суток, весы, часы, спирали, лабиринт (Трошихина, 2014; Мелёхин, Киреева,2016). Исследование Е.В. Лебедевой (2004) позволило выделить наиболее частые категории при определении понятия «время» в позднем возрасте: жизнь, а также отсутствие контроля. Преобладал динамический характер, амбивалентный, относительный характер времени. Наблюдается следующая специфика в определении понятия времени: конкретность, лаконичность, негативный характер течения

времени с тенденцией, к сожалению, по поводу проходящей жизни. В пожилом возрасте (55-69 лет) преобладало представление времени как «реки», «песка», событий или действий, с определенным темпом. Эти когнитивные репрезентации говорят о том, что люди пожилого возраста замечают изменения, длительность этих изменений их последовательность. В ответах наблюдаются все свойства времени, модели дискретного времени. В пожилом возрасте время представляется, как различные изменения, происходящие в состоянии здоровья, как накопленный жизненный опыт, как изменения в отношениях со значимыми другими людьми, как достижение мудрости, понимание того, что половина жизни пройдена. В репрезентациях времени у людей 70-90 лет преобладало ускоренное течение времени. Время чаще представляется в значении «время – это жизнь», которая прошла и была наполнена положительными и отрицательными событиями, наблюдается ценность времени «время ценно и его нужно беречь» (Киреева, 2010).

### **Ориентировка в текущем времени в пожилом и старческом возрасте**

Повышенное внимание уделяется такому риску неблагоприятного течения старения, как нарушение в когнитивных репрезентациях текущего времени т.е. в способности ориентироваться во времени (Kumral, 2007). Согласно М. Пееру и Р. Лиону (Peer, Lyon, 2015) выделяют следующие формы ориентировки во времени:

- **Связанные с Я-концепцией:** возрастная дезориентация; дезориентация в жизненном пути; редупликация жизненного пути и вневременной опыт/переживания
- **Несвязанные с Я-концепцией:** трудности использовать временную информацию; дезориентация в определении возраста других людей

Изменения в ориентировке во времени при нормальном старении рассматриваются, как независимый прогностический фактор возникновения следующих состояний и заболеваний: делирия (Keefe, Mukhtar, 2010), умеренного когнитивного нарушения (Guerrero-Berroa, Luo, 2009), психологического дистресса (Julayanont, 2014); сосудистой деменции (Iwamoto, Hoshiyama, 2012;); болезни Альцгеймера (Ryan, 2015), рисков падений (Tseng, Hung, 2013). Если у пожилого человека наблюдаются 1-2 ошибки в определении даты, дня недели, месяца, времени года и года (по шкалам MMSE или MoCA), то риски развития у него выраженных когнитивных нарушений в ближайшие 5-10 лет увеличиваются в два раза (Tseng, Hung, 2013). Оценка ориентировки во времени позволяет оценить состояние эпизодической памяти. Также дифференцировать пациентов с болезнью Альцгеймера от пациентов с лобно-височной деменцией (Yew, Alladi, 2013). Позволяет прогнозировать изменения в нейропсихиатрическом

статусе гериатрического пациента в ходе медикаментозной терапии (холинергической, глутаматергической монотерапии, Guerrero-Berroa, Luo, 2009).

Исследование А.Л. Бентона показало, что у пожилых людей в возрасте 65-84 лет наблюдаются почти безошибочные показатели в ориентировке во времени. Наблюдались обратимые трудности в определении даты, как у мужчин, так и у женщин (Benton, 1975). А. Кориат и Б. Фисшофф утверждают, что ориентировка в днях недели, выступает ключевым показателем состояния ориентировки в текущем времени (Koriat, Fischhoff, 1974). Дж. Бротчи и Дж. Бриннан провели исследование, направленное на выявление связи между полом, социальным статусом, хронологическим возрастом и ориентировкой во времени. В исследовании приняли участие 235 пожилых людей, средний хронологический возраст - 71 год. Количество ошибок в ориентировке во времени было выше в группе 71-80 лет, чем 50-60 лет. С увеличением возраста женщины (71-80 лет) допускали больше ошибок. С возрастом мужчины, наоборот, не показали значительного увеличения ошибок (Brotchie, Brenna, 1985). Это исследование показывает, что при нормальном старении (не отягощенном хроническими заболеваниями) ориентировка во времени остается сохранной и согласуется с выводами А.Л. Бентона (Benton, 1975), что после 80 лет пожилые люди могут допускать выраженные ошибки в ориентировке во времени. Наиболее стабильными являются представления о днях недели, месяце, годе, а также времени суток. Менее стабильными являются представления о дате. Интересно отметить, что молодые участники (25-33) исследования А. Кориата и Б. Фисшоффа сделали больше ошибок в определении дня недели, чем пожилые участники в исследовании А.Л. Бентона. Это связано с тем, что пожилые люди для ориентировки во времени чаще используют внешние опоры, т.е. опосредованные системы напоминания о времени, а также различные хронометры (Koriat, Fischhoff, 1974). Дж. Кингтон и Р. Стюарт проводили оценку нейропсихологического статуса людей 60 лет и старше. Показал, что меньше всего ошибок наблюдалось в определении дня недели, месяца и года (Kington, Stewart, 2011).

### 1.3.2. Субъективная скорость течения времени в позднем возрасте

Наличие у пожилого человека *хронопатологических феноменов* (chronopathological phenomena) или *нарушения темпоральных механизмов* в виде изменений в субъективной скорости течения времени («медленно», «быстро», «ускоренно») рассматривают как один из индикаторов:

- **Психических расстройств:** депрессия (Зими́на, Костю́кова, 2016; Кригер, 2017; Микеладзе, 2016; Симуткин, 2000; Bahadirli N., et al., 2013; Davidson P.M., et al., 2011; Teixeira et

al., 2013), биполярное расстройство (Зими́на, Костю́кова, 2016), генерализованное тревожное расстройство при котором наблюдается аффективная хронометрия (Зими́на, Костю́кова, 2016; Симуткин, 2000; Bahadırli., et al., 2013; Droit-Volet, 2016; Teixeira et al., 2013), психозы позднего возраста (Bahadırli, et al., 2013), химическая зависимость (Bahadırli et al., 2013), посттравматическое стрессовое расстройство (Wittmann, 2016) и Корсаковский синдром (El Haj, 2017)

- **Нейродегенеративных расстройств:** болезнь Паркинсона (Bahadırli et al., 2013; Teixeira et al., 2013; Wittmann, 2016), Альцгеймера (El Haj, Karogiannis, 2016), лобно-височная деменция (Grewal, 1995) и рассеянный склероз (Fuchs, 2013);

- **Неврологических расстройств:** дисциркуляторная энцефалопатия (Романов, Гусев, 2005), ОНМК (Allman, Meck, 2012), опухоли головного мозга, тяжелая черепно-мозговая травма, поражения мозжечка, медиальной височной доли, а также эпилепсии (Piras et al., 2013).

У людей пожилого и старческого одни исследователи отмечают «быстрое» (Лебедева, 2004; Сурнина, Антонова, 2003; Friedman, Janssen, 2010; Fung, Isaacowitz, 2016; John, Lang, 2015), другие «ускоренное» (Балашова, Микеладзе, 2013; Микеладзе, 2016) течение времени. По сей день в геронтопсихологии ключевым является вопросы о том, **почему течение времени меняется с возрастом? Почему происходит его ускорение?**

Показано, что в основе изменений в субъективном течении времени лежит полиморфность и полиэтиологичность (Teixeira et al., 2013; Wittmann, 2016; Zhang et al., 2013), а, следовательно, анализ данного феномена требует применения многофакторной синергетической биопсихосоциальной модели анализа (Сидоров, 2017). На основе анализа зарубежных исследований нами были выделены два подхода к пониманию изменений в течение времени в позднем возрасте (рис. 1.14).



**Рисунок 1.14.** - Подходы к пониманию изменений в субъективном течении времени в позднем возрасте

I. **Информационно-процессуальный подход** предполагает, что изменения в субъективной скорости течения времени следует рассматривать как стратегию, с помощью которой организм защищает себя от потери жизненно важных ресурсов (Мелёхин, 2018). Данный подход делает акцент на колебаниях в регуляторе скорости и переключателе (скалярная теория Дж. Гиббона), внутренних часах, циркадианных ритмах и когнитивных ресурсах (внимание, память) в позднем возрасте (Wittmann, 2016). Учитывая принцип синергической репликации в позднем возрасте (Teixeira et al., 2013) наблюдается различная траектория изменений в скорости течения времени, что требует применение *многофакторной модели* анализа с учетом ряда особенностей позднего возраста (Мелёхин, 2018):

- **Соматогенез.** Наличие у человека позднего возраста соматического, нейропатического и смешанного болевого синдрома сопровождается брадихронией (Somov, 2000). Перенесенный инсульт правого полушария, а также повреждения медиальной височной доли, мозжечка сопровождаются у пожилого человека изменениями в субъективном течении времени (Allman, Meck, 2012; Fuchs, 2013; Piras, 2013; Teixeira et al., 2013). У пожилых людей с аневризмой сосудов головного мозга и эпилепсией наблюдается акинетопсия, которая часто сопровождается брадихронией (Piras et al., 2013). При тяжелой черепно-мозговой травме, а также опухоли затылочно-теменной области правого полушария наблюдается *феномен «замедленного движения времени»* (slow-motion effect, Wittmann, 2016). Показано, что у пожилых женщин с дисциркуляторной энцефалопатией наблюдается «ускоренное» течение времени (Романов, Гусев, 2005). При изменениях со стороны сердечно-сосудистой системы (например, мерцательной аритмии) отмечается усиление осознания собственной смертности, что приводит к проявлениям тахихронии (Романов, Гусев, 2005; Allman, Meck, 2012). Наличие жизнеугрожающих заболеваний (например, онкологии) сопровождается у пожилого человека *феноменом «темпорального цейтнота»*, приводящим к ощущению «ускоренного» течения времени (Василенко, 2014). Наличие в позднем возрасте полипрагазии, а также прием таких групп препаратов, как бензодиазепиновых анксиолитиков, трициклических антидепрессантов, антагонистов дофамина, ингибиторов АХЭ, М-холиноблокирующих препаратов,  $\beta$ -адреноблокаторов, может вызывать целый спектр изменений в ощущении течения времени (Allman, Meck, 2012; Teixeira et al., 2013; Thönes, Oberfeld, 2015).

- **Психогенез:**

- *Нейроанатомические сдвиги.* Согласно *гипотезе нейронных цепей Е.Д. Анджело*, в пожилом и старческом возрасте наблюдаются возрастнo-ассоциированные изменения в корково-стриарных цепях, которые обеспечивают восприятие различных временных интервалов (Teixeira et al., 2013; Wittmann, 2016). Происходит снижение метаболизма в префронтальной и гипоталамо-диэнцефальной области (Allman, Meck, 2012; Carrasco et al., 2001; Chambon, Droit-Volet, 2008; Friedman, Janssen, 2010; Fung, Isaacowitz, 2016). Также

активности темпоро-септальной оси гиппокампа (Кригер, 2017). Наблюдается десинхронизация циркадных ритмов (Зими́на, Костю́кова, 2016; Симуткин, 2000; Teixeira et al., 2013). Все эти изменения оказывают влияние на ощущение скорости течения времени.

– *Нейрохимические сдвиги.* В позднем возрасте может наблюдаться феномен «истощения» дофамина и глутамата, который происходит из-за изменений в nigro-стриарной, мезолимбической и мезокортикальной системах (Кригер, 2017; Allman, Meck, 2012; Coelho, Ferreira, 2004; Droit-Volet, 2016). Также снижения суточной выработки мелатонина, включая уплощение в период ночного пика (Teixeira et al., 2013). Эти изменения оказывают влияние на функционирование внутренних, «биологических» часов, что вызывает изменения в ощущении скорости течения времени.

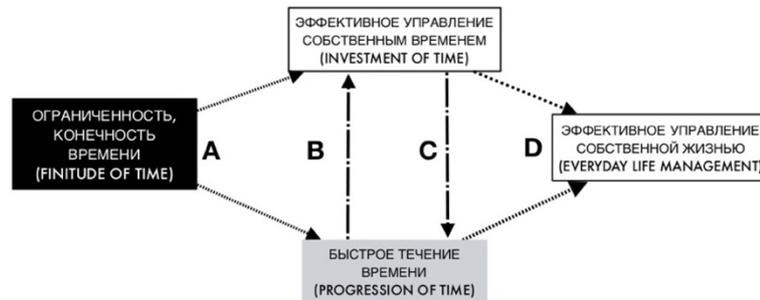
– *Изменения в когнитивных и психологических ресурсах.* Изменения со стороны внимания, эпизодической, рабочей памяти (Allman, Meck, 2012; Flaherty, 2005) влияют на восприятие скорости течения времени. Показано, что эндофенотипической чертой депрессивного синдрома в позднем возрасте с преобладанием аффекта тоски является брадихрония (Балашова, Микеладзе, 2013; Зими́на, Костю́кова, 2016; Симуткин, 2000; Минковский, 2018). В пожилом возрасте при эндогенной депрессии психотического уровня могут наблюдаться суточные колебания в ощущении течения времени утром и вечером (Bahadirli et al., 2013; Teixeira et al., 2013). Тахихрония или аффективная хронометрия (affective chronometry, Teixeira et al., 2013) наблюдаются в пожилом возрасте при атипичном течении депрессии с тревогой. Также при монофобиях и генерализованном тревожном расстройстве (Зими́на, Костю́кова, 2016; Симуткин, 2000; Bahadirli et al., 2013). При острой ситуационной тревоге у человека позднего возраста, которая сопровождается высоким уровнем выброса кортизола как биомаркера стресса, наблюдается «ускоренное» течение времени (Teixeira et al., 2013). Хроническая бессонница в позднем возрасте в зависимости от преобладающего аффекта (страх ночи, ангедонии) сопровождается изменениями в ощущении течения времени (Bahadirli et al., 2013). Одним из клинических проявлений болезни Альцгеймера и Паркинсона является «потеря осознания времени» (Thönes, Oberfeld, 2015) и нарушение в ментальном (когнитивном) путешествии во времени, т. е. способности мысленно проецировать себя во времени и ощущать скорость течения времени (Viard, et al., 2011).

- **Социогенез.** Быстрые социо-экономические изменения и кризисы, характерные для современного общества с преобладанием культов потребления и стремления к молодости, увеличение финансового стресса, жестокого отношения людей друг к другу (Василенко, 2014; Chen, 2011; Flaherty, 2005; John, Lang, 2015; Szymaszek, 2009; Wearden, 2005) приводят к возникновению у людей пожилого возраста *синдрома «экзистенциальной безысходности и ментального кризиса»*, т.е. невозможности реализовать свою ментальность в актуальной жизненной ситуации (Сидоров, 2017). Наличие неразрешимого ментального кризиса приводит к

большему ощущению «давления времени» (Сидоров, 2017; Wittmann, 2016), которое сопровождается ощущением «ускоренного» течения времени (John, Lang, 2015). Показано, что наличие жестокого отношения по отношению к людям пожилого и старческого возраста, пребывание в домах престарелых сокращают временную перспективу будущего, что приводит к появлению брадихронии (Wittmann, 2016).

II. **Мотивационный подход** (рис. 1.14) предполагает, что для понимания специфики субъективной скорости течения времени в позднем возрасте необходимо учитывать *жизненный путь, социальную ситуацию развития и селективные процессы* людей пожилого и старческого возраста. Наличие *быстрого* и *ускоренного* течения времени можно отнести к «потерям». В связи с ускоренным циклом жизни, теряется осознание времени. Быстрое течение времени побуждает делать все больше и больше вещей одновременно, что приводит к *истощению ментальных ресурсов*. Процесс старения — это непрерывная гибкая адаптация к изменениям в условиях жизни. В связи с этим переключение с быстрого на медленное течение времени может отражать связанные с возрастом «приобретения», такие как более эффективное использование времени и собственных ресурсов (Lang, Carstensen, 2002; Carstensen, 2006; Gable, Poole, 2012). Показано, что субъективный возраст вносит вклад в субъективное течение времени. Пожилые люди, которые считали себя *молодыми*, отмечали, что время течет *быстро* (Lang, Carstensen, 2002). Для стареющего человека *время* становится ощутимым и зримым (Карандашев, 1999). Изменения во внешнем виде, частые болезни и смерть близких людей, а также положительные события в жизни (появление внуков, свадьба детей) являются «маленькими смертями» (по И. Ялому, 2016) и напоминают пожилому человеку о том, что *время жизни ограничено* (Szymaszek et al., 2009). Под влиянием этих переживаний субъективное время может ускорять или замедлять свой ход. Могут наблюдаться следующие феномены: «временной провал», «потеря связи времен», «повышенное внимание ко времени», а также происходят изменения в эмоциональной оценке времени (Duncan, Phillips, 2012). *Осознание конечности своего существования* изменяет отношение ко времени, происходит переориентация со времени от собственного рождения к времени до собственной смерти (Friedman, Janssen, 2010). При нормальном старении *тема смерти* преобладает на *сознательном* уровне, однако не является стрессовым фактором (Wittmann, 2016). В позднем возрасте можно отметить две установки в отношении к смерти: во-первых, нежелание обременять своих близких; во-вторых, стремление избежать мучительных страданий (Козлов, Кукина, 2016). При наличии истощения ресурсов, расщеплении «Я» во времени появляются тревожные руминации, связанные с осознанием собственной смертности, которые могут трансформироваться в *осознанный страх смерти* (death anxiety) (Hanoch, 2013). Таким образом, когда пожилой человек сталкивается с *«психодуховным кризисом смерти»* (Козлов, Кукина, 2016) он часто сопротивляется осознанию собственной смертности: погружается бурную

деятельность, косметические операции, стремление быть молодым, отвлечение на работу и жизненную рутину. Л. Карстенсен отмечает, что пожилой человек понимает *ограниченность временной перспективы собственного будущего*, а также ограничения оставшегося времени жизни, что приводит к ощущению быстрого течения времени. Появляется сильное давление времени, которое у одних пожилых людей *мобилизует* имеющиеся ресурсы, а у других приводит к формированию *реакции отказа* не достигать поставленных целей в течение оставшегося времени. Появляется *страх времени* или *темпофобия* с стремлением *заморозить время* (Carstensen, 2006). Согласно модели адаптации к ограниченности времени Д. Джона (model of adaptation to lifetime constraints, John, Lang, 2015) ощущение ограниченности, конечности оставшегося времени жизни в позднем возрасте могут вызывать различные изменения в ощущении течение времени (рис. 1.15). Усиливать или ослаблять у пожилого человека контроль за временем (А).



**Рисунок 1.15.** - Модель адаптации к ограниченности времени (John, Lang, 2015)

Человек позднего возраста воспринимающий время как *быстро* текущее при наличии социального и психологического капитала эффективно использует его в своей повседневной жизни (В). Ощущение быстрого, не ускоренного течения времени оказывает влияние на адаптивное управление временем, усиливает достижение краткосрочных и долгосрочных целей (С). Управление быстрым течением поддерживают способность самостоятельно управлять своей жизнью (D) (John, Lang, 2015).

### 1.3.3. Временная перспектива в пожилом и старческом возрасте

В позднем возрасте временная перспектива выступает «линзой», через которую пожилой человек смотрит на мир, структурирует свой жизненный опыт, выбирает темп собственной жизни (Laureiro-Martinez, 2017). Пожилой и старческий возраст часто ассоциируется с *осознаваемой* или *неосознаваемой трансформацией в когнитивной репрезентации временной перспективы, временной неопределенностью* (temporal uncertainty, Turgeon et al., 2016), потерей

образа будущего (Анцыферова,2006), расслоением «Я» во времени, а сам пожилой человек в таком случае является «маргиналом» или «вечным путником» (Толстых, 2010). Меняющаяся временная перспектива в позднем возрасте может привести к актуализации дисфункциональных когнитивных схем, вызвать травматические переживания их прошлого, что приведет к развитию *негативного состояния психологического здоровья* (Stolarski, Fieulaine, 2015). Изменения в временной перспективе в пожилом и старческом возрасте, являются одним из *биопсихосоциальных маркеров течения старения или взаимодействия с жизнью* (engagement with life, Kazakina,2013; Stolarski, Fieulaine, 2015). Показано, что наличие этих изменений в пожилом возрасте является индикатором:

- Адаптации к изменяющимся жизненным обстоятельствам (Rönnlund, 2017);
- Здоровье-сберегающего и профилактического поведения. Например, в отношении сердечно-сосудистых расстройств, колоректального рака, рака молочной железы и сахарного диабета (Olivera-Figueroa, 2015; Laureiro-Martinez,2017);
- Положительного функционирования (Laureiro-Martinez,2017);
- Удовлетворенности качеством жизни, субъективного благополучия (Стрижицкая,2018; Pethtel,2018);
- Эмоционального состояния: стресс реактивность, гипо/гиперкортизолемиическая тенденция (Olivera-Figueroa,2015); депрессии позднего возраста (Микеладзе, 2016; Grün, 2016); агрессии; тревожного спектра расстройств (Kazakina, 2013; Gabrian,2017);
- Психологической устойчивости (Zambianchi,1997).

Наличие тенденции *смотреть вперед* (looking forward), *конструктивного образа себя в будущем подталкивает* пожилого человека для достижения целей, способствует более частому прохождению скрининг обследования на предмет колоректального рака, рака молочной железы и сахарного диабета (Laureiro-Martinez, 2017). Присутствие тенденции *смотреть назад* (looking back), *негативных переживаний, связанных с прошлым и страха будущего* (no future syndrome) как психических раздражителей отрицательно влияет на состояние иммунной и нейроэндокринной системы, приводя к системному воспалению в организме (Laureiro-Martinez, 2017). Оценка временной перспективы позволяет прогнозировать возникновения *накопленного «большого» стресса, риски развития аффективного спектра расстройств, суицида* (Балашова, Микеладзе,2015; W van Beek, 2011; Kazakina, 2013); *нейродегенеративных расстройств* (болезнь Альцгеймера, Vohn, 2016). В связи с этим оценка *когнитивной репрезентации временной перспективы* в пожилом и старческом возрасте является важным инструментом психологической диагностики *адаптации к изменяющимся жизненным обстоятельствам* (Konofal,2006). Терапия, основанная на временной перспективе (time perspective therapy), является одним из эффективных методов психотерапевтического лечения

аффективных расстройств, пограничных личностных расстройств, усиления *мудрости* в позднем возрасте (Videler, 2015).

### **Временной уклон и субъективное благополучие в позднем возрасте**

У каждого человека есть тенденция концентрироваться на одной определенной зоне, что получило название *временной уклон* (time bias, Brothers, 2016). В позднем возрасте не обязательно можно наблюдать ориентация только на *прошлое время*, можно встретить феномен *двойной ориентации* (Stolarski, Fieulaine, 2015). Выделим ключевые положения о возрастных изменениях в временной перспективе:

- *Не существует оптимального профиля временной перспективы.* Профиль зависит от обстоятельств жизненного пути, актуального социального контекста, социального капитала субъективного благополучия (Olivera-Figueroa, 2015);
- *Регулятором временной перспективы* выступает не хронологический, а *субъективный возраст*. А. Кроник (2008) сравнивал субъективный возраст с весами, на одной чаше которых *прошлое*, на другой *будущее* время. Когда для человека более значимым является его *прошлое*, он оценивает свой субъективный возраст «старше» хронологического, когда ориентирован на *будущее*, то оценивает себя «моложе». У пожилых людей, занижающих свой субъективный возраст наблюдается более выраженная ориентация на *гедонистически ориентированное настоящее*, но менее на негативно окрашенное прошлое, и фаталистическое настоящее. Если пожилой человек оценивает свой субъективный возраст ближе к хронологическому возрасту, то у него наблюдается выраженная ориентация на негативное прошлое (Laureiro-Martinez, 2017);
- *Расширение временной перспективы*, на субъективное благополучие человека все больше влияет его *прошлое* и *будущее* (Левин, 2001);
- *Увеличение степени дифференциации* между уровнями «реального» и «ирреальности» в репрезентациях о *будущем*, которые связаны с фантазиями, ожиданиями, надеждами и страхами будущего (Левин, 2001).

Выделяют следующие **профили временной перспективы** (Olivera-Figueroa, 2015):

- *Неадаптивный* (maladaptive profile) или *депрессивный* (affective profile), *саморазрушительный* (self-destructive profile) *профиль*: негативная или амбивалентная оценка прошлого, будущего времени и фаталистическое настоящее;
- *Сбалансированный* или *адаптивный* (adaptive profile) *профиль*: положительная оценка прошлого, гедонистическое настоящее, положительная оценка будущего времени.

Благополучное течение старения предполагает *сбалансированную временную перспективу* или *интеграции временных зон*, что дает пожилому человеку ощущение

целостности жизни (Kazakina, 2013; Stolarski, Fieulaine, 2015). Пожилой человек сталкивается с позитивными биографическими инсайтами, когда малозначимый опыт в прошлом приобретает новое значение благодаря оценке успехов, достижений и счастливых моментов (Головаха, Кроник, 2008). В зависимости от ситуации человек может принимать гибкие, оптимальные решения, переключаясь между прошлым, настоящим и будущим. Опираясь на *положительное прошлое* как ресурс положительных эмоций, которые расширяют репертуар мыслей и действий человека. Уметь не отвергать, не вытеснять, а пересмотреть свое «негативное прошлое», выделить и учитывать свои сильные и слабые стороны (Droit-Volet, 2016). Наличие сбалансированной временной перспективы связано с гибкой адаптацией к возрастным изменениям; здоровье-сберегающим поведением; гибким ответом на психологически дистресс с опорой на сильные стороны; открытостью новому; безопасной привязанностью; самоактуализацией (Stolarski, Fieulaine, 2015). Стоит отметить, что при *сбалансированной временной перспективе* может наблюдаться *высокий уровень кортизола* как биомаркера стресс-реактивности. Гиперкортизолемическая тенденция – это адаптивная реакция или стресс-ответ на происходящие жизненные ситуации. При неуравновешенном профиле временной перспективе гипокортизолизм выступает индикатором наличия посттравматического стрессового расстройства, атипичной депрессии, хронической усталости. Также указывает на наличие у человека пожилого возраста психонейроэндокринологической предрасположенности к сниженной стресс-реактивности (Olivera-Figueroa, 2015).

Проведенный нами анализ зарубежных исследований в период с 2007 по 2018 гг., с использованием баз (PubMed, Cambridge Journals Digital Archive, APA, ScienceDirect) позволил представить влияние различных траекторий временного уклона на субъективное благополучие людей позднего возраста (табл. 1.5).

**Таблица 1.5. - Временной уклон и его влияние на субъективное благополучие в позднем возрасте**

ВУ	Эмоциональная оценка	Субъективное благополучие	
		Физическое здоровье	Психологическое здоровье
ПРОШЛОЕ ВРЕМЯ	<i>Положительная оценка</i>	Здоровье-сберегающее поведение: физическая активность, диета, приверженность лекарственной терапии, систематическое наблюдение у врачей; сниженные риски развития ИБС.	Удовлетворенность качеством жизни; реализация целей; избегание рискованного поведения; ориентация на стабильность; ощущение непрерывности жизни; внутренняя ценность жизни; наличие духовных ресурсов; социальная активность; высокая самооценка; низкая тревожность; энергичность.
	<i>Негативная оценка</i>	Сниженная субъективная оценка здоровья; риски хронизации ССЗ, выраженность болевого синдрома; наличие вредных привычек.	Эмоциональная нестабильность; риски суицида; наличие тревожных воспоминаний, которые сопровождаются чувством сожаления, вины, скорби, утратой физических способностей и состоянием скуки; обесценивание настоящего, но с ориентацией на него; игнорирование, избегание будущего; аверсивные негативные эмоции (обида, вина); излишняя доверчивость; оценка своего субъективного возраста ближе к хронологическому; низкая самооценка; эскапизм; нейротизм; избегание изменений и нового опыта (консерватизм).
НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	<i>Гедонистическое настоящее</i>	Ответственность за состояние здоровья; приверженность лечению.	Контроль поведения; социальная активность; ориентация на положительные эмоции; субъективная оценка возраста «моложе» хронологического возраста; оптимизм; реалистическое отношение к жизни; импульсивность; поиск новизны.

	<i>Фаталистическое настоящее</i>	Сниженное здоровье-сберегающее и профилактическое поведение; гиподинамия; риски ожирения; наличие вредных привычек.	Повышенные риски аффективного спектра расстройств; чувство безнадежности; агрессия, раздражительность; страхи; сниженное психологическое благополучие; пессимизм; отчаяние; низкая самооценка; негативное восприятие старости; внешний локус контроля.
<b>БУДУЩЕЕ ВРЕМЯ</b>	<i>Положительная оценка</i>	Здоровье-сберегающее поведение; чувство ответственности за собственное здоровье; физическая активность; отказ от вредных привычек; сниженные риски ожирения. Профилактическое поведение в отношении здоровья.	Наличие ресурсов саморегуляции; открытость новому; оптимизм; мотивация к достижению различных целей; удовлетворенность жизнью; социальная активность; чувство ответственности; рациональный стиль принятия решения; внутренний локус контроля; контроль негативных импульсов; трудолюбие; энергичность; стремление к новому.
	<i>Негативная оценка</i>	Повышенные риски развития старческой астении, ССЗ; вредные привычки; ожирение; низкая приверженность к лечению.	Риски развития аффективного спектра расстройства; чувство безнадежности; пессимизм; чувство одиночества; потеря автономности; сниженная удовлетворенность жизнью; изменения в смысло-жизненных ориентациях; снижение социальной активности; стремление к краткосрочным целям, изоляция; избегающие и зависимые стили принятия решений; риски суицида.
	<i>Трансцендентальное будущее</i>	Профилактическое поведение	Наличие религиозных ресурсов, субъективное благополучие, низкие риски развития аффективного спектра расстройств

*Примечание.* ВУ – временной уклон, ИМТ – индекс массы тела, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ИБС – ишемическая болезнь сердца.

### **Анализ специфики временной перспективы в позднем возрасте**

По сей день актуальным является вопрос о динамике временной перспективы или *трансформации когнитивной репрезентации временной перспективы* в онтогенезе. К. Фингерман и М. Перлматтер предложили *гипотезу динамики временной перспективы*: в молодом возрасте (20-37 лет) часто, думают, о далеком будущем события, в то время как люди позднего возраста (60-81 лет) большее внимание уделяют *настоящему времени* и имеют *узкий временной горизонт будущего* (Fingerman, 1995). Это согласуется с предположением Н.Н. Толстых (2010), о том, что в процессе развития наблюдается чередование периодов интенсивного развития то временной, то пространственной составляющей. Эти периоды выступают сензитивными периодами усиления то воли как «органа будущего», то произвольной регуляции (Толстых, 2010). *Поздний возраст* - период преобладания временной составляющей. Согласно *модели концептуализации понятий субъективного времени*, М. Габриана специфику отношения к временным зонам следует анализировать с помощью следующих категорий (Gabrian, Dutt, 2017):

- ***Продолжительность и расширение временных зон.*** Экзистенциальная реальность старости заключается в том, что с одной стороны много свободного времени в повседневной жизни, но с другой стороны пожилой человек ощущает *ограниченность времени жизни и собственного будущего* (Rönnlund, 2017). Пожилой человек понимает, что он живет *вне времени* (Lennings, 2000). Трансформация когнитивной репрезентации временной перспективы часто происходят в результате переживания реальных жизненных событий, происходящих в жизни человека позднего возраста, в результате переосмысления значимости отдельных временных зон (прошлого и будущего), в том числе фактов рождения и конечности времени жизни (Pesina, Gudzovskaya, 2016). Наличие *пробуждающих переживаний* (по И. Ялом, 2016) напоминают пожилому человеку о неумолимом ходе времени, усиливают осознание

собственной смертности, осознается трагизм временности (Ялом,2016). Эти мысли пожилого человека влияют на *отношение ко времени* (Carstensen,2006). Социально активные пожилые люди, меньше подвержены страху смерти (Ялом, 2016). Через многообразие сфер *самореализации*, позитивный стиль жизни человек позднего возраста понимание разграничение психологической и биологической смерти, понимания, что ратворив свое «Я» в идеях, делах, других людях, через них он обретает бессмертие (Карандашев,1999). Согласно Л. Карстенсен цели смещаются в сторону того, что могло бы помочь пожилому человеку ощущать комфорт в *настоящем времени*, и избежать по Ф. Зимбардо «шока от неопределенного будущего» (Carstensen, 1999;2000). *Теория темпоральной саморегуляции П.А. Халла* (Temporal self-regulation theory) делает акцент на том, что предиктором здоровье-сберегающего и превентивного поведения, активного долголетия, является наличие расширенного, открытого временного горизонта собственного будущего (Hall, 2015).

- **Временная установка.** В позднем возрасте наблюдается эмоциональная валентность при оценке *прошлого* и *будущего* времени. Как правило пожилые люди, оценивают прошлое более позитивно, чем молодые, что способствует большему внутреннему локусу контроля, решению проблем в настоящем времени (Laureiro-Martinez, 2017). Воспоминания о личном прошлом и осознание собственного будущего играют ключевую роль в субъективном благополучии с точки зрения сохранения автономии, целеполагания и мотивации поведения в настоящем времени (Carstensen et al., 2006; Isaacowitz et al., 2006). *Гедонистический* взгляд на настоящее связан с большим психологическим благополучием. Тогда как фаталистический взгляд на настоящее время увеличивает риски возникновения симптомов депрессии в позднем возрасте (Gabrian, Dutt,2017). В позднем возрасте часто наблюдается *синдром отсутствия будущего*, который сопровождается ощущением бесперспективности, тревожными руминациями и страхом (Olivera-Figueroa, 2015). Наличие *оптимистичного сценария будущего* пожилым возрасте, является «буфером» или *диспозиционным оптимизмом* (dispositional optimism) против негативных установок о старости и старения. В позднем возрасте предвосхищение отрицательных или пессимистических событий в будущем являются триггером, который мотивирует на раннее превентивное поведение и активные копинг-стратегии для поддержания позитивного психологического здоровья в долгосрочной перспективе (Gabrian, Dutt,2017).

## **Половые особенности временной компетентности в позднем возрасте**

По сей день влияние *пола* (gender bias) на восприятие времени показывает противоречивые результаты на протяжении многих лет (Laureiro-Martinez, 2017). Выделим **общие тенденции**:

- **Восприятие временных интервалов.** Пожилые женщины склонны недооценивать (Glicksohn, Nadad, 2012) и/или переоценивать (Jaffe, 2012) временные интервалы по сравнению с мужчинами, предполагая, что они могут воспринимать время как медленно и/или быстро текущее. Это во многом связано с личностными и когнитивными особенностями пожилой женщины.

- **Временная перспектива.** Пожилые мужчины чаще стабильно ориентированы на гедонистическое настоящее и оптимистичное будущее, в отличие от женщин (Laureiro-Martinez, 2017). У пожилых женщин часто наблюдается, тревожная, неопределенная, временная перспектива будущего. Сужение временного горизонта будущего (Голубев, Дорошева, 2012). Наблюдается снижение гедонистического настоящего. Склонность когнитивно путешествовать в прошлое (Голубев, Дорошева, 2012; Laureiro-Martinez, 2017). У женщин изменения во временной перспективе влияют на здоровье-сберегающее и профилактическое поведение. Они больше учитывают предполагаемые риски со стороны здоровья (рак молочной железы, Griva, 2013) и последствия своих действий (Laureiro-Martinez, 2017). Наличие позитивной реконструкции своего прошлого приводит к большему стремлению сохранить хорошее состояние здоровья (Griva, 2013).

- **Субъективный возраст.** У пожилых женщин наблюдается тенденция оценивать себя «*моложе*» хронологического, что служит стратегией расширения временной перспективы будущего, позволяет сохранить социальную активность и оптимизм (Голубев, Дорошева, 2012; Guiot, 2000; Borzumato-Gainey, 2009). Динамика оценки субъективного возраста у женщин более вариативна в отличие от мужчин и зависит от сексуальной привлекательности, физического здоровья, эмоционального состояния и общей удовлетворенности собственным телом (Borzumato-Gainey, 2009; Stephan, 2018).

#### 1.4. Постановка проблемы исследования

Несмотря на довольно широкие отечественные и зарубежные исследования в геронтопсихологии, ментальным ресурсам благополучного старения не уделялось достаточного внимания. *Временную и когнитивно-эмоциональную компетентности* не рассматривали как референты ментальных ресурсов в связи с тем, хотя они включены в регуляцию разных аспектов жизнедеятельности и выступают факторами благополучного течения старения в быстроменяющихся условиях жизни современного общества. Эти компетентности, являются

одной из важнейших составляющих реагирования человека на старение, понимание потенциала к социальной адаптации. Временная и когнитивно-эмоциональная компетентности по сей день не были включены в имеющиеся психологические модели благополучного старения (Dumitrache, 2018). Отметим, что изменения на различных уровнях восприятия времени, способности понимать собственные психические состояния и других людей (модель психического), являются составным элементом ряда неврологических и психических расстройств позднего возраста, что позволяет рассматривать эти изменения как биопсихосоциальный маркер течения старения (Cummings, 2014; 2017; Dickerson, 2015; Henry et al., 2016; Foley, 2014; Moran et al., 2012; Shiroma et al., 2016; Washburn, 2016; Njomboro, 2017; Thönes, Oberfeld, 2015; Teixeira et al., 2013; Fuchs, 2013; Bahadirli et al., 2013; Allman, Meck, 2012; W van Beek, 2011; Olivera-Figueroa, 2015). Необходимо показать, что *когнитивно-эмоциональная и временная компетентности*, являются важными ресурсами по отношению к удовлетворенности качеством жизни в пожилом и старческом возрастах. Эти компетенции как индивидуально-психологические характеристики позволяют демонстрировать высокую эффективность в предсказании стратегий, адаптации к процессу старения, преодолении психологических последствий травматизации и возможности благополучного старения (Laureiro-Martine, 2017; Natelson Love, 2015). В пожилом и старческом возрастах происходят возраст-специфические изменения в *эмоциональной* (German, Nehman, 2006; Charlton, Barrick, 2009; Phillips, Slessor, 2014; Лессе, 2017; Gonçalves, 2018) и *временной* (Стрижицкая, 2006; Киреева, 2010; Микеладзе, 2016; Балашова, 2016; Teixeira et al., 2013; Laureiro-Martinez, 2017; Pethel, 2018) *компетентностях*. В связи с этим необходимо описать специфику и предикторы реорганизации этих ментальных ресурсов в пожилом (55-60, 61-74 лет), старческом (75-90 лет) и позднем возрастах, неотягощенных хроническими соматическими, неврологическими и психическими заболеваниями.

**Цель исследования:** изучение реорганизации ментальных ресурсов (компонентов временной и когнитивно-эмоциональной компетентности в связи с удовлетворенностью качеством жизни) в пожилом и старческом возрастах.

**Объект исследования:** ментальные ресурсы на этапе позднего онтогенеза.

**Предмет исследования:** психологические изменения в организации ментальных ресурсов в позднем онтогенезе.

**Задачи исследования:**

- Выявить возрастно-специфические особенности, социо-демографические, медицинские и психологические предикторы временной компетентности («ситуативного», «биографического» уровней восприятия времени) в пожилом и старческом возрастах;

- Исследовать возрастнo-специфические особенности, предикторы социо-демографические, медицинские и психологические предикторы «эмоционального» и «когнитивного» компонентов модели психического в пожилом и старческом возрастах;
- Выявить и проанализировать возрастную динамику действенности социо-демографических, медицинских, психологических предикторов в отношении удовлетворенности качеством жизни в пожилом и старческом возрастах;
- Проанализировать особенности связи восприятия времени и «модели психического», как ментальных ресурсов с удовлетворенностью качеством жизни в пожилом и старческом возрастах;

## **ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

## 2.1. Программа и характеристика участников исследования

**Процедура исследования.** Отбор и обследование респондентов проводился совместно с врачами-гериатрами и терапевтами в период с 2013 г. по 2017 г. на базе Консультативно-диагностическом центре № 2; Городской поликлинике № 41, 186 и Российском геронтологическом научно-клиническом центре г. Москвы. Было проведено одномоментное, поперечное исследование. Исследование состояло из ряда этапов (рис.2.1).

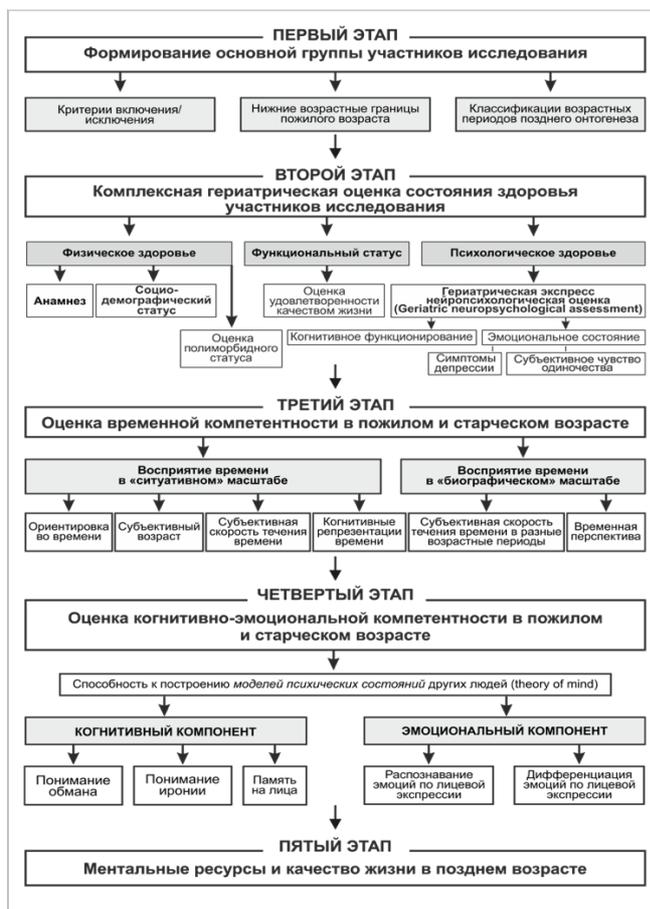


Рисунок 2.1. – Этапы и содержание эмпирического исследования

**Общая характеристика участников исследования.** Всего в исследовании приняли участие 373 респондентов *пожилого* ( $M_{age}=64,5$  лет) и *старческого* ( $M_{age}=79,9$  лет) обратившиеся в поликлиники. С помощью выделенных нами *критериев включения/исключения* (рис.2.2) из всех участников исследования была отобрана основная группа ( $n=290$ ).



**Рисунок 2.2.** - Организация возрастных групп респондентов и критерии включения участников в исследование. *Примечание.* CIRS-G - гериатрическая шкала кумулятивности расстройств; GDS-30 – полная гериатрической шкалы оценки депрессии; MoCA - Монреальская шкала оценки когнитивных функций.

В исследовании включались респонденты, с следующим *профилем гериатрического статуса* состояния здоровья (рис.2.2):

- *Оценка полиморбидного статуса* (по шкале CIRS-G) до 24 баллов указывает на легкую степень клинической демонстрации полиморбидности, что требует коррекции факторов риска и образа жизни, соблюдение рекомендаций врачей (Верткин,2015);
- *Оценка когнитивного функционирования* (по шкале MoCA) до 26 баллов. По данным З. Насреддина (Nasreddine et al, 2005) и В.В. Захарова (Захаров, Вахнина,2015) оценка  $\geq 26$  баллов указывает на отсутствие когнитивных изменений, однако не исключает наличия *легкого когнитивного снижения* симптомы которой не образуют целостного синдрома и наблюдается не постоянно, часто в состоянии утомления или эмоционального стресса.
- *Оценка эмоционального состояния* (по шкале GDS-30) до 20 баллов. Оценка от 10 (Yesavage et al.,1983) или 12 (Aikman, Oehlert,2001) до 20 баллов указывает на наличие симптомов *субклинической депрессии*, что свидетельствует о изменении в функциональной целостности барьера психической адаптации, которое ведет к готовности дисфункциональным образом реагировать стрессовые факторы (Александровский, Незнанов, 2018).

#### **Критерии исключения:**

- Осложненная коморбидность. Индекс полиморбидности (по шкале CIRS-G)>24 баллов;
- Наличие хронических расстройств в стадии обострения, интоксикаций, выраженных сердечно-сосудистых заболеваний, которые могут влиять на социо-когнитивные функции (органная недостаточность, болезни легких, аутоиммунные заболевания, острые бактериальные, вирусные инфекции, системные дисметаболические состояния; витаминная недостаточность);

- Серьезные нарушения слуха (пресбиакузис) и зрения (высокие аномалии рефракции, диабетическая ретинопатия, дальтонизм) препятствующие проведения обследования;
- Оценка когнитивного функционирования (по шкале MoCA)<26 баллов указывающая на наличие изменений в когнитивном функционировании;
- Нейродегенеративные заболевания и неврологические заболевания (опухоли, сосудистые поражения, нейроинфекции, эпилепсия, черепно-мозговые травмы);
- Оценка симптомов депрессии (по шкале GDS-30)>20 баллов указывающая на выраженное психологическое неблагополучие;
- Не имеющие на момент исследования опыта обращения в психиатрические больницы;
- Наличие аффективного спектра расстройств; психотической симптоматики, гипоманиакальных и маниакальных симптомов;
- Наличие негативизма со стороны пожилого человека; признаки формального отношения к обследованию, отказ человека позднего возраста, его родственников и/или доверительных лиц от участия в исследовании.

Нижняя возрастная граница *включения* в исследование **55 лет** нами была выбрана на основе интегративной оценке старения, путем компромисса между классификацией ВОЗ, обозначающей начало пожилого возраста для женщин 55 и 60 лет для мужчин (Иванец, Авдеева, 2014; WHO, 2015); имеющимися классификациями позднего возраста в геронтологии (Карсаевская, Шаталов, 1978; Кишкун, 2008) и геронтопсихиатрии (Иванец, Авдеева, 2014; Семке, Цыганков, 2006) и систематизированных нами биопсихосоциальных критериев (рис.2.3).

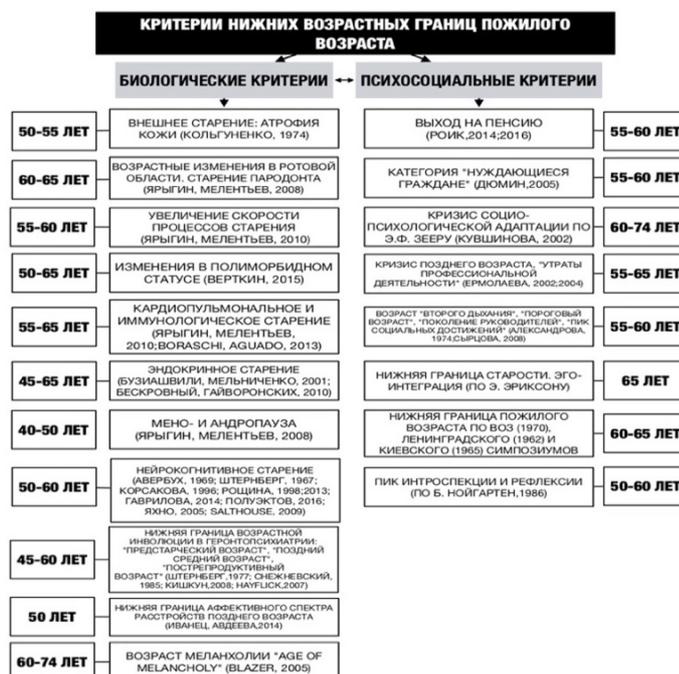


Рисунок 2.3. - Биопсихосоциальные критерии нижней возрастной границы пожилого возраста

Гетерохронность изменений и деструкция различных физиологических процессов создают сложности для определения нижних границ пожилого возраста на основе *хронологического возраста* (Кишкун, 2000), что требует учета *биологического* и *субъективного* возрастов. На основе выделенных критериев (рис. 2.2 и 2.3) основная группа участников исследования была разделена на подгруппы (по Baltes, Smith, 2003):

- **«Третий» возраст** (third age): 55-60 лет – 120 человек (17 мужчин и 103 женщины,  $56,6 \pm 1,8$  лет) и 61-74 лет - 120 человек (13 мужчин и 107 женщин,  $66,7 \pm 3,9$  лет)
- **«Четвертый» возраст** (fourth age): 75-90 лет – 50 человек (11 мужчин и 39 женщин,  $79,4 \pm 3,5$  лет).

**Социально-демографические и клиничко-анамнестические характеристики респондентов.** Из табл. 2.1. видно, что среди респондентов трех групп преобладали женщины. Это связано с тем, что по сравнению с мужчинами, у женщин больший спектр компенсаторных возможностей, физических и психологических ресурсов, позволяющих переносить хронические заболевания, психосоциальные проблемы. В связи с этим наблюдается феномен «феминизация стареющего населения» (feminization of later age, Davidson et al., 2011).

**Таблица 2.1.** - Социально-демографические и клиничко-анамнестические характеристики респондентов трех возрастных групп

Характеристики выборки	Группы респондентов		
	55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
<b>Всего респондентов</b>	120	120	50
<b>Средний возраст, лет (M±SD)</b>	$56,6 \pm 1,8$	$66,7 \pm 3,9$	$79,4 \pm 3,5$
<b>Соотношение по полу (%/абс.)</b>			
Мужчины	14 (17)	11 (13)	22 (11)
Женщины	86 (103)	89 (107)	78 (39)
<b>Количество лет, затраченных на получение образования (M±SD)</b>	$13,7 \pm 1,2$	$13,5 \pm 1,3$	$13,1 \pm 1,0$
<b>Семейное положение (%/абс.)</b>			
Состоят в браке	52 (62)	40 (48)	24 (12)
Не состоят в браке	48 (58)	60 (72)	76 (38)
<b>Есть дети</b>	85 (102)	76 (91)	94 (47)
<b>Рабочий статус (%/абс.)</b>			
Работают	60 (72)	42 (51)	12 (6)
Не работают	40 (48)	58 (69)	88 (44)
<b>Злоупотребление алкоголем (%/абс.)</b>	4 (5)	7 (8)	6 (3)
<b>Курение (%/абс.)</b>	20 (24)	29 (35)	14 (7)
<b>Назначенные и принимаемые препараты (%/абс.)</b>			
Гипотензивная терапия	28 (37)	49 (59)	78 (39)
Сахароснижающая терапия	11 (13)	29 (35)	31 (15)
Ноотропная терапия	20 (24)	40 (48)	76 (37)
Сосудистая терапия	23 (27)	46 (55)	78 (39)
Терапия НПВП	39 (47)	66 (79)	89 (44)
<b>Субъективная оценка себя больным по WHOQOL-BREF (%/абс.)</b>			
Считают себя больными	35 (42)	40 (48)	85 (42)
Не считают себя больными	65 (78)	60 (72)	15 (8)
<b>Удовлетворенность состоянием здоровья по WHOQOL-BREF (%/абс.)</b>			
Очень не удовлетворён(а)	27 (32)	29 (34)	42 (21)
Ни плохо, ни хорошо	31 (38)	41 (49)	48 (24)
Очень удовлетворён(а)	42 (50)	31 (37)	10 (5)
<b>Удовлетворенность качеством жизни по WHOQOL-BREF (%/абс.)</b>			
Плохо	6 (7)	22 (26)	16 (8)
Ни плохо, ни хорошо	33 (40)	65 (78)	62 (31)
Хорошо	61 (73)	13 (16)	22 (11)

*Примечание.* M- среднее значение; SD – стандартное отклонение; n-количество респондентов; НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.

Следует также учитывать, что респонденты участвующие в данном исследовании ссамостоятельно обращались к врачам и проходили комплексное обследование в поликлиниках. В связи с этим наличие факта преобладания женщин согласно *теории гендерно-ролевого конфликта* (gender role conflict theory, J.O'Neil) связан с различиями в моделях мужского и женского здоровье-сберегающего и профилактического поведения. У мужчин больше *мотивов уклонения* от сотрудничества с врачами, а также *психосоциальных барьеров*, препятствующих осознанной необходимости обратиться к врачу, что приводит к самолечению и увеличивает риски преждевременной смерти (Wuthrich, 2015). В рамках данного исследования из-за малого количества участников мужского пола половые особенности изучаемых процессов не проводилось. Образовательный уровень респондентов трех возрастных групп был достаточно высок. У респондентов трех групп не отмечалось выраженного злоупотребления алкоголем. У респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдалось большее различий фармакотерапии. В трех группах наблюдалось назначение терапии, направленной на купирование болевого синдрома. Пожилые люди (55-60 и 61-74 лет), в отличии от людей 75-90 лет не считали себя больными. В пожилом возрасте 55-60 лет большинство респондентов удовлетворены состоянием своего здоровья. У респондентов 61-74 лет преобладает неопределенная оценка состояния собственного здоровья. В группе 75-90 лет наблюдается неудовлетворенность собственным состоянием здоровья.

## 2.2. Методики исследования

### 2.2.1. Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья

На *втором этапе* (рис.2.4) исследования проводилась *комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья* респондентов (comprehensive geriatric assessment) для выявления факторов риска развития старческой астении (frailty) (Ткачева, Фролова, 2018; Parker et al.,2018).



Рисунок 2.4. - Алгоритм комплексной гериатрической оценки состояния здоровья

В процесс оценки состояния здоровья были включены следующие компоненты:

### **I. Физическое здоровье:**

1. **Анамнез:** данные амбулаторной поликлинической карты респондента, беседа с лечащими врачами респондента (врач-терапевт, гериатр);

2. **Социо-демографический статус** оценивался с помощью опросника *субъективной оценки здоровья гериатрического пациента* (Geriatric Health Questionnaire, University of Iowa Health Care, Handbook Of Geriatric Care Management, 2011). См. в таблице А.1.

3. **Полиморбидный статус** оценивался с помощью *гериатрической шкалы кумулятивности расстройств* (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, CIRS-G, M. Miller). Шкала представляет собой систему оценки наличия хронических заболеваний на основе физикального обследования и изучения анамнеза, которая позволяет врачу учитывать наличие и степень хронических заболеваний по отдельным системам организма, а также позволяет судить о степени отягощенности полиморбидного статуса (Верткин,2015). См. в таблице А.2. *Интерпретация:* у каждой системы органов существует следующие баллы для выраженности болезни: 0 баллов - отсутствие заболеваний выбранной системы (нет проблем); 1 балл - легкие отклонения от нормы или перенесенные в прошлом заболевания; 2 балла – умеренная степень болезни, нуждающейся в назначении медикаментозного лечения первой линии; 3 балла – тяжелая степень болезни, наличие постоянных болей, дискомфорта; 4 балла – крайне тяжелая органная недостаточность, требующая проведения неотложного лечения, серьезные нарушения функции органа. *Индекс полиморбидности* оценивается по сумме баллов всех систем органов. Он может варьироваться от 0 до 56 баллов. Наличие показателей больше 23 баллов требуют пересмотра лечения (Верткин,2015).

II. **Функциональный статус** оценивался с помощью показателя удовлетворенности качеством жизни (КЖ). Использовался *краткий опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения* (WHOQOL-BREF). Опросник представляет собой анкету для самостоятельно заполнения респондентом (таблица А.3). Состоит из 26 вопросов (таблица А.3), которые были отобраны из 24 субшкал ВОЗКЖ-100 (WHOQOL Group,1998). Применение краткой версии, было продиктовано ограниченностью времени обследования и сведением нагрузки на респондента к минимуму (Семенова,2005). Время заполнения: 10-15 минут. Позволяет оценить следующие домены качества жизни по 5-балльной шкале Ликерта: состояние физического (7 вопросов), психологического (6 вопросов) здоровья, социальные отношения (3 вопроса) и субъективную оценку окружающей среды и ее безопасности (8 вопросов). *Интерпретация:* проводился по алгоритму (таблица А.4) с выделением субъективной оценки восприятия качества жизни и удовлетворенности состоянием здоровья; общего индекса качества жизни; оценки четырех субкомпонентов качества жизни (Семенова,2005).

### III. Психологическое здоровье:

1. **Когнитивное функционирование** оценивалось с помощью *Монреальской шкалы оценки когнитивных функций* (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) была разработана З. Насреддином (2005). Эта шкала включена в ряд зарубежных неврологических протоколов диагностики умеренного когнитивного дефицита, ранних симптомов деменции, а также постинсультного когнитивного дефицита (Посохина, Смирнова, 2011; Chiti, Pantoni, 2014; Nasreddine et al., 2005). По сравнению с *краткой шкалой оценки психического статуса* (MMSE) данная шкала более чувствительна к распознаванию умеренного когнитивного дефицита амнестического типа (aMCI), проявлениям сосудистой деменции, болезни Паркинсона (Chiti, Pantoni, 2014). Данная шкала рекомендована как инструмент скрининга и прогноза в программах гериатрической реабилитации (Sweet, 2011). MoCA позволяет провести экспресс-диагностику следующих когнитивных функций: общая ориентировка, внимание, память, оптико-пространственные функции, речь, исполнительные функции (таблица А.5). Для ее выполнения требуется не менее 15 минут *Интерпретация*: суммируются все полученные баллы по компонентам. Максимальная оценка – 30 баллов. Делается поправка по уровню образования. Добавляется один балл, если у респондента среднее образование (Chiti, Pantoni, 2014; Nasreddine et al., 2005). Существуют различные значения по показателям данной шкалы (табл. 2.2).

**Таблица 2.2.** - Значение показателей по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA)

Уровни	По З. Насреддину (Nasreddine et al., 2005)	По С. Луису (Luis et al., 2009)	По Д.А. Гуторовой, Е.Е. Васениной (Гуторова, Васенина, 2016)
Нормативные показатели	≥26 баллов	≥24 баллов	≥25 баллов
Умеренный когнитивный дефицит	<26 баллов	<23 баллов	<24баллов
Выраженные когнитивные нарушения	<22 баллов	<18 баллов	<19 баллов

В рамках нашего исследования мы учитывали значение полученных показателей по данным Д.А. Гуторова и Е.Е. Васениной (2016).

2. **Эмоциональный статус** включал в себя оценку:

– *Симптомы депрессии* оценивались с помощью гериатрической шкалы самооценки депрессии версия с 30 пунктами (geriatric depression scale-30, J.A. Yesavage сокр. GDS-30). Шкала используется для диагностики самооценки пациентом наличия и степени депрессивно окрашенного состояния у людей пожилого и старческого возраста (таблица А.6). В ней минимизированы вопросы, оценивающие изменения в физическом состоянии (Иванец, Кинкулькина, 2016) Гериатрическая шкала оценки депрессии может использоваться у гериатрических пациентов с умеренным когнитивным дефицитом. Показатели по шкале

коррелируют с показателями по шкалам А. Бека (BDI), М. Гамильтона (HDRS) и В. Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale) (Aikman, Oehlert, 2001). Полная форма шкалы состоит из 30 вопросов, на которые нужно ответить «да» или «нет». Несмотря на то, что результаты по данной шкале в основном учитываются в бинарном виде: «есть» или «нет» симптомы депрессии (Иванец, Авдеева, 2014) нами был систематизирован *алгоритм интерпретации* полученных результатов (рис. 2.5).



**Рисунок 2.5.** - Алгоритм интерпретации результатов по гериатрической шкале оценки депрессии (GDS-30)

При наличии положительных ответов на 6 и 8 вопросы рекомендуется уточнять, какие именно мысли беспокоят респондента. Шкала обладает чувствительностью 92% (вероятность положительного скрининга депрессии) и специфичностью 89% (Aikman, Oehlert, 2001).

– *Субъективное чувство одиночества* оценивалось с помощью *Калифорнийской шкалы оценки чувства одиночества* (Revised UCLA Loneliness scale. Version 3, D. Russell, сокр. R-UCLA-LS), которая позволяет оценить эмоциональный и социальный компоненты чувства одиночества, измеряет социальное одиночество, т.е. глубину переживаний одиночества и изоляции, которое испытывает человек (Осин, Леонтьев, 2016). Русскоязычная адаптация данной шкалы была приведена И.Н. Ишмухаметовым (Ишмухаметов, 2006). Тест шкалы представлен в приложении 7 и включает в себя 10 вопросов об удовлетворенности социальных отношений, и 10 вопросов на неудовлетворенность. Респондент оценивает, как часто он чувствует себя в соответствии с каждым приведенным утверждением по следующей шкале: «никогда» - 1 балл, «редко» - 2 балла, «иногда» - 3 балла, «часто» - 4 балла. См. таблицу А.7. Результаты о наличии субъективного чувства одиночества по данной шкале достоверно коррелируют с баллами по шкале депрессии А. Бека (BDI). *Интерпретация:* некоторые вопросы (2,3,4,7,8,11,12,13,14,17,18) оцениваются в прямом порядке, т.е. «никогда» - 1 балл, «редко» - 2 балла, «иногда» - 3 балла, «часто» - 4 балла. Ряд вопросов (1,5,6,9,10,15,16,19,20) оцениваются, наоборот, т.е. «никогда» - 4 балл, «редко» - 3 балла, «иногда» - 2 балла, «часто» - 1 балл. Полученные баллы суммируются для получения *общего индекса одиночества*.

Возможные оценки варьируются всего от 20 до 80 баллов. 20 баллов указывает на отсутствие чувства одиночества. Результаты более 40 баллов, как правило, указывают ситуативное или хроническое чувство одиночества. Наличие переживания изоляции, нехватки эмоциональной близости или контактов с людьми, осознание себя как одинокого, изолированного (Ишмухаметов, 2006).

### 2.2.2. Оценка временной компетентности

На третьем этапе проводилась оценка временной компетентности, состоящей из «ситуативного» и «биографического» масштабов восприятия времени (рис.2.6).



Рисунок 2.6. - Оценка временной компетентности в позднем возрасте

I. Восприятия времени в «ситуативном» масштабе сосредоточено на содержательно-ситуативном анализе способности оценивать временные интервалы.

- **Оценка ориентировки во времени:**

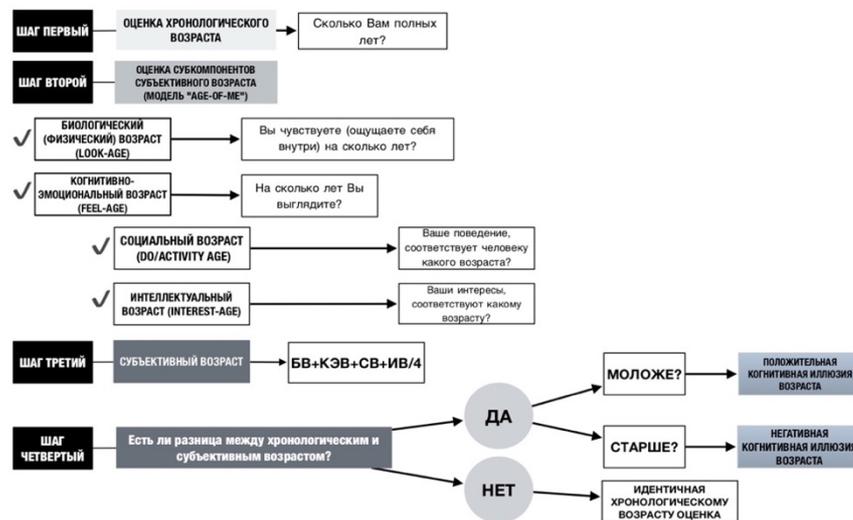
- **Вербальный компонент.** Использовался индекс для оценки общей ориентации (general orientation index) из Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA). Исследование включает в себя оценку ориентировки в *дате* (число, день недели, месяц, год) и в *циклических процессах* (время суток, время года). См. таблицу А.5. Максимальный балл - 6 баллов, что говорит о сохранности способности ориентироваться в времени, пространстве и ситуации (Nasreddine et al., 2005).

- **Практический (поведенческий) компонент,** который оценивался по особенностям поведенческих темпоральных маркеров (питание, отдых, сон, прием препаратов,

досуговые практики) в зависимости от времени суток, а также, например, на то, одет ли пациент по погоде (Основы диагностики психических расстройств, 2010).

**II. Восприятие времени в «биографическом» масштабе** сосредоточено на анализе картины жизненного пути человека и особенностях его восприятия жизненной перспективы.

1. **Субъективный возраст.** Для оценки СВ использовалась шкала оценки когнитивного возраста Б. Барака (four-item cognitive age scale, cognitive age scale). Шкала разработана Б. Баракком (Barak, Schiffman 1981) на основе модели возрастной идентичности «Age-of-me» Р. Кастенбаума (Kastenbaum, 1972) и представляет собой форму самооценки респондентами своего субъективного «биологического» (БВ), «эмоционального» (ЭВ), «социального» (СоцВ) и «интеллектуального» (ИВ) возрастов. Адаптирована в работах Е.А. Сергиенко (Сергиенко, 2012). Для облегчения оценки СВ нами был представлен диагностический алгоритм (рис.2.7).



**Рисунок 2.7.** - Алгоритм оценки субъективного возраста у респондентов трех возрастных групп

*Интерпретация:* оценка интегрального показателя субъективного возраста (self-perceived age) по следующей

формуле: 
$$\frac{\text{Биологический} + \text{Эмоциональный} + \text{Социальный} + \text{Интеллектуальный возраст}}{4}$$

. Анализ восприятия субъективного возраста по степени отличия от хронологического возраста. Наличие расхождения между хронологическим и общим субъективным возрастом. Наличие расхождения  $\leq 13$  лет указывает на *оптимальную когнитивную иллюзию возраста*;  $\geq 14$  лет – наличие *невротического отрицания собственного старения* (Курышева, 2013);  $\geq 20$  лет – *возрастную дезориентацию* (Peer, Lyon, 2014). Выявление тенденции оценивать субъективный возраст «идентично», «моложе» или «старше» хронологического возраста (рис.2.5).

Определение *индекса отрицания возраста* (Barak, Rahtz, 1999; Kotter-Grühn et al., 2015), рассчитывается по следующей формуле: 
$$\frac{\text{Хронологический возраст} - \text{Эмоциональный возраст}}{\text{Хронологический возраст}}$$
, где

отрицательные значения - это наличие регрессии и свехрегрессии возраста; 0 – принятие собственного возраста; положительные значения – прогрессия и сверхпрогрессия возраста. Анализ внутренних возрастов по степени отличия от хронологического возраста. Рекомендуется обращать внимание на расхождение между хронологическим возрастом и субъективным биологическим и эмоциональным возрастом, т.к. они являются индикаторами изменений в физическом и психологическом благополучии (Teuscher,2009).

## 2. **Оценка когнитивных репрезентаций времени:**

– *Вербальный аспект.* Для исследования вербальных когнитивных репрезентаций времени использовался *метод определения понятия.* Этот метод позволяет описать и исследовать на вербальном уровне представления респондента о значении слова, какой системой психологических операций он осуществляет определение значения слова. Для более глубокого анализа оцениваются наборы признаков понятия и эмоционального отношения (Семенова,2008). *Инструкция:* «Как Вы понимаете, что такое время?». *Интерпретация:* контент-анализ содержания полученных ответов респондентов.

– *Невербальный аспект.* Для исследования невербальных когнитивных репрезентаций времени использовался *метод рисунка.* Данный метод является аналогом метода определения понятия. Это психосемантический метод изображения, описания слов, ситуаций, состояний, отношений через образы (Серкин,1984). *Инструкция:* «Подумайте о том, как бы Вы изобразили, что такое «время». Качество рисунка не имеет значения». Экспериментатор предлагал респонденту простой карандаш и лист бумаги формата А4. *Интерпретация:* применяется контент-анализ содержательных характеристик рисунков с выделением набора графических образов, встречающихся в рисунках (Семенова,2008). Согласно психодинамическому подходу, образы могут иметь *очевидный*, сознательный или *скрытый*, бессознательный смысл. Образ может нести в себе *деструктивный потенциал* бессознательного или *конструктивный потенциал* для сознательной жизни.

## 3. **Оценка субъективной скорости течения времени:**

– *Анализ субъективного течения времени в различных жизненных ситуациях.* Для оценки применялся *тест осознания времени А. Соломона* (time awareness test, сокр. ТОВ, А. Solomon), адаптированный и апробированный Г.Г. Симуткиным (Симуткин,2000). Тест состоит из 10 вопросов, из которых 9 оценивают изменения в течение времени в различных жизненных ситуациях. Дополнительного вопроса оценивающего течения времени *в жизни в целом* (таблица А.8). *Инструкция:* «Вам предлагается оценить течение времени в различных повседневных ситуациях». Для каждого вопроса разрешен только один из следующих ответов, оценивающих спектр субъективного течения времени: «очень медленно» - 1 балла; «медленно» - 2 балла; «ни медленно, ни быстро» - 3 балла; «быстро» - 4 балла; «очень быстро» - 5 баллов. Максимальное количество баллов – 5 указывает на быстро текущее время. *Интерпретация:* 1)

индекс субъективной скорости течения времени - деление всей суммы полученных баллов на количество вопросов; 2) наличие тахихронии (5 баллов) и брадихронии (1 балл) в различных видах деятельности; 3) динамика течения времени в целенаправленной и рутинной деятельности (Симуткин, 2000).

– **Анализ субъективного течения времени в прошлом и настоящем времени.**

Применялся *тест выбора метафор течения времени* М. Валлалча и Г. Грина (Time Metaphor Scale, Wallach, Green, 1961). Адаптирован И.Ю. Кулагиной (2011). Респонденту предлагался список из 8 метафор (таблица А.9), и необходимо выбрать одну, которая соответствует его представлению о течении времени сначала в его *прошлом*, а затем в *настоящем* времени. Не задаются *точки отсчета прошлого и настоящего времени*. Рекомендуется уточнять выбор респондентом метафоры течения времени в своем прошлом и настоящем. *Интерпретация*: 1) если респондент выбирает 2,5,6,8 метафору, которые относятся к статическому типу метафор, то наблюдается *медленное* течение времени. При выборе 1,3,4,7 метафоры, которые относятся к динамически-направленным метафорам, то наблюдается *быстрое* течение времени (Wallach, Green, 1961); 2) проводить содержательный анализ метафоры через призму психодинамического подхода (Свирепо, Туманова, 2004).

– **Анализ субъективного течения времени в различные возрастные периоды.**

Для оценки применялся *тест оценки субъективной скорости течения времени* Р. Лимлича (test subjective acceleration of time, Lemlich, 1975). Апробирована Е.В. Лебедевой (2004). Сначала рассчитываются *точки отсчета*: хронологический возраст респондента равный  $\frac{1}{4}$  и  $\frac{1}{2}$  лет от возраста респондента на данный момент. После этого респонденту задаются следующие вопросы: 1). Не кажется ли Вам, что в разных возрастах течение времени воспринимается неодинаково – то быстро, то медленно? (Да/Нет); 2) Во сколько раз быстрее или медленнее протекало время, когда Вам, было (сначала называет возраст равный  $\frac{1}{4}$ , от своего возраста на данный момент) лет по сравнению с тем, как оно течет *сейчас*? 3) Во сколько раз быстрее или медленнее протекало время, когда Вам, было (сначала называет возраст равный  $\frac{1}{2}$  от своего возраста на данный момент) лет по сравнению с тем, как оно течет *сейчас*? *Интерпретация*: проводится качественный анализ полученных ответов, который позволяет выделить динамику изменений течения времени в конкретно заданных точках отсчета (Лебедева, 2004).

4. **Оценка временной перспективы:**

– **Анализ когнитивного компонента временной перспективы.** Для оценки специфики связанности временных зон использовался *круговой, циклический (circles test) или графический тест Коттла*, который был разработан Т. Коттлом как проективная методика для оценки специфики субъективного переживания времени (Cottle, 1967). Согласно его предположению, через рисунок трех кругов, которые символизируют прошлое, настоящее и будущее человека можно понять доминирующую временную зону и временную идентичность

(Белинская, Давыдова, 2007; Спиридонова, 2002; Cottle, 1967). Таким образом круговой тест Коттла позволяет оценивать, как когнитивный, так и эмоциональный компоненты временной перспективы. Респонденту предлагается чистый лист бумаги А4, простой карандаш и дается следующая *инструкция*: «Представьте сейчас свою жизнь: Ваше прошлое, настоящее и будущее время. Теперь изобразите ее в виде трех кругов: соответственно Ваше прошлое, настоящее и будущее. Изобразите таким образом, чтобы рисунок максимально соответствовал тому, как Вы представляете отношения между Вашим прошлым, настоящим и будущим. Вы можете использовать круги разных размеров. Когда рисунок будет закончен, подпишите, пожалуйста, круги, чтобы было понятно, какой из кругов соответствует прошлому, настоящему и будущему» (Белинская, Давыдова, 2007). После того, как респондент закончил выполнять тест с целью *концептуализации представления о времени* проводится интервью. См. таблицу А.10 (Cottle, 1967). *Интерпретация*. В связи с различными схемами интерпретации полученных результатов по круговому тесту Т. Коттла нами был систематизирован алгоритм оценки полученных результатов, представленный на рис. 2.8 и в таблице А.11.



**Рисунок 2.8.** - Алгоритм интерпретации полученных данных по круговому тесту Т. Коттла

Примечания к интерпретации результатов рис. 2.8. представлены нами в таблице 2.3.

**Таблица 2.3.** - Оценка компонентов временной перспективы по круговому тесту Т. Коттла

Компонент ВП	Тип оценки	Описание
Связанность временных зон (отношение ко времени)	Количественная оценка	Все три круга изображены отдельно друг от друга (0 баллов); если соприкасаются какие-либо из двух кругов (2 балла); если какие-то из двух кругов пересекаются (4 балла); если один из кругов полностью расположен в другом круге (6 баллов). Общая связанность рисунков лежит в пределах от 0 баллов (все 3 круга изображены отдельно) до 18 баллов (каждый круг расположен в другом круге, рисунок имеет вид мишени).
	Качественная оценка	Линейно-непрерывная временная перспектива (преобладание будущего времени, линейная связанность трех временных зон); дискретная временная перспектива (значимы все три временные зоны, однако не прослеживается связанности между ними); дискретная временная перспектива с ориентацией на прошлое/будущее; интегрированная временная перспектива (взаимосвязанность трех временных зон)
Доминирующая временная зона	Количественная оценка	Оценивается относительная величина трех кругов. Временная зона больше двух других – 4 балла; меньше двух других – 0 баллов; временная зона меньше одного, но больше другой зоны – 2 балла.
	Качественная оценка	Оценивается путем измерения размера кругов, чем больше круг, тем данная временная зона предпочтительнее для человека.
Временной вектор	Качественная оценка	Требуется соединить центры полученных кругов респондентов трех возрастных групп от прошлого до будущего времени.
Временной профиль	Качественная оценка	Атомистический профиль (ориентация на настоящее или ближайшее будущее время, нет интеграции прошлого будущего); гештальтистский профиль (ориентация на прошлое); актуализаторский профиль (ориентация на будущее).

- *Анализ эмоционального компонента временной перспективы* включал в себя:
  - *Оценку временной направленности* и для этого использовался *тест «Временной ориентации»* Л. Муздыбаева. Позволяет оценить направленность или ведущую временную зону (Муздыбаев,2000). Инструкция: «С какими из ниже приведенных суждений Вы согласны?» 1) «Время, в котором я живу сейчас – это мое время»; 2) «Мое время ушло»; 3) «Мое время еще не пришло»; 4) «Затрудняюсь ответить». Интерпретация: Выбор 1 суждения – ориентация на настоящее время, 2 – ориентация на прошлое время, 3 – ориентация на будущее время, 4 – неопределенная ориентация. Дополнительно, для более точной оценки временной ориентации респондентам задается дополнительный вопрос: «Если бы у Вас была возможность вернуться в прошлое, перенестись в будущее или остаться в настоящем, чтобы Вы выбрали? И почему?» (Муздыбаев,2000). Если у респондента наблюдается несовпадение ответов на оба вопроса, но следует говорить о неопределенной временной ориентации. Дополнительно оценивается тип временной ориентации личности по Б.М. Петухову (цит. по Розеновой, 1998) (табл.2.4).

**Таблица 2.4. - Типы временной ориентации личности (по Б.М. Петухову)**

Тип личности	Временная ориентация	Тип темперамента	Описание
<b>Отрешенный (скучающий) тип</b>	<i>Неопределенная временная ориентация</i>	Флегматик	Пассивность. Ригидная система межличностных отношений. Риски развития аффективного спектра расстройств.
<b>Мечтательный тип</b>	<i>Будущее время</i>	Меланхолик	Генератор различных идей. Частая неудовлетворенность собой. Черты психастении.
<b>Наблюдающий тип</b>	<i>Настоящее время</i>	Сангвиник	Реализатор идей. Деятельный. Любознательный.
<b>Вспоминающий тип</b>	<i>Прошлое время</i>	Холерик	Критик различных идей. Конфликтен в межличностном общении. Склонен к эксплозивным реакциям.

- *Оценку временной установки* и для этого использовалась модификация *методики «Кто Я»* М. Куна (Twenty Statements Attitude Test, М.Н. Kuhn, Т.С. McPartland) предложенная Л.В. Бороздиной «свободное описание временных зон» (Бороздина, Молчанова,1988). Тест используется для изучения характеристик временной идентичности, преемственности прошлого, настоящего и будущего «Я». В оригинальном варианте методики респондентов просят за отведенное время назвать как можно больше слов на вопрос «Кто Я?». *Инструкция:* «Продолжите, пожалуйста, фразу... мое прошлое/ мое настоящее/мое будущее». Респонденту дается чистый лист бумаги, озаглавленный «мое прошлое» и предлагается в свободной форме продолжить это предложение самостоятельно или сказать экспериментатору, который буквально записывал за респондентом ответы. Таким же образом его просят продолжить предложения мое настоящее и мое будущее (Спиридонова,2002). Для *интерпретации* полученных данных нами был предложен следующий алгоритм (рис.2.9).



**Рисунок 2.9.** - Алгоритм интерпретации полученных данных методики «Кто Я» М. Куна: модификация свободное описание временных зон

В таблице 2.5. представлено определение типа личности по отношению к временным зонам по Х. Манну, М. Зейглер, Х. Осмонду (цит. по М.И. Розеновой, 1998).

**Таблица 2.5.** - Типы личности по отношению ко времени (по Х. Манну, М. Зейглер, Х. Осмонд)

Тип личности	Временная ориентация	Описание
Эмоциональный (аффективный) тип	Прошкое время	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Время воспринимается как ограниченно циркулирующее из прошлого в настоящее, а затем снова в прошлое;</li> <li>• Наличие частого ментального путешествия в прошлое время;</li> <li>• Прошкое время определяет актуальное поведение;</li> <li>• Ригидность в смене первоначальных сложившихся репрезентаций о людях. Окружающие люди воспринимаются с позиции личных отношений;</li> <li>• Значимы только те события, которые, могут стать яркими воспоминаниями;</li> <li>• Ориентация на сильные переживания.</li> </ul>
Мыслительный (когнитивный) тип	Неопределенная временная ориентация	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гармонично сочетает все временные зоны;</li> <li>• Следование личным принципам. Акцент на преемственности и последовательности;</li> <li>• Построение ригидной модели окружающей реальности, отстаивают ее, отвергают факты, которые не соответствуют ей;</li> <li>• Предпочитают взвешивать шаги. Планируют свои действия;</li> <li>• В стрессовых ситуациях часто прибегают к пассивным копинг-стратегиям.</li> </ul>
Ситуативно-сенсорный тип	Настоящее время	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Игнорирование прошлого и будущего времени;</li> <li>• Ориентация на настоящее, которое богато, полное и глубокое;</li> <li>• Стремление испытывать новые ощущения в настоящем;</li> <li>• Не акцентируются на длительности времени;</li> <li>• Совладают с стрессовыми и кризисными ситуациями.</li> </ul>
Интуитивный (интровертированный) тип	Будущее время	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ориентация предвидеть «что будет», чем-то «что есть», и «что было»;</li> <li>• Нетерпеливы, переключаются (перескакивают) с одного вида деятельности на другой;</li> <li>• Постоянное движение «вперед» с тенденцией к переоценке ресурсов;</li> <li>• Быстрое и ускоренное течение времени;</li> <li>• Не всегда хватает ресурсов осуществлять свои представления о будущем.</li> </ul>

### 2.2.3. Оценка когнитивно-эмоциональной компетентности

На *третьем этапе* исследования проводилась оценка способности к построению *моделей психических состояний* других людей у респондентов трех возрастных групп (рис. 2.10).



Рисунок 2.10. Оценка когнитивно-эмоциональной компетентности в позднем возрасте

**I. Оценка когнитивного компонента модели психического** осуществлялась с помощью субшкал из *Интернет формы Пенсильванской нейропсихологической батареи* (web-based self-administered Computerized Neuropsychological Battery), которая была разработана Р. Гуром (Gur, Richard, 2010). Апробирована в работах Н.В. Хоменко (2012) и М.М. Скугаревской (2013). Батарея состоит из 19 субтестов на оценку: когнитивных функций (внимания, рабочей памяти, эпизодической памяти, обработки пространственной информации, сенсомоторных реакций) и социального познания (память на лица, распознавание и дифференциацию эмоций) (Gur, Richard, 2010). Преимуществами онлайн шкалы по сравнению с бумажными вариантами (pencil-paper tests) являются: доступ через веб-браузер; охват различных когнитивных доменов и компонентов социального познания с улучшенной стандартизацией предъявления стимулов и сбора данных; простой интерфейс и интерпретации полученных результатов; повышает эффективность диагностического и реабилитационного процесса с помощью онлайн отслеживания динамики состояния пациента (как дома, так и в больнице) (Hansen et al., 2015). Предъявление стимулов осуществлялось в визуальной модальности, с помощью 24 дюймового ЖК-монитора, расположенного на расстоянии 60 см. от респондента. Характер стимулов статический.

1. **Память на лица.** Использовался *Пенсильванский тест запоминания лиц* (Penn Facial Memory Test, PFMT) включающий непосредственное и отсроченное воспроизведение. Разработан Р. Гуром (Gur et al, 1993), адаптирован Н.В. Хоменко (2012)

– *Стимулы:* 40 черно-белых статических фото-эталонов с нейтральным выражением лица, на черном фоне. Экспрессии уравновешены по полу, возрасту, этнической принадлежности (кавказская, европейская, негроидная, монголоидная и индейская расы). Всего 20 мужских и 20 женских лиц, 26-45 лет – 20, 46-55 лет – 20 человек (Хоменко, 2012).

– *Формат обследования* (Gur et al, 1993):

**Первый этап «непосредственное воспроизведение» (CPF-I):**

*Фаза запоминания.* Инструкция респондентам: «Вам будут показаны лица людей. Внимательно

смотрите на них и постарайтесь запомнить». Респонденту на экране монитора предъявлялось 20 черно-белых эмоционально нейтральных лиц, которые нужно запомнить (рис.2.11). Каждый фото-эталон экспонировался 5 сек. Возвращение к предыдущим фото-эталонам исключалось.



**Рисунок 2.11.** - Алгоритм проведения Пенсильванского теста запоминания лиц (Gur et al, 1993)

*Фаза распознавания.* Инструкция: «Сейчас Вам будет продемонстрирована другая группа лиц людей. В них есть новые лица, и есть те, которые Вы уже видели ранее. От Вас потребуется при восприятии этих лиц решить видели ли эти лица. Вам будут предлагаться следующие варианты ответов: «определенно да», «наверно да», «наверно нет» и «определенно нет». Респонденту предъявлялись фотографий в случайной порядке, среди которых 20 уже увиденных им ранее и 20 добавленных новых лиц-дистракторов. Необходимо было определить, какие из предъявленных лиц он видел ранее (рис.2.11). Каждый фото-эталон экспонировался неограниченное время. Возвращение к предыдущим фото-эталонам исключалось.

*Второй этап «отсроченное воспроизведение» (CPF-D).* Длительность гетерогенной интерференции - 45 минут. Инструкция: «Сейчас Вам будет предъявляться другая группа лиц людей. В них есть новые лица, и есть те, которые Вы уже видели ранее. От Вас потребуется при просмотре этих лиц решить видели ли эти лица раньше или нет. Вам будут предложены следующие варианты ответов: «определенно да», «наверно да», «наверно нет», «определенно нет». Респонденту предъявлялись фотографий в случайной порядке, среди которых 20 уже увиденных им ранее и 20 добавленных новых лиц-дистракторов. Необходимо было определить, какие из предъявленных лиц он видел ранее (рис.2.11). Каждый фото-эталон экспонировался неограниченное время. Возвращение к предыдущим фото-эталонам исключалось. *Интерпретация:* индекс непосредственного и отсроченного распознавания, который измеряет точность воспроизведения лиц по памяти среди других лиц-дистракторов. Максимальный балл - 40; скорость распознавания – медианное время для выбора правильного ответа при узнавании лиц по памяти как при непосредственном, так и отсроченном воспроизведении (Хоменко,2012); объем непосредственного и отсроченного воспроизведения лиц по памяти. Максимальный балл – 20.

**2. Понимание обмана.** Использовался тест, направленный на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий (Pragmatic interpretation short stories, E.

Winner, Winner's Task). Этот тест является разновидностью теста «Ложные убеждения» (false belief), когда респонденту предлагается определить ложное убеждение героя рассказа, оценить понимание прагматических высказываний, например, будут ли высказывания другого героя носить характер обмана или иронии (Winner et al.,1998).

– *Стимулы.* 10 коротких рассказов, общий объем которых 250 слов (таблица А.13). В этих историях описываются жизненные ситуации, когда *герой-свидетель* наблюдает или замечает проступок *героя-нарушителя*. 5 историй обмана, в которых герой-нарушитель не знает, что он/она был замечен героем-свидетелем, когда делал неправильный поступок. Чтобы скрыть свое смущение, и не быть пойманным герой-нарушитель произносит ложное высказывание. Этот тест позволяет оценить распознавание обмана, как полуправды, которая сообщается другому человеку с расчетом на то, что он сделает из нее ошибочные, не соответствующие намерению героя-нарушителя выводы. В предложенных историях, направленных на понимание обмана, герой-нарушитель говорил *полуправду* сообщая некоторые подлинные факты, однако, утаивая другие важные факты для понимания произошедшего события. 5 историй иронии, в которых герой-нарушитель знает, что он/она был замечен, когда делал неправильный поступок. Чтобы скрыть свое смущение и не быть пойманным он/она произносит иронический комментарий (Monetta et al.,2009).

– *Формат обследования.* Предлагался текстовый вариант с помощью 24 дюймового ЖК-монитора, расположенного на расстоянии 60 см от респондента. *Инструкция:* «Вам будут предъявлены различные истории, в которых описываются поступки людей. В ходе прочтения каждой истории Вам будет предложено ответить на ряд вопросов». Инструкция сопровождалась демонстрацией задания на экране монитора и совместно с экспериментатором выполнением пробной серии с получением от респондента обратной связи о понимании инструкции и возникших трудностях. Респондентам говорилось, что они могут обращаться к тексту истории, чтобы перечитать его для того, чтобы ответить на заданный вопрос. Полученные ответы фиксировать в специальном протоколе (таблица А.12).

– *Интерпретация: индекс понимания обмана и иронии.* Согласно ключу (таблица А.14), за правильный ответ присваивается 1 балл, за неверный - 0. Максимальный балл за один вопрос во всех историях обмана – 5, иронии – 5. Максимальный балл за выполнение одной истории – 6. Всех историй – 60 баллов. За истории-иронии присваивается - 30, обмана также - 30 баллов; *оценка состояния репрезентаций о психическом состоянии другого человека* первого (2 вопрос) и второго порядка (3 вопрос) о психических состояниях другого человека (Winner et al.,1998).

## II. Оценка эмоционального компонента модели психического:

1. **Распознавание простых эмоций по лицу.** Использовался субтест *Пенсильванский тест распознавания эмоций* (Penn Emotion Recognition Task-40, сокр. ER40). Субтест был разработан С. Кохлер (Kohler et al., 2004), адаптирован на русский язык Н.В. Хоменко (2012)

- *Стимулы:* 40 последовательно представленных *статических* цветных фотоизображений экспрессий людей - 8 эмоционально нейтральных (спокойных) выражений лица, 16 лиц с низкой и 16 с высокой интенсивностью положительных (радость) и отрицательных (печаль, гнев, страх) эмоций (рис.2.12).



**Рисунок 2.12.** - Паттерны интенсивности экспрессий в Пенсильванском тесте распознавания эмоций (Kohler et al., 2004)

Экспрессии уравновешены по полу, возрасту и этнической принадлежности (кавказская, европейская, негроидная, монголоидная индейская расы): 21 белых и 19 небелых лица из них 20 женщин и 20 мужчин, 15-25 лет – 10, 26-45 лет – 10, 46-55 лет – 10, 55-70 лет – 10 лиц.

- *Формат обследования:* в основе теста лежит *метод ограниченного выбора определений*, который позволяет оценить эффективность распознавания экспрессивных паттернов лица. Респондентам предлагалось определить эмоцию, которую переживает человек на фотографии из 5 предложенных вариантов ответа (Kohler et al., 2004). *Инструкция респондентам:* «Вам будут показаны фотографии лиц людей, принадлежащие к различным возрастным группам и национальностям. От Вас потребуется очень внимательно посмотреть на предъявленные нами лица и определить эмоцию, выбрав один из предложенных вариантов ответа». Инструкция предъявлялась зрительно на экране монитора и зачитывалась экспериментатором. Сопровождалась демонстрацией задания на экране монитора и совместно с экспериментатором выполнения *пробной серии* с получением от респондента обратной связи о понимании инструкции и возникших трудностях (рис. 2.13).



**Рисунок 2.13.** - Алгоритм проведения Пенсильванского теста распознавания эмоций (Kohler et al., 2004)

В ходе *пробной серии* респонденту предъявлялся фото-эталон экспрессии, и экспериментатор просил выбрать одну эмоцию из предложенного списка слева которая лучше описывает эмоциональное состояние человека. Фото-эталон экспонировался неограниченное время. В случае верного распознавания эмоционального состояния респондент переходил к выполнению *основной серии* обследования (рис. 2.13). Лицевые экспрессии демонстрировались разными натурщиками и в случайном порядке. Каждый фото-эталон экспонировался неограниченное время, что уменьшает требования к рабочей памяти. Возвращение к предыдущим фото-эталонам исключалось (Kohler et al.,2004). *Интерпретация*: скорость распознавания эмоций; общий показатель распознавания эмоций; распознавание женского и мужского лица; распознавание эмоций при низкой и высокой интенсивности; оценка каждого паттерна экспрессии: гнева, страха, радости, печали и нейтральных эмоций (Хоменко, 2012).

## 2. Дифференциация интенсивности эмоций по лицевой экспрессии.

Использовался *Пенсильванский тест дифференциации интенсивности эмоций* (Penn Measured Emotion Discrimination Task, сокр. EMODIFF), который позволяет оценивать способность различать интенсивность радости и печали по двум снимкам одного и того же человека. Субтест разработан Р. Ирвин (Erwin et al.,1992), адаптирован в работах Н.В. Хоменко (Хоменко, 2012).

- *Стимулы*: 40 черно-белых статических фото-эталонов пар экспрессий лиц с различной интенсивностью (высокая, низкая, одинаковая) базовых эмоций: радость и печаль. Каждая пара состоит из двух фотографий одного и того же человека. Некоторые из предъявляемых в парах фотографии одинаковы, другая часть имеет определенные отличия. Среди которых пары лиц с большей интенсивностью эмоции *радости* (16 пар) и печали (16 пар), пары с *одинаковой* интенсивностью эмоций радости (4 пар) и печали (4 пар) (рис.2.14).



**Рисунок 2.14.** - Паттерны интенсивности экспрессий в Пенсильванском тесте дифференциации эмоций (Erwin et al.,1992)

Экспрессии уравновешены по полу, возрасту и этнической принадлежности (кавказская и латиноамериканская национальность): 20 лиц мужчин и 20 женщин, 26-45 лет – 20, 46-55 лет – 20 человек (Erwin et al.,1992).

- *Формат обследования*. Инструкция: «Вам будет продемонстрирована пара лиц одного и того же человека. Посмотрите на эти лица внимательно, и определите какое лицо

(левое или правое) или оба лица более интенсивно выражает заданную эмоцию» (Erwin et al.,1992). Инструкция предъявлялась зрительно на экране монитора и зачитывалась экспериментатором. Сопровождалась демонстрацией задания на экране монитора и совместно с экспериментатором выполнения *пробной серии* с получением от респондента обратной связи о понимании инструкции и возникших трудностях (рис.2.15).



**Рисунок 2.15.** - Алгоритм проведения Пенсильванского теста дифференциации эмоций (Erwin et al.,1992)

В ходе *пробной серии* предъявлялось три задачи. Респонденту в задачах предлагалось из двух лиц выбрать то лицо, где эмоциональное проявление сильнее (левое или правое) или выбрать вариант «оба лица одинаковые» (Хоменко,2012). После правильного выполнения трех задач в пробной серии следовала *основная серия* обследования (рис.2.15). Стимулы демонстрировались в случайном порядке. В двух сериях каждая пара лиц экспонировалась неограниченное время. Возвращение к предыдущим фото-эталонам исключалось (Erwin et al.,1992).

- *Интерпретация:* скорость дифференциации эмоций; общий показатель дифференциации эмоций; оценка различения радости и печали (Хоменко,2012).

### 2.3. Статистическая обработка данных

Статистическая обработка результатов исследований проводилась с помощью программ IBM SPSS v.23 и Microsoft Office Excel 2016 с применением следующих методов обработки данных:

- *Дескриптивный анализ:* вычисление и описание средних значений (Me), стандартных отклонений (SD), построение по этим данным гистограмм распределения изучаемых параметров;
- *Проверка нормальности распределения результатов наблюдений:* критерий Колмогорова-Смирнова;
- *Анализ значимости попарных различий:* U-критерия Манна-Уитни, Краскалла-Уоллеса, хи-квадрат
- *Корреляционный анализ:* коэффициент ранговой корреляции R – Спирмена;

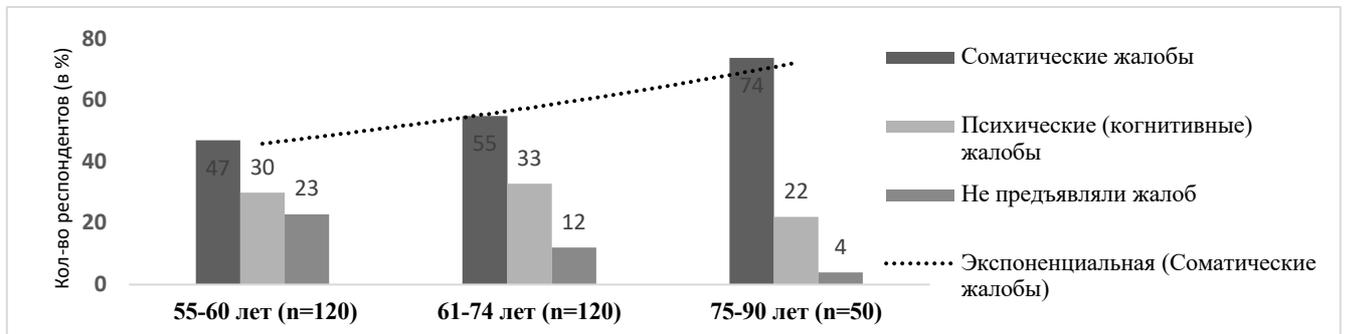
- *Однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA);*
- *Эксплораторный факторный анализ по методу главных компонент, с вращением факторов по методу Варимакс;*
- *Кластерный анализ, манхэттенское расстояние «city-block», метод дальнего соседа;*
- *Множественный регрессионный анализ;*
- *Значимость различий и достоверность полученных корреляционных связей определялась при достижении уровня значимости  $p < 0,05$ .*

### ГЛАВА 3. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Комплексная гериатрическая оценка (КГО) является многомерным, междисциплинарным диагностическим процессом, направленный на определение медицинских, функциональных, психосоциальных потребностей пожилого человека, а также факторов риска развития таких неблагоприятных исходов старения как пре- и старческая астения (Ткачева, Фролова, 2018; Parker et al., 2018). В рамках нашего исследования процесс оценки состояния здоровья состоял из следующих компонентов: субъективные жалобы, показатели физического здоровья, функционального статуса, когнитивный и эмоциональный профиль.

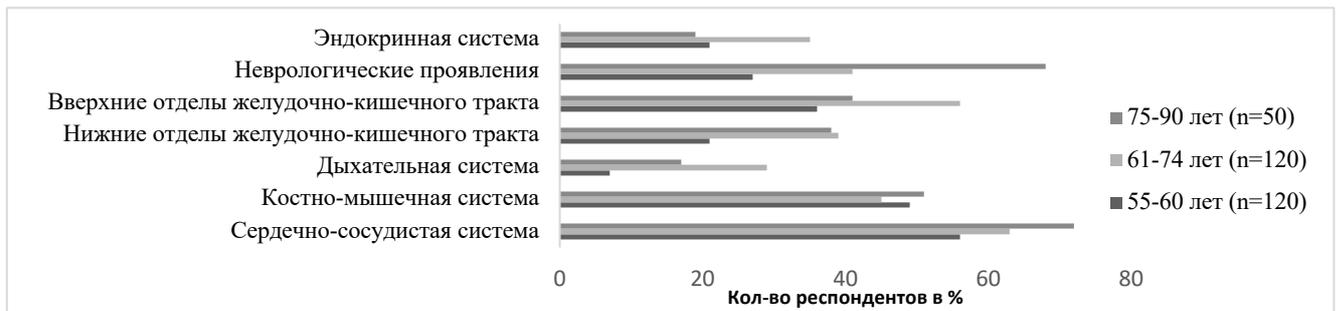
#### 3.1. Субъективные жалобы на состояние здоровья

Большинство респондентов пожилого и старческого возраста предъявляли жалобы, связанные с *соматическим*, нежели *психическим* здоровьем (рис. 3.1).



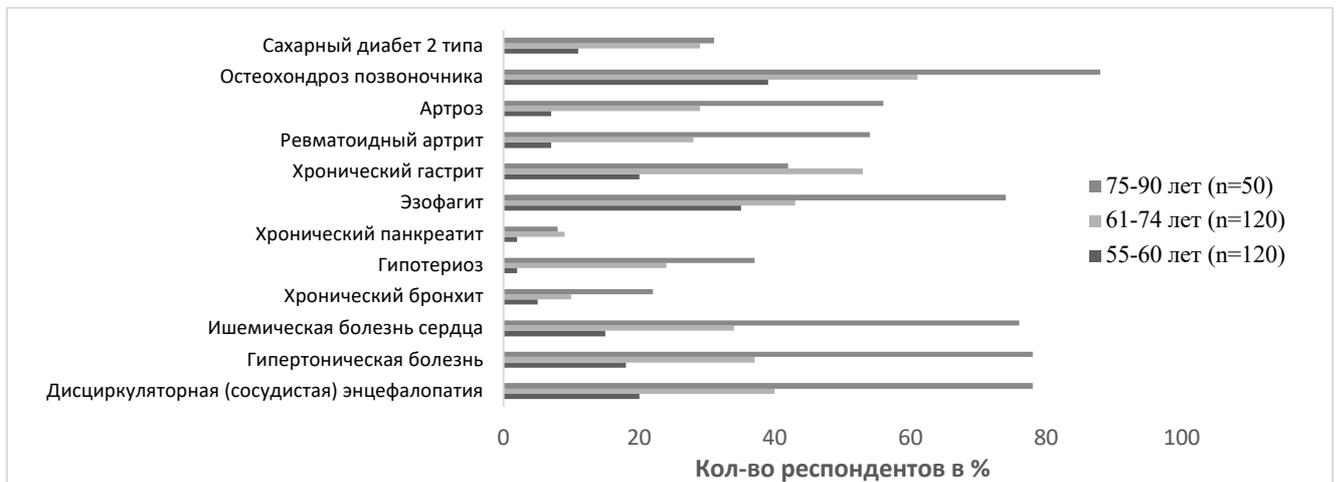
**Рисунок 3.1.** - Субъективные жалобы на состояние здоровья у респондентов трех возрастных групп

Больше жалоб на состояние здоровья предъявляют респонденты 61-74 и 75-90 лет, в отличие от группы 55-60 лет. Стремление людей позднего возраста не предъявлять жалобы на психологическое здоровье можно объяснить тем, что люди пожилого и старческого возраста, члены их семей и даже некоторые специалисты рассматривают изменения в психическом состоянии в качестве нормального проявления процесса старения или нормальной реакции на психотравмирующие ситуации. У людей позднего возраста могут наблюдаться *мотивы уклонения* из-за страха «клейма сумасшедшего», ущерба социальному статусу, зависимости от препаратов (Сидоров, 2017). Большинство полученных субъективных жалоб у респондентов трех возрастных групп были сконцентрированы на сердечно-сосудистой, костно-мышечной системах, верхних отделах ЖКТ, различных неврологических проявлениях (рис.3.2).



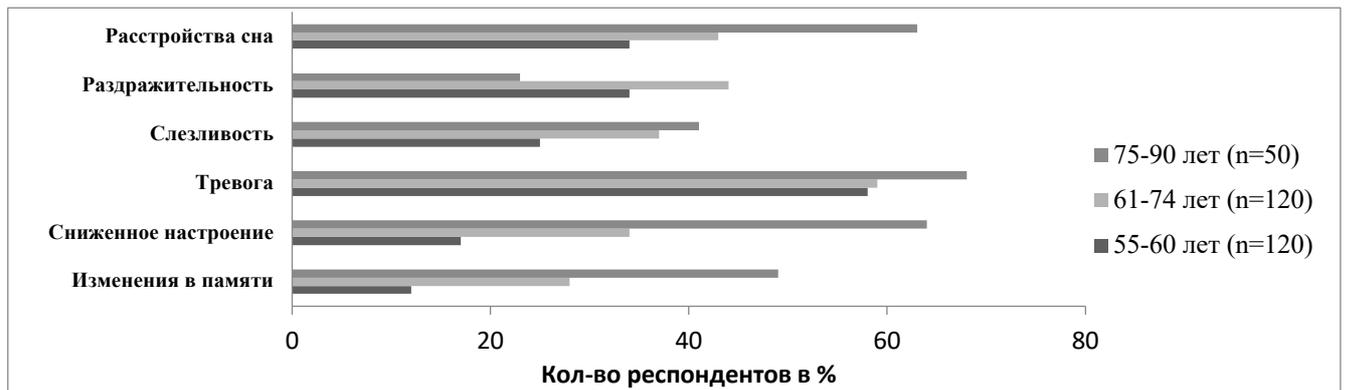
**Рисунок 3.2.** - Субъективные жалобы на *соматическое здоровье* у респондентов трех возрастных групп

Изменения со стороны зрения отмечали у себя 35% респондентов 55-60 лет, 53%- 61-74 лет и 79% - 75-90 лет. Со стороны слуха изменения отмечали у себя 8% респондентов 55-60 лет, 19% - 61-74 лет и 39% - 75-90 лет. Объективные данные распространённости соматических болезней по результатам физикального обследования в пожилом и старческом возрасте (рис.3.2) были сходны с картиной субъективных жалоб (рис. 3.3).



**Рисунок 3.3.** - Соматический статус респондентов трех возрастных групп на основе физикального обследования и истории болезни

Распространены *сердечно-сосудистые заболевания* (ГБ 1/2 типа, ИБС, мерцание предсердий), *болезни обмена веществ* (сахарный диабет, гипотиреоз) и *желудочно-кишечные расстройства*. Среди *костно-мышечных заболеваний* наблюдаются артрит, артроз с преимущественным поражением коленных, голеностопных и тазобедренных суставов, остеохондроз и остеопороз. Со стороны психического состояния здоровья распространены жалобы на мнестические изменения, пре- и интрасомнические нарушения сна, состояние тревоги, раздражительность, изменения в настроении в сторону подавленности, слезливости (рис. 3.4).



**Рисунок 3.4.** - Субъективные жалобы на психическое здоровье у респондентов трех возрастных групп

Жалобы на *изменения в памяти* увеличиваются в группе 75-90 лет по сравнению с 55-60 и 61-74 лет. Наличие этих жалоб следует интерпретировать через призму *интероцептивной гипотезы* и относить к *субъективным (доброкачественным) когнитивным изменениям*, которые рассматривают как индикатор наличия тревожно-депрессивного круга расстройств, а также в 25-30% случаев потенциальных когнитивных проблем (Kwak,2018). Респонденты трех возрастных не наблюдались у врача-психиатра и не имели диагнозов психических расстройств по МКБ-10.

### 3.2. Особенности состояния здоровья в пожилом и старческом возрасте

- **Физическое здоровье.** У респондентов трех возрастных групп отмечена наследственная отягощенность по ряду соматической патологии, а также аффективному спектру расстройств и алкоголизму. Наблюдается легкая степень *полиморбидности*, при которой в возрасте 55-60 лет наблюдаются - 2, 61-74 лет - 3, а 75-90 лет - 4 хронических медикаментозно стабилизируемых заболеваний. Эти заболевания требуют коррекции факторов риска и образа жизни, соблюдение рекомендаций врачей (табл.3.1).

**Таблица 3.1. - Комплексная гериатрическая оценка состояния здоровья респондентов трех возрастных групп**

Компоненты КГО	55-60 лет		61-74 лет		75-90 лет		p-значения
	n=120		n=120		n=50		
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>Наследственная отягощенность по соматической патологии (%/абс.)</b>							
Гипертоническая болезнь	29 (35)		41 (49)		76 (38)		-
Ишемическая болезнь сердца	24 (29)		31 (37)		62 (31)		-
Сахарный диабет	12 (15)		19 (23)		32 (16)		-
Нарушения мозгового кровообращения	26 (31)		37 (45)		66 (33)		-
Онкологические заболевания	20 (24)		26 (31)		54 (27)		-
<b>Наследственная отягощенность по психической патологии (%/абс.)</b>							
Аффективный спектр расстройств	26 (31)		32 (38)		32 (16)		-
Алкоголизм	18 (22)		24 (29)		40 (20)		-
Деменции	12 (14)		14 (17)		16 (8)		-
Шизофрения	2 (2)		3 (4)		4 (2)		-
<b>Соматические заболевания (%/абс.)</b>							
<b>Выявлены</b>	91 (109)		95 (114)		100 (50)		-
<b>Не выявлены</b>	9 (11)		5 (6)		0		-
<b>Индекс полиморбидности (CIRS-G) [56]</b>	6,08	1,8	8,02	1,5	10,02	2,2	AB**, AC**, BC**
Серьезность заболевания [4]	1,2	0,35	1,5	0,31	1,8	0,32	AB, AC*, BC
Число хронических заболеваний [10]	1,9	1,6	2,4	1,7	3,1	1,9	AB, AC*, BC
<b>Удовлетворенность качеством жизни (функциональный статус)</b>							
<b>Индекс КЖ (WHOQOL-BREF) [400]</b>	216,8	46,7	180,7	49,4	151,7	38,7	AB**, AC**, BC**
Физическое здоровье [100]	52,8	10,9	46,7	13,5	39,2	10,3	AB**, AC**, BC**
Психологическое здоровье [100]	56,8	11,9	49,4	13,4	41,6	12,5	AB**, AC**, BC**
Социальный капитал [100]	54,4	22,5	40,3	19,9	34,2	16,8	AB**, AC**, BC**
Окружающая среда [100]	50,5	12,6	43,9	14,4	35,3	12,5	AB**, AC**, BC**
<b>Когнитивное функционирование</b>							
<b>Индекс когнитивного статуса (MoCA) [30]</b>	29,1	0,72	27,9	0,97	26,9	0,8	AB**, AC**, BC*
Оптико-конструктивные и исполнительные функции [5]	4,8	0,8	4,4	0,6	3,8	0,2	BC**
Внимание [6]	5,8	0,7	5,6	0,2	4,1	0,7	AC**, BC**
Память [5]	4,7	0,4	4,4	0,2	3,7	0,5	AC**, BC**
Речь [6]	5,8	0,2	5,7	0,4	5,2	0,5	AB, AC, BC
Общая ориентировка [6]	5,8	0,7	4,9	0,4	3,4	0,2	AC**, BC**
<b>Эмоциональное состояние</b>							
<b>Индекс симптомов депрессии (GDS-30) [30]</b>	9,8	3,3	13,1	3,4	15,9	3,8	AB**, AC**, BC**
<b>Индекс субъективного чувства одиночества (R-UCLA-LS) [60]</b>	39,3	5,42	43,3	5,4	47,8	6,08	AB**, AC**, BC**
Отсутствие общности с людьми [24]	9,8	3,66	11,9	3,14	14,9	3,57	AB**, AC**, BC**
Отсутствие межличностных контактов [24]	13,08	4,05	16,2	4,88	17,9	3,35	AB**, AC**, BC**
Изолированность [20]	12,5	3,37	14,8	3,68	16,8	2,56	AB**, AC**, BC**
Неудовлетворенность качеством отношений с окружающими [16]	6,52	2,65	8,11	2,84	8,36	4,11	AB**, BC, AC**

Примечание. M- среднее значение, SD – стандартное отклонение. В квадратных скобках указан максимальный балл по методике. \*\* - p <0,01, \* - p <0,05 при попарном сравнении групп А, В, С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

• **Удовлетворенность качеством жизни.** У респондентов трех возрастных групп отмечается *неопределенность* в оценке удовлетворенности качеством жизни (табл. 3.1). В группах 61-74 и 75-90 лет по сравнению с группой 55-60 лет наблюдается тенденция к снижению таких компонентов удовлетворенности качеством жизни как физическое здоровье, социальным капиталом, состоянием и безопасностью городской среды (таблица Б.4). Мы видим, что объективное состояние здоровья респондентов имеет тенденцию к снижению, однако многие люди пожилого и старческого возраста не считают себя больными людьми и имеющими серьезные проблемы со здоровьем. У тех респондентов пожилого и старческого возраста, которые субъективно воспринимают себя больными, наблюдается более низкая

удовлетворенность качеством жизни и его компонентами, чем у тех, кто не считает себя больными и оценивают свое состояние здоровья положительно (таблица Б.1). При субъективной положительной оценке качества жизни у респондентов пожилого и старческого возраста наблюдаются высокие показатели удовлетворенности качеством жизни в отличие от тех, которые оценивают удовлетворенность качеством жизни неопределенно и не удовлетворены им (таблица Б.2). При субъективной положительной оценке состояния здоровья у респондентов пожилого возраста 55-60 и 61-74 лет наблюдаются высокие показатели качества жизни, и его компонентам в отличие от тех, кто оценивал свое состояние здоровья негативно и амбивалентно (таблица Б.3). У респондентов 75-90 лет, которые субъективно положительно оценивают свое состояние здоровья, наблюдаются низкие значения по общему показателю качества жизни, психологическому здоровью, социальным отношениям, окружающей среде и ее безопасности.

- **Когнитивное функционирование.** У респондентов наблюдалось отсутствие симптомов умеренного когнитивного дефицита (табл. 3.1). По сравнению с группой 55-60 лет у респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдаются изменения в состоянии когнитивных функций, которые можно отнести (по Н.Н. Яхно, 2011) к *«легким» когнитивным нарушениям*, при которых непостоянно наблюдаются когнитивные симптомы, не достигающие синдромального значения, но, тем не менее, могут обуславливать субъективное беспокойство. Не вызывают трудностей в повседневной жизни пожилого человека, но, могут вызывать субъективное беспокойство и фиксацию (Захаров, Вахнина, 2015). Их следует относить к *доброкачественным когнитивным изменениям* (benign cognitive failures, Vestergren, Nilsson, 2011). Показано, что у респондентов 75-90 лет по сравнению с 55-60 лет встречаются *зрительно-конструктивные ошибки* (копирование куба, расставлении стрелок на циферблате часов). При выполнении пробы состояние зрительно-моторной координации у респондентов 75-90 лет наблюдались единичные трудности при распределении ресурсов внимания. У респондентов 75-90 лет по сравнению с 55-60 и 61-74 лет наблюдается снижение *внимания*. В старческом возрасте наблюдались *изменения в слухо-речевой памяти*, выражающиеся в трудностях поиска следа при отсроченном воспроизведении стимульной информации после короткой гетерогенной интерференции. Применение подсказки по категориям и множественный выбор способствуют у респондентов пожилого и старческого возраста лучшему поиску следа запоминаемого материала. Эти когнитивные изменения можно отнести к «энергетическому» и «симультанному» варианту нормального течения старения по Н.К. Корсаковой, которые не влияют на удовлетворенность качеством жизни (Корсакова, 1996).

- **Симптомы депрессии.** По сравнению с 55-60 и 61-74 лет) в группе 75-90 лет наблюдается большая выраженность симптомов субклинической депрессии (табл. 3.1), что только после дополнительного обследования врача-психиатра может говорить о наличии

депрессивных расстройств (рубрика F3, по МКБ-10). Отсутствие симптомов депрессии наблюдается у большинства респондентов 55-60 лет и 38% - 61-74 лет и лишь 10% - 75-90 лет. Показано, что 91% респондентов 55-60 лет, 78% - 61-74 лет и 76% - 75-90 лет отмечают, что у них есть люди, которые поддерживают их и на которых можно опереться. У 86% респондентов 55-60 лет, 59% - 61-74 лет и 14% - 75-90 лет преобладало желание продолжать работать. У 86% респондентов 75-90 лет наблюдалось отсутствие желания работать. Детальный анализ субъективных симптомов депрессии позволил выделить *когнитивные симптомы*, которые представлены ориентацией на сожаления о «потерянном времени»; тревожными мыслями о быстром течении времени, об одиночестве, отсутствии будущего времени, росте болезней. Преобладала тревога за жизнь близких (дети, внуки) и их будущее. Наблюдались субъективные жалобы на изменения в памяти в форме доброкачественной забывчивости и изменения в качестве сна. Фиксации на дискомфортных и болевых ощущениях в теле. *Эмоциональные симптомы* представлены тревожным аффектом. Прослеживалась к старческому возрасту эмоция тоски с чувством внутренней опустошенности, потерянности, обиды, ощущением субъективной беспомощности, безнадежности своего положения и присутствием эпизодической слезливости (таблица В.1).

- **Чувство одиночества.** По сравнению с пожилым возрастом (55-60 и 61-74 лет), в старческом возрасте (75-90 лет) наблюдается большая глубина переживаний чувства одиночества и изоляции (табл.3.1). Ситуативные переживания изоляции, нехватки эмоциональной близости, контактов с людьми, осознание себя как одинокого наблюдается у 58% респондентов 55-60 лет, 70% - 61-74 и 78% - 75-90 лет. Хроническое субъективного чувства одиночества с преобладанием *ощущения изолированности* наблюдается у 20% респондентов 55-60 лет, 21% - 61-74 лет и 23% - 75-90 лет. В старческом возрасте выраженным становится неудовлетворенность межличностными контактами и отсутствием доверительного лица.

### 3.3. Обсуждение полученных результатов

- **Физическое здоровье.** По предъявляемым жалобам люди пожилого и старческого возраста больше сосредотачивают внимание на соматических жалобах, связанных с сердечно-сосудистой, костно-мышечной, органами дыхания, центральной нервной системой, пищеварительной и эндокринной системами. Жалоб на психическое здоровье люди пожилого и старческого возраста предъявляют меньше, что подтверждает данные Н.М. Михайловой (2004) о том, что для пожилых людей характерна большая фиксация на проявлениях соматических

заболеваний, чем на особенностях изменения своего настроения. Люди пожилого и старческого возраста реже указывают на психосоматические связи (Оганезова, Барышникова, 2016). У респондентов пожилого и старческого возраста распространены возраст-ассоциированные заболевания со стороны сердечно-сосудистой, эндокринной, костно-мышечной, и пищеварительной систем, что подтверждает данные социальной бюллетени «Пожилое население России: проблемы и перспективы» (Трубин, Николаева, 2016). Происходят изменения в функционировании многих органов и систем на фоне полиморбидности, что подтверждает ряд данных (Мустафин, Муталова, 2009; Верткин, 2015). В проведенном нами исследовании выявлено, что в возрасте 55-60 лет наблюдается в среднем - 2, 61-74 лет – 3, а в 75-90 лет – 4 хронических заболеваний, что согласуется с данными (Верткин, 2015), которая отмечают, что с возрастом происходит наслоение одного заболевания на другое, взаимоотягощение их воздействия, протекающее на фоне снижения компенсаторных возможностей стареющего организма. Было показано, что в пожилом и старческом возрасте происходит изменение в восприятии здоровья в сторону неопределенной оценки. Эти изменения связаны со снижением функциональных возможностей, физической активности, полиморбидностью и полипрагмазией, что согласуется с данными (Медведев, 2004). Во многих случаях для людей пожилого и старческого возраста характера оценка своего состояния здоровья через призму наличия или отсутствия функциональных ограничений. Мы отметили, что объективное состояние здоровья с возрастом снижается, однако многие люди пожилого и старческого возраста не считают себя «больными». Это разрыв между объективным состоянием здоровья, и субъективным его восприятием называется «*парадоксом оценки состояния здоровья*» (disability paradox, Henchoz, et al., 2008) или *позитивным сдвигом в восприятии собственного старения* (positivity effect aging) (Carstensen, Mikels, 2005). Мы отметили, что к старческому возрасту, субъективная оценка здоровья стремится к «плохой», что может быть объяснено потерей социальных ролей и ростом количества хронических заболеваний.

- **Удовлетворенность качеством жизни.** В старческом возрасте по сравнению с пожилым возрастом (55-60 и 61-74 лет) снижается удовлетворенность физическим здоровьем, социальными отношениями и состоянием городской среды, что согласуется отечественными (Трубин, Николаева, 2016) и зарубежными (Rondón García, 2018) данными. Нами было показано, что у тех людей пожилого и старческого возраста, которые субъективно воспринимают себя больными, не удовлетворенными состоянием качества жизни и здоровья, наблюдаются низкие показатели качества жизни и его компонентов. Таким образом субъективная оценка состояния здоровья и качества жизни является защитным фактором, охраняющим от изменений в физиологическом, психологическом здоровье и социальных отношениях.

- **Когнитивное функционирование.** Нами показано, что преобладают жалобы на изменения в памяти и внимании, которые следует относить к метапознанию функционирования собственных когнитивных функций (Mecacci, 2006). Были распространены жалобы на изменения в памяти у пожилых людей (55-60 и 61-74 лет), которые мы отнесли к процессу *метапамяти* - эти жалобы следует рассматривать, как прогностический индикатор когнитивных и эмоциональных проблем (Mattos et al., 2004). У респондентов трех групп не были выявлены симптомы, указывающие на умеренный когнитивный дефицит. Наблюдались симптомы «легких» когнитивных нарушений (по Н.Н. Яхно). Эти изменения не влияют на функциональный статус и качество жизни человека позднего возраста. Однако, наличие симптомов «легкого» когнитивного дефицита следует рассматривать, как *продромальное состояние* развития умеренного когнитивного дефицита, что требует динамического контроля сердечно-сосудистых заболеваний, эндокринных заболеваний, качества питания, физической и социальной активности пожилого человека (Захаров, Вахнина, 2015).

- **Феноменология депрессии в позднем возрасте.** Анализируя полученные нами жалобы на психическое здоровье у респондентов трех возрастных можно предположить, что акцентуация на нарушении в соматической сфере чаще всего связана с гипернозогнозией, выражающейся преувеличением серьезности симптомов заболевания и чрезмерном ипохондрическом сканировании ощущений в собственном теле (Haigh, 2018). Среди психических нарушений у респондентов были распространены невротические расстройства и аффективные, преимущественно субдепрессивные расстройства с тревожным фоном, что согласуется с рядом исследований в геронтопсихиатрии (Иванец, Авдеева, 2014; Михайлова, 2004) о том, что наиболее характерным признаком эмоциональных изменений в старости является появление или усиление черт тревожности. Отметим, что в России у каждого пятого человека старше 65 лет наблюдаются симптомы депрессии (Роик, 2016). Из депрессивных синдромов в Российской поликлинической практике самыми распространенными являются психогенные или невротические-тревожные субдепрессии, дистимии, эндогенные депрессии циклотимического уровня (Михайлова, 2004). В нашем исследовании показано, что по сравнению с пожилым возрастом (55-60 и 61-74 лет) к старческому возрасту (75-90 лет) увеличивается выраженность симптомов *субдепрессии* или подпороговой депрессии. Наблюдались жалобы на тревогу, сниженный фон настроения и нарушения сна, что согласуется с мета-аналитическими данными о симптомах депрессии позднего возраста (Haigh, 2018).

Достижения в области геронтопсихиатрии подтвердили, что наличие выделенных нами симптомов субдепрессии является продуктом комплексного взаимодействия биопсихосоциальных факторов. Тем не менее некоторые авторы рассматривают наличие симптомов субдепрессии как компонент нормального старения как ожидаемая реакция на проблемы старения (Бицадзе, 2002), как проявление такой личностной черты как *негативная*

*эффективность* (negative affectivity, Isaacowitz, 2003). Наличие симптомов субдепрессии мы рассматриваем как «красный флажок» нарушения функциональной целостности барьера психологической адаптации (по Ю.А. Александровскому). Как проявление *социально-стрессового расстройства* из-за переосмысления пожилым человеком жизненных целей, крушения устоявшихся идеалов и авторитетов. Эти симптомы субдепрессии можно рассматривать как компенсаторные процессы, направленные на достижение целостности-Я (Молчанова, 2005). На данный момент выделяют следующие этиологические причины субдепрессии: сосудистая, воспалительная и дегенеративная гипотезы (Haigh, 2018). С учетом распространенности у наших респондентов сердечно-сосудистых расстройств (ГБ, ИБС) стоит отметить, что высокая частота симптомов субдепрессии наблюдается среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Изменения в сосудистой сети головного мозга с вовлечением сосудов различного калибра, но особенно мелких (Иванец, Авдеева, 2014). Приблизительно у половины пожилых людей с ишемической болезнью сердца наблюдаются симптомы *сосудистой депрессии* или субдепрессивные расстройства на инициальных этапах органических заболеваний (Гусев, Боголепова, 2014). Изменения в полиморбидном статусе у наших респондентов могут способствовать росту воспалительных цитокинов, что вызывает индуцированные стресс-реактивные изменения в гормональных и нейромедиаторных процессах приводя к симптомам депрессии (Haigh, 2018).

- **Субъективное чувство одиночества**, которое мы отметили у респондентов пожилого и старческого возраста, с одной стороны, можно рассматривать, как стрессовый опыт, который влияет на состояние здоровья и социальную включенность (Vöger, 2018). Является одним из трех ключевых факторов депрессии, а также фактором ускоренного неблагоприятного старения, сердечно-сосудистых заболеваний, снижения когнитивных функции. Во многих случаях симптомы депрессии могут маскировать симптомы субъективного чувства одиночества (Wan Mohd Azam, 2013). В тоже время следует учитывать, что чувство одиночества является позитивным ресурсом для развития собственной личности, установления более глубоких и осмысленных отношений с людьми (Осин, Леонтьев, 2016). В нашем исследовании было показано, что по сравнению с пожилым в старческом возрасте наблюдается увеличение симптомов чувства одиночества с преобладанием *эмоционального одиночества*, т.е. отсутствия общности с окружающими людьми, доверительного лица, изолированности и неудовлетворенности качеством отношений с окружающими людьми. Это согласуется с данными А. Богера о том, что риски развития чувства одиночества увеличиваются с возрастом из-за изменений в физических, психических ресурсах и условиях жизни (Vöger, 2018). Пожилые люди начинают ощущают, что они исключены из системы возможностей, объединяющих других людей (Лазебник, 2016). Большинство людей пожилого возраста 55-60 лет отмечают, что «никогда не чувствуют одиночество» и себя одиночками. Начиная с 61-74 лет наблюдается рост

тревоги одиночества, которые показали, что 65-70 лет сензитивный период к страху одиночества, который препятствует дальнейшему личностному росту. Таким образом проведенная комплексная гериатрическая оценка показала, что у респондентов пожилого и старческого возраста наблюдается пре-астения, что говорит о наличии некоторых уязвимостей в соматическом и психологическом здоровье без истощения физиологических резервов организма. Снижается устойчивость к стрессорам. Наличие этой траектории старения является указывает на наличие рисков развития старческой астении (Ткачева, Фролова, 2018).

### Выводы по третьей главе

Комплексная гериатрическая оценка позволила выявить наличие у респондентов пожилого и старческого возраста состояния *пре-астении*, что говорит о наличии уязвимостей в физическом и психологическом здоровье. Проведенное исследование позволило выявить следующие состояния здоровья людей позднего возраста:

- По предъявляемым жалобам люди пожилого и старческого возрастов больше сосредоточивают внимание на соматических жалобах, локализованных в различных системах организма, чем на жалобы, связанные с психологическим здоровьем. Больше жалоб предъявляют респонденты 61-74 и 75-90 лет, в отличие от группы 55-60 лет.
- Были распространены сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, костно-мышечные заболевания, наблюдалась выраженность расстройств со стороны ЖКТ. У респондентов трех возрастных групп наблюдаются пограничные психические расстройства, аффективный спектр расстройств легкой степени выраженности.
- У респондентов трех возрастных групп наблюдается легкая степень индекса полиморбидности, т.е. взаимовлияния заболеваний друг на друга. В возрасте 55-60 лет наблюдаются - 2, 61-74 лет - 3, а 75-90 лет - 4 хронических заболеваний, однако эти заболевания не находятся в острой форме и не требуют неотложного медицинского вмешательства. В группе 75-90 лет наблюдается высокое количество различных комбинаций заболеваний.
- В пожилом возрасте наблюдается феномен «парадокс старости». Несмотря на то, что объективное состояние здоровья снижается, показано, что пожилые люди, в отличие от людей старческого возраста удовлетворены состоянием своего здоровья. Однако и некоторые люди старческого возраста несмотря на выраженность хронических болезней, не считают себя больными. Показана взаимосвязь между субъективной оценкой себя больным и удовлетворенностью качеством жизни. У респондентов 55-60 лет наблюдается положительная оценка качества жизни и состояния здоровья в отличие от респондентов 61-74 и 75-90 лет, у которых наблюдается неопределенность в ответе на этот вопрос.
- У респондентов 55-60 лет наблюдается оптимальная удовлетворенность условиями жизнедеятельности. Низкие значения в этой возрастной группе наблюдаются при оценке удовлетворенности физическим здоровьем и состоянием окружающей среды. В группах 61-74 и 75-90 лет наблюдается тенденция к снижению удовлетворенности качеством жизни. Больше наблюдается неудовлетворенность физическим здоровьем, социальными отношениями и состоянием городской среды.

- У всех респондентов наблюдалось отсутствие симптомов умеренного когнитивного дефицита и деменции. По сравнению с группой 55-60 лет у респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдаются изменения в состоянии когнитивных функций, которые указывают на наличие легких когнитивных нарушений, при которых непостоянно наблюдаются когнитивные симптомы, не достигающие синдромального значения.

- По сравнению с пожилым возрастом в группе старческого возраста наблюдается большая выраженность симптомов субдепрессии. К этим симптомам относятся: тревога, связанная с будущим, тревожный аффект, дистимия, депрессивный пересмотр своей жизни и нарушения сна. Отсутствие симптомов субдепрессии наблюдалось у 68% респондентов 55-60 лет и 38% - 61-74 лет.

- По сравнению с пожилым возрастом, в старческом возрасте наблюдается большая глубина переживаний чувства одиночества и изоляции. Умеренная выраженность переживания изоляции, нехватки эмоциональной близости, контактов с людьми, осознание себя как одинокого наблюдается у большинства людей позднего возраста. В старческом возрасте выраженным становится неудовлетворенность межличностными контактами и отсутствием доверительного лица. У респондентов 61-74 лет наблюдается значительный рост переживаний, связанных с одиночеством, которые выражено преобладают в старческом возрасте.

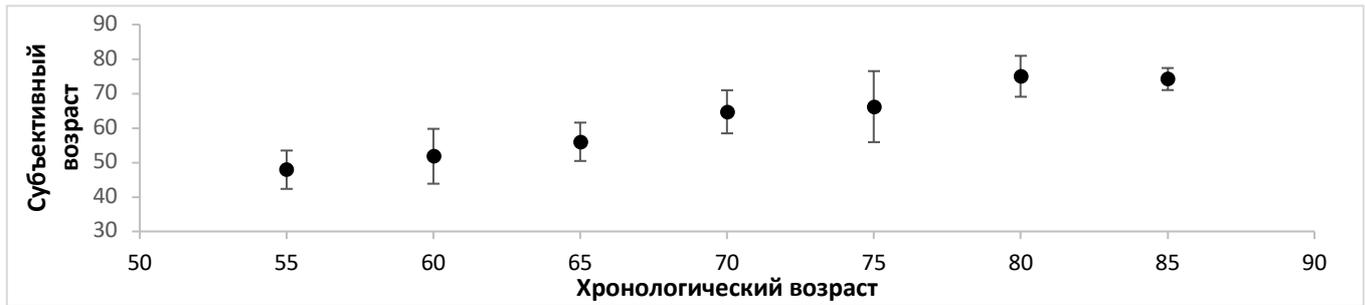
## ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ВРЕМЕННОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Понимание возрастных изменений на различных уровнях восприятия времени в позднем возрасте, имеет широкое практическое значение для понимания: источников субъективной неопределенности, ведущей к снижению достижения личных целей; изменений в здоровье-сберегающем и профилактическом поведении, учете собственных сильных сторон и интеграции уязвимостей; хронобиологических и психосоциальных аспектов патогенеза аффективных расстройств позднего возраста; связей изменений в темпоральных механизмах с нейрокогнитивными изменениями (Teixeira, 2013; Thönes, 2015; Gabrian, 2017). В связи с этим проанализируем возраст-специфические особенности, социо-демографические (уровень образования), медицинские (полиморбидность) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, когнитивное функционирование, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст) предикторы временной компетентности («ситуативного», «биографического» уровней восприятия времени) в пожилом и старческом возрасте.

### 4.1. Субъективный возраст как биопсихосоциальный индикатор течения старения

#### Динамика субъективного возраста и его компонентов в позднем возрасте

При оценке *хронологического возраста* у респондентов трех возрастных групп не наблюдалось трудностей с определением своего возраста, даты рождения или обмана в форме намеренного искажения своего возраста, когда человек намеренно искажает свой паспортный возраст. Существуют значимые различия ( $p < 0,03$ ) в средних значениях оценки субъективного возраста между респондентами 55-60 и 61-74 лет, 55-60 и 75-90 лет, 61-74 и 75-90 лет. Для респондентов трех возрастных групп свойственно *отрицать собственный хронологический возраст*, т.е. наблюдается разница между хронологическим и субъективным возрастом (рис.4.1). Это говорит о преобладании у людей позднего возраста *стратегии переписывать возраст*, что согласуется с данными лонгитюдного исследования А. Корнадт (Kornadt, 2018) и Дж. Морилока (Morelock, 2017).



**Рисунок 4.1.** - Расхождение между субъективным и хронологическим возрастом (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп. Планка погрешностей стандартных отклонений

Большинству респондентов свойственно оценивать субъективный возраст *«моложе»* хронологического возраста, что получило название *положительной когнитивной иллюзии возраста* или феномен *«смещение к молодости»*, что согласуется с последними данными С. Шинан-Алтмана и соавт. (Shinan-Altman, Werner, 2019) и Я. Степхана (Stephan, 2018). В группе *55-60 лет* оценивали свой субъективный возраст на **7,5 лет**, *61-74 лет* на **7,6 лет**, а *75-90 лет* на **8,1 лет «моложе»** своего хронологического возраста (табл. 4.1).

**Таблица 4.1.** - Распределение средних значений субъективного возраста и его компонентов (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) разницы между ними и хронологическим возрастом в трех возрастных группах респондентов

Возрастные группы	N	XP	Субъективный возраст	Компоненты субъективного возраста			
				БВ	ЭВ	СВ	ИВ
				ЧУВСТВУЮ	ВЫГЛЯЖУ	ДЕЙСТВУЮ	ИНТЕРЕСЫ
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
			p	p	p	p	p
55-60 лет	120	56,6±1,8	49,05±6,9	51,1±7,16	47,5±8,5	49,5±7,6	48,8±8,75
			<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
61-74 лет	120	66,7±3,9	58,4±6,39	59,5±7,28	56,6±9,7	58,7±7,87	57,4±8,43
			<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
75-90 лет	50	79,4±3,5	70,4±5,2	73,07±7,11	72,9±10,3	70,3±8,42	68,8±9,5
			<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

*Примечание.* M- среднее значение, SD – стандартное отклонение. N-кол-во респондентов, p - значимость различий между хронологическим и субъективным возрастом и его компонентами проводилось с помощью *критерия Краскала-Уоллеса*

Мы отметили, что респонденты 55-60 и 61-74 лет отмечали, что «В душе они чувствуют себя моложе, а в болезни намного старше» (Ж,65<sup>2</sup>), «Когда отпускают боли, чувствую себя молодой» (Ж,72); «Старая стала, не нравлюсь себе, когда смотрю в зеркало - все болит, вся старая» (Ж, 68); «Чувствую себя старой из-за физического состояния...я столько никогда не болела, боюсь на себя смотреть» (Ж,71). При оценке возрастной идентичности у женщин пожилого и старческого возраста наблюдалось аффективно-негативное отношение к определению *субъективного эмоционального возраста*. У 11% респондентов 55-60 лет, 24% - 61-74 лет и 14% - 75-90 лет наблюдались трудности при ответе на этот вопрос. Респонденты сообщали о том, что *стесняются* говорить о своей внешности, боятся потерять привлекательность и женственность. Наблюдались следующие комментарии респондентов при оценке *возрастно-телесной идентификации* (Мелёхин, Сергиенко, 2015): «Старая дура»

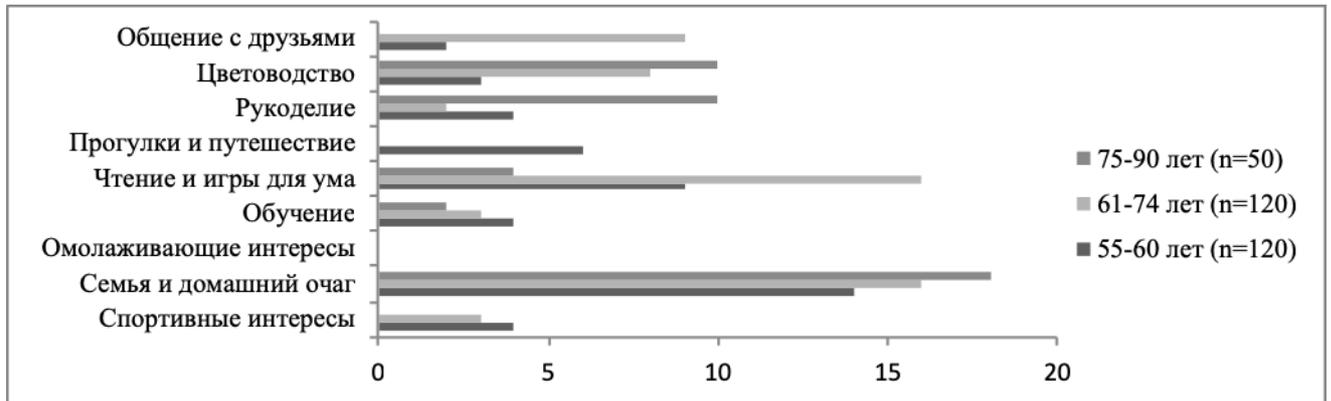
<sup>2</sup> *Примечание.* Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст.

(Ж,76); «Начали уступать места в трамвае и метро» (Ж,60); «Сильно похудела, голова седая, не покрашенная, ужасно выгляжу» (Ж,55); «Не смотрю в зеркало...зеркало для меня главный враг» (Ж,74); «Не придерживаюсь одного возраста, все зависит от того что увижу в зеркале» (Ж,56); «Если подкраситься и привести себя в порядок и выспаться то выгляжу моложе» (Ж,60); «Не хочу об этом думать, замазываю и не пишу свой год рождения, иначе сглажу» (Ж,67); «Смотрю на свою маму и не хочу выглядеть, так как она...не думаю о возрасте, не смотрю в зеркало» (Ж,64). Эти высказывания подтверждают данные исследований об негативном влиянии изменений внешнего облика старческого генеза, сексуальной привлекательности, давлении культа красоты и стройности на эмоциональное благополучие человека позднего возраста (Clarke, 2001).

Наблюдается минимальная разница между *хронологическим* и *субъективным биологическим возрастом*, в отличии от эмоционального возраста. У респондентов 55-60 лет (хронологический возраст – 56,6 лет) эта разница равна **5 годам**, у 61-74 лет (хронологический возраст - 66,7 лет) – **7 годам** и у 75-90 лет (хронологический возраст-79,4 лет) – **6 годам**, что подтверждает данные о том, что оценка самочувствия (наблюдение возрастно-ассоциированных изменений), являются ведущим факторов определяющим динамику *возрастной идентификации* и выступает *индикатором биологического старения*, что согласуется с данными А. Корнадт (Kornadt, 2018). Наличие расхождения от 5 до 7 лет между *хронологическим* и *субъективным биологическим возрастом* все же говорит о наличии **положительного самовосприятия старения** у респондентов трех возрастных групп (по О.В. Курышевой, 2010).

В группе респондентов 55-60 и 61-74 лет максимально *молодому* возрасту соответствует *оценка внешности* (эмоциональный возраст – 47,5 и 56,6 лет). У респондентов 75-90 лет максимально «молодому» возрасту соответствует оценка *жизненной активности, действий* (социальный возраст – 70,3 лет) и *интересов, интеллектуальной направленности* (интеллектуальный возраст – 68,8 лет). Оценка *социального возраста* «моложе» хронологического, является не только конструктивным ресурсом, т.е. саморегулирующей стратегий от деструктивного воздействия негативных стереотипов о старости и старении, повседневных жизненных стрессов (Мелёхин, Сергиенко,2015). Также эта оценка является процессом регресса, т.е. проявлением *синдрома Питера Пена* (Heslon,2010). Приведем примеры высказываний респондентов, которые занижали свой социальный возраст: «Могу быть дерзкой» (Ж,63), «Могу и похулиганить» (Ж,65), «Как девочка, сама не могу решить проблемы» (Ж,56); «Я как девочка, не уверенная в каждом своем шаге» (Ж,59); «Пусть мои проблемы и заботы решает моя дочь» (Ж, 65); «Как молодая совсем не могу за себя постоять» (Ж,67); «Во всем мне помогает моя дочь, я как девочка юная могу растеряться» (Ж, 69); «Работаю вместе с дочерью, и она мне во всех делах помогает» (Ж,72).

У 11% респондентов 55-60 лет, 19% - у 61-74 лет и 34% 75-90 лет наблюдались трудности при оценке возраст-интеллектуальной идентификации («Ваши интересы соответствуют какому возрасту?»). Респонденты отвечали, что у них отсутствуют интересы. Для выявления специфики интересов нами задавался следующий вопрос: «Каковы Ваши интересы?». Было показано, что несмотря на наличие переживаний, связанных с изменениями в внешнем виде у респондентов трех возрастных групп, отсутствуют *омолаживающие интересы* (рис.4.2).

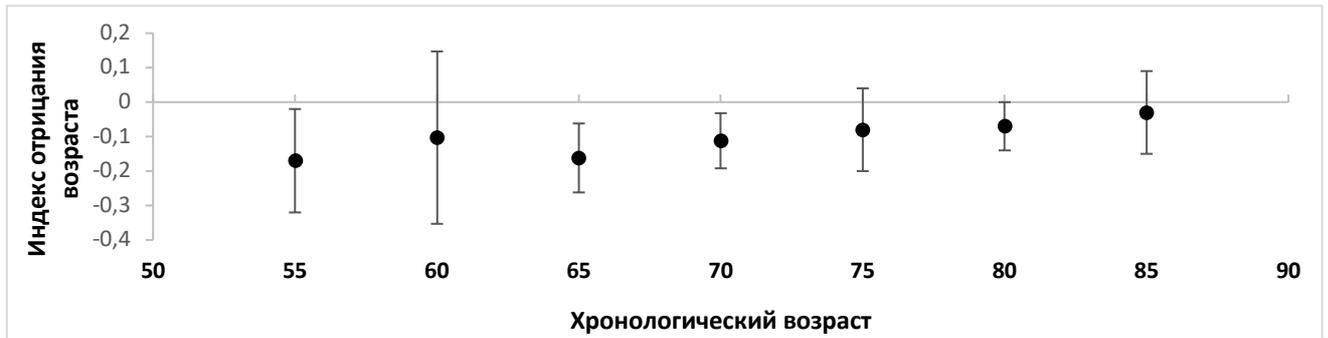


**Рисунок 4.2.** - Виды интересов у респондентов (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака, показатель интеллектуальный возраст) трех возрастных групп

Респонденты 55-60 лет больше всего связывают свои интересы с семьей, чтением, прогулками и путешествием, обучение новому, наблюдаются спортивные интересы (танцы, пешая ходьба). В возрасте 61-74 лет преобладают следующие интересы: семья, чтение, цветоводство, общение с друзьями. Для старческого возраста (75-90 лет) характерны следующие ведущие интересы: семья, рукоделие и цветоводство. Отсутствие интересов отмечали у себя 41% респондентов 55-60 лет, 34% 61-74 и 42% 75-90 лет.

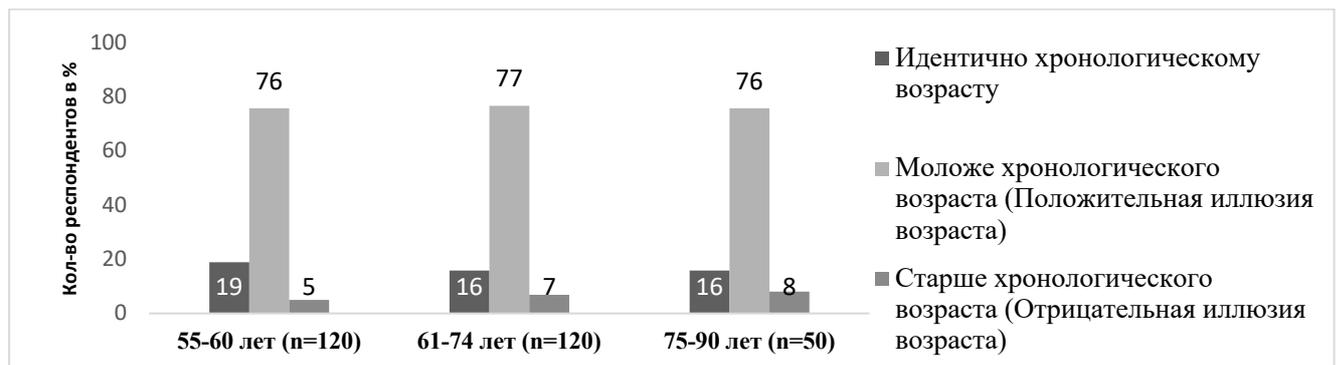
### **Дифференцированный анализ восприятия собственного возраста по степени отличия от хронологического возраста**

Для респондентов трех возрастных групп свойственно *отрицать собственный хронологический возраст* (рис.4.3)



**Рисунок 4.3.** - Возрастное несоответствие в соотношении с хронологическим возрастом (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп. Планка погрешностей стандартных отклонений

Как мы отметили выше большинству респондентов свойственно оценивать субъективный возраст *«моложе»* хронологического возраста. Однако из рис. 4.3. видно, что наблюдается тенденция оценивать *«идентично»* и *«старше»* своего текущего возраста. Были выделены следующие подгруппы: «молодых» (оценивают себя моложе) и «старых» (оценивают себя старше) пожилых людей; те, кто оценивает себя *ближе* или *«идентично»* своему возрасту (адекватная оценка). Выделение этих подгрупп производилось на основе медианного критерия значений разницы между хронологическим возрастом и средним значением субъективного возраста  $\overline{XB_{ME}} - \overline{CB_{ME}}$  (Сергиенко, 2013; Мелёхин, Сергиенко, 2015). С помощью *критерия хи-квадрат* был произведен анализ различий между численностью людей пожилого и старческого возраста, оценивающих себя *«идентично»*, *«моложе»*, *«старше»* хронологического возраста. В трех возрастных групп преобладают «молодые» пожилые люди, меньше наблюдается *идентичная* хронологическому возрасту оценка субъективного возраста (рис. 4.4).



**Рисунок 4.4.** - Индивидуальные варианты оценки субъективного возраста (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп

Показано, что респонденты 55-60 ( $\chi^2=10,166$ ,  $df=1$ ,  $p=0,001$ ), 61-74 ( $\chi^2=10,737$ ,  $df=1$ ,  $p=0,001$ ) и 75-90 ( $\chi^2=9,738$ ,  $df=1$ ,  $p=0,001$ ) лет, чаще всего оценивают себя *«моложе»* хронологического возраста. Значительно чаще респонденты 55-60 лет ( $\chi^2=4,808$ ,  $df=1$ ,  $p=0,028$ ) оценивают себя *«старше»* хронологического возраста, чем люди 61-74 и 75-90 лет. Некоторые респонденты 55-60 лет оценивают себя *«старше»* на **15 лет**, 61-74 и 75-90 лет на **5-6 лет** своего хронологического возраста, что называется *негативной когнитивной иллюзией возраста*.

Наличие большей переоценки субъективного возраста у респондентов 55-60 лет в отличие от других групп респондентов можно рассматривать как *индикатор неблагоприятного разрешения кризиса стагнации*, как симптом «хрупкой» пограничной личностной организации. Однако, мы считаем, что оценка своего возраста «старше» хронологического возраста по своей сути не является негативным опытом для пожилого человека, а является биопсихосоциальным индикатором истощения ресурсов, что показано в работах Я. Степхана (Stephan, 2017; 2018). Идентичная хронологическому возрасту оценка наблюдается чаще у респондентов 75-90 лет ( $\chi^2=4,138$ ,  $df=1$ ,  $p=0,0032$ ) по сравнению 55-60 лет. Было показано, что оценки субъективного возраста в подгруппах респондентов трех возрастных групп «идентично», «моложе», «старше» оценивающих свой субъективный возраст оказались значимо различны по всем компонентам субъективного возраста. Для изучения *внутренних ориентиров оценки субъективного возраста* в позднем возрасте мы руководствовались предположением Е.А. Сергиенко (2011) и А. Корнада (Kornadt, 2018) о том, что индивидуальная возрастная идентификация возможно, определяется стабильными и проксимальными когнитивными репрезентациями, которые опираются на разные механизмы сравнения. В рамках данного исследования *стабильными репрезентациями* выступают показатели состояния здоровья. *Проксимальные репрезентации* представлены социальными маркерами возраста - уровнем образования.

### Субъективный возраст и болевые ощущения

Среди респондентов пожилого и старческого возраста были распространены жалобы на различные болевые ощущения (см. раздел 3.1). В связи с данными о влиянии интероцептивных процессов на динамику субъективного возраста (Kornadt, 2018) респондентам, мы дополнительно задавали им следующие вопросы: **«Когда у Вас что-то болит Вы чувствуете себя на сколько лет? Выглядите на сколько лет?»**. При наличии ощущения дискомфорта, болевого синдрома наблюдается оценка субъективного возраста *«старше»* хронологического возраста (табл.4.2).

**Таблица 4.2.** - Распределение средних значений субъективного возраста и его компонентов (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) разницы между ними и хронологическим возрастом в трех возрастных группах респондентов при наличии *дискомфортных, болевых ощущений*

Возрастные группы	N	ХВ	Измерения самооценки возраста при наличии болевых ощущений	
			БВ	ЭВ
			ЧУВСТВУЮ	ВЫГЛЯЖУ
		M±SD	M±SD	M±SD
55-60 лет	120	56,6±1,8	55,8±4,19	57,5±7,3
			<0,01	<0,01
61-74 лет	120	66,7±3,9	69,1±6,22	70,5±9,1
			<0,01	<0,01
75-90 лет	50	79,4±3,5	81,07±6,49	82,9±8,5
			<0,01	<0,01

*Примечание.* M- среднее значение, SD – стандартное отклонение. N-кол-во респондентов, p - значимость различий между хронологическим и субъективным возрастом и его компонентами проводилось с помощью *критерия Краскала-Уоллеса*

Респонденты 55-60 и 75-90 лет оценивают биологический и эмоциональный возраста при дискомфортных ощущениях *«идентично»* хронологическому: «до смерти сестры чувствовала на 45, подкосило, теперь все болит и чувствую на 60» (Ж,61); «до болезни чувствовала на 40, сейчас на все свои 55, если не больше» (Ж,55); «если бы было здоровье и работа, то чувствовал бы на 50, а так на 81» (М,81). Пожилые люди (61-74 лет) при наличии болевого синдрома оценивают свой биологических и эмоциональный возраст *«старше»* хронологического возраста: «Когда болят почки чувствуют себя на все 80 лет, а когда спазм проходит на 50 и можно дальше бегать» (Ж,66); «из-за отдышки и аритмии чувствую себя на 70 лет» (Ж,65). Это подтверждает данные Я. Степхана о том, что субъективная оценка возраста *«старше»* хронологического возраста на биологическом уровне выступает маркером физиологической дисрегуляции, что увеличивает риски инвалидизации и смертности (Stephan, 2018).

### Субъективный возраст и состояние здоровья

Наблюдаются различия в степени выраженности полиморбидности (по CIRS-G) у респондентов 61-74 лет, оценивающих свой субъективный возраст *«идентично»* и *«моложе»* хронологического возраста. Также эти различия наблюдаются у респондентов 61-74 и 75-90 лет, которые *занижают* и *завышают* свой субъективный возраст (табл.4.3).

**Таблица 4.3.** - Показатели состояния здоровья в зависимости от индивидуальных вариантов оценки субъективного возраста (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп

Группы	Подгруппы	N	Индекс полиморбидности [CIRS-G]	p	Когнитивное функционирование [MoCA]	p	Симптомы депрессии [GDS-30]	p	Симптомы чувства одиночества [R-UCLA-LS]	p
55-60 лет	=/ <	23/91	6/6,04	>0,10	29,1/29,2	>0,10	9,6/8,1	<0,05	39,1/36,1	<0,01
	=/ >	23/6	6/6,8	>0,10	29,1/29,2	>0,10	9,6/11,4	<0,05	39,1/41,4	<0,05
	>/ <	6/91	6,8/6,04	>0,10	29,2/29,2	>0,10	11,4/8,1	<0,01	41,4/36,1	<0,01
61-74 лет	=/ <	19/91	8,4/7,2	<0,05	28,1/28,05	>0,10	15,6/12,1	<0,05	45,1/40,1	<0,01
	=/ >	19/9	8,4/9,3	>0,10	28,1/27	<0,05	15,6/17,2	<0,05	45,1/49,4	<0,01
	>/ <	9/91	9,3/7,2	<0,01	27/28,05	<0,05	17,2/12,1	<0,01	49,4/40,1	<0,01
75-90 лет	=/ <	8/38	10,6/10,1	>0,10	27,2/27,1	>0,10	13,2/10,1	<0,01	46,3/41	<0,01
	=/ >	8/4	10,6/11,1	>0,10	27,2/26,8	>0,10	13,2/17,3	<0,01	46,3/49,3	<0,01
	>/ <	4/38	11,1/10,1	<0,05	26,8/27,1	>0,10	17,3/10,1	<0,01	49,3/41	<0,01

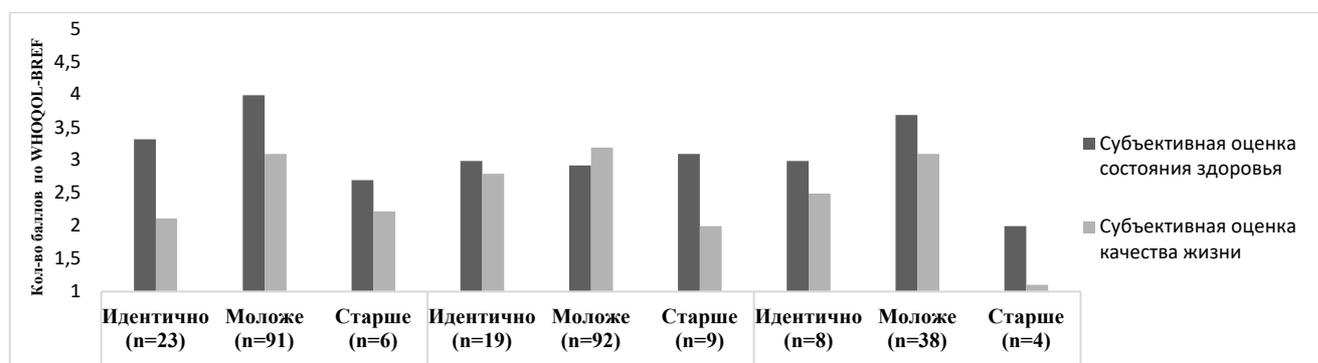
Примечание. = – «идентично» хронологическому возрасту; < – «моложе» хронологического возраста; > – «старше» хронологического возраста; полужирным шрифтом выделены уровни значимости по критерию Краскала-Уоллеса

Даже при наличии у респондентов незначительной степени выраженности индекса полиморбидности, 2-4 хронических медикаментозно стабилизируемых хронических заболеваний в большинстве случаев они оценивают свой субъективный возраст «моложе» хронологического возраста. У тех респондентов 61-74 лет, которые оценивают свой субъективный возраст «идентично» и завышая его, а также «моложе» и «старше» хронологического возраста наблюдаются различия в когнитивном функционировании. Наблюдаются различия в психологическом благополучии между подгруппами респондентов «идентично» оценивающих, завышающих и занижающих свой субъективный возраст. Из-за малого количества участников (4-9 человек) из анализа были исключены респонденты, завышающие свой субъективный возраст. Наряду с этим в группе респондентов 75-90 лет также из-за малого количества участников (8 человек) была исключена подгруппа «идентично» хронологическому возрасту оценивающих свой субъективный возраст.

В подгруппах респондентов 55-60 лет при «идентичной» оценке субъективного возраста и внутренних возрастов (биологический, эмоциональный и социальный), наблюдаются положительные связи с степенью выраженности симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества (таблица Г.1). Оценка своего субъективного возраста и биологического возраста «моложе» хронологического возраста положительно сопряжена с состоянием здоровья (выраженность полиморбидности по шкале CIRS-G). Если пожилой человек оценивает свой субъективный возраст, самочувствие «моложе» хронологического, тем лучше у него здоровьесберегающее поведение, которое приводит к сниженным проявлениям комплекса хронических заболеваний и снижает риски их хронизации. При оценке себя «моложе» хронологического возраста наблюдаются отрицательные связи субъективного возраста и большинства его компонентов с психическим состоянием, при котором наблюдаются симптомы депрессии. Оценка субъективного и эмоционального возраста «моложе» хронологического возраста сопряжена с выраженностью субъективного чувства одиночества.

В подгруппе респондентов 61-74 лет, оценивающих свой субъективный возраст ближе к хронологическому и занижающих его, наблюдаются различия в эмоциональном состоянии (таблица Г.2). Пожилой человек оценивает субъективный возраст ближе к хронологическому возрасту или «старше» его, если у него наблюдаются негативные изменения в эмоциональном состоянии. Оценка субъективного возраста и следующих его внутренних возрастов: биологического, эмоционального и социального возраста «моложе» хронологического возраста положительно сопряжены с изменениями в полиморбидном статусе.

У респондентов 75-90 лет с положительной когнитивной иллюзией возраста наблюдается отрицательная сопряженность большинства компонентов субъективного возраста с эмоциональным состоянием, т.е. выраженностью симптомов депрессии (таблица Г.3). При оценке своего субъективного биологического возраста «моложе» своего хронологического возраста наблюдаются низкие значения уровня полиморбидности, т.е. у этих респондентов лучшее общее состояние здоровья и меньше риски развития хронизации заболеваний в связи с наличием здоровьесберегающего и профилактического поведения. Чем «моложе» себя оценивают люди старческого возраста, тем ниже субъективное чувство одиночества. У респондентов 55-60 лет наблюдаются различия в субъективной оценке качества жизни (рис.4.5) при оценке субъективного возраста «старше» и «моложе» ( $p < 0,01$ ), а у респондентов 75-90 лет «идентичной» и «старше» хронологического возраста ( $p < 0,05$ ).



**Рисунок 4.5.** - Субъективная оценка качества жизни и состояния здоровья (по шкале WHOQOL-BREF) в зависимости индивидуальных оценок субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп. *Примечание.* 1 - очень неудовлетворен(а); 2 – не удовлетворен(а); 3 – ни то, ни другое; 4 – удовлетворен(а); 5 – очень удовлетворен(а)

У респондентов 61-74 лет наблюдаются различия в оценке состояния здоровья при оценке своего субъективного возраста «моложе» и «старше» хронологического возраста (рис. 4.5). В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдаются различия в оценке состояния собственного здоровья при различных вариантах оценки субъективного возраста. При сравнении общего индекса качества жизни и определяющих его компонентов в подгруппах респондентов с различными вариантами оценки субъективного возраста было обнаружено, что наблюдаются различия в динамике оценки качества жизни (табл.4.4).

**Таблица 4.4.** - Удовлетворенность качеством жизни (по шкале WHOQOL-BREF) в зависимости индивидуальных оценок субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп

Группы	Подгруппы	N	Индекс КЖ	р	Компоненты удовлетворенности качеством жизни							
					Физическое здоровье	р	Психологическое здоровье	р	Социальные отношения	р	Окружающая среда	р
55-60 лет	=<	23/91	159,2/219,1	<b>0,00</b>	51,2/54,1	<b>0,05</b>	61,4/55,2	<b>0,01</b>	54,7/56,2	<b>0,05</b>	45,7/51,3	<b>0,01</b>
	=>	23/6	159,2/190	<b>0,00</b>	51,2/46,2	<b>0,01</b>	61,4/49,7	<b>0,00</b>	54,7/39,1	<b>0,01</b>	45,7/41,5	<b>0,05</b>
	><	6/91	190/219,1	<b>0,00</b>	54,1/46,2	<b>0,01</b>	49,7/55,2	<b>0,01</b>	39,1/56,2	<b>0,00</b>	41,5/51,3	<b>0,01</b>
61-74 лет	=<	19/91	159,2/185,7	<b>0,00</b>	47,8/51,9	<b>0,01</b>	40,2/50,3	<b>0,01</b>	31,2/42,7	<b>0,01</b>	40/44,5	<b>0,05</b>
	=>	19/9	159,2/110,6	<b>0,00</b>	47,8/38	<b>0,01</b>	40,2/29	<b>0,00</b>	31,2/16,6	<b>0,00</b>	40/27	<b>0,00</b>
	><	9/91	110,6/185,7	<b>0,00</b>	38/51,9	<b>0,01</b>	29/50,3	<b>0,00</b>	16,6/42,7	<b>0,00</b>	27/44,5	<b>0,00</b>
75-90 лет	=<	8/38	128,2/153,7	<b>0,00</b>	37,7/39	<b>0,05</b>	33/43	<b>0,01</b>	28/34,08	<b>0,01</b>	29,5/37,5	<b>0,01</b>
	=>	8/4	128,2/120,1	<b>0,01</b>	37,7/32,1	<b>0,01</b>	33/27	<b>0,01</b>	28/25,1	<b>0,01</b>	29,5/26,1	<b>0,05</b>
	><	4/38	120,1/153,7	<b>0,00</b>	32,1/39	<b>0,01</b>	27/43	<b>0,00</b>	25,1/34,08	<b>0,01</b>	26,1/37,5	<b>0,01</b>

Примечание. = – «идентично» хронологическому возрасту; < – «моложе» хронологического возраста; > – «старше» хронологического возраста; КЖ-качество жизни; полужирным шрифтом выделены уровни значимости по критерию Краскалла-Уоллеса

У респондентов 55-60 лет при оценке своего субъективного возраста ближе к хронологическому возрасту наблюдаются множественные положительные связи с компонентами качества жизни (таблица Г.4). Это означает, что негативные изменения в субъективной ментальности и объективном уровне жизни сопровождаются оценкой своего субъективно возраста «идентично» или «старше» хронологического возраста.

В подгруппе респондентов 55-60 лет с *положительной когнитивной иллюзией возраста* можно отметить наличие вклада субъективного возраста во все параметры, определяющие удовлетворенность качеством жизни. Оценка своего *самочувствия* «моложе» хронологического возраста положительно сопряжена с *удовлетворенностью физическим благополучием и нарушением функционального статуса*, т.е. с активностью в повседневной деятельности, мобильностью, работоспособностью, состоянием дискомфорта, болевыми симптомами, качеством сна и отдыха. Оценка биологического возраста «моложе» хронологического возраста у респондентов 55-60 лет положительно сопряжена с *социальным благополучием*, что согласуется с данными А. Эстилл о влиянии изменений в субъективном возрасте на сексуальную привлекательность и интерес к сексу в позднем возрасте (Estill, 2018). Оценка собственной *внешности* «моложе» хронологического возраста у респондентов 55-60 лет положительно сопряжена с *психологическим благополучием*, т.е. с восприятием старения, отношением к изменениям во внешнем виде, наличием симптомов депрессии и тревоги, изменений в когнитивном функционировании.

У респондентов 61-74 лет при оценке своего субъективного возраста ближе к хронологическому возрасту наблюдаются множественные положительные связи с компонентами удовлетворенности качеством жизни (таблица Г.5). Это означает, что пожилые люди этой возрастной группы чувствуют себя на свой возраст или «старше» если их физическое и психическое благополучие, а также окружение ограничивает их повседневную деятельность, снижая удовлетворенность качеством жизни. Оценка респондентами 61-74 лет своих *интересов* ближе к хронологическому возрасту сопряжена с *психологическим*

*благополучием*. В подгруппе респондентов 61-74 лет с положительной когнитивной иллюзией возраста можно отметить наличие вклада субъективного возраста во все параметры, определяющие удовлетворенность качеством жизни. В этой возрастной группе оценка своего самочувствия «моложе» хронологического возраста сопряжена с физическим и социальным благополучием, удовлетворенностью психологическим здоровьем. Удовлетворенность *социальным благополучием* связана с оценкой *социального возраста* «моложе» хронологического возраста. В подгруппе респондентов 75-90 лет с положительной когнитивной иллюзией возраста можно отметить наличие вклада субъективного и биологического возраста во многие параметры, определяющие удовлетворенность качеством жизни (таблица Г.6).

### Корреляционный анализ

- **Уровень образования.** Наблюдаются положительные связи между уровнем образования (кол-во лет обучения) и оценкой субъективного возраста (разница между хронологическим и средним субъективным возрастом) у респондентов трех возрастных групп ( $r=0,325; 0,351; 0,300$ , при  $p \leq 0,05$ ). У респондентов 55-60 и 61-74 лет субъективный биологический ( $r=0,310; 0,321$  при  $p \leq 0,05$ ) и эмоциональный ( $r=0,300; 0,339$  при  $p \leq 0,05$ ) возраста сопряжены с уровнем образования. В группах 61-74 и 75-90 лет наблюдается также связь социального возраста ( $r=0,311; 0,300$ , при  $p \leq 0,05$ ) с уровнем образования.

- **Рабочий и семейный статус<sup>3</sup>.** Наблюдаются положительные связи между степенью занятости ( $r=0,310; 0,300; 0,211$ , при  $p \leq 0,05$ ), наличием партнера ( $r=0,325; 0,310; 0,200$ , при  $p \leq 0,05$ ) и оценкой субъективного возраста. У респондентов 55-60 и 61-74 лет рабочий статус сопряжен с рядом компонентов субъективного возраста: субъективным биологическим ( $r=0,300; 0,324$  при  $p \leq 0,05$ ), эмоциональным ( $r=0,321; 0,339$  при  $p \leq 0,05$ ) и социальным ( $r=0,280; 0,310$  при  $p \leq 0,05$ ) возрастами. Также в этих группах респондентов семейный статус связан с оценкой биологического ( $r=0,284; 0,310$  при  $p \leq 0,05$ ) и эмоционального ( $r=0,220; 0,300$  при  $p \leq 0,05$ ) возрастов. В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдается связь семейного статуса с биологическим возрастом ( $r=0,224$ , при  $p \leq 0,05$ )

- **Полиморбидность.** У респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдается связь состояния здоровья (полиморбидного статуса) с оценкой субъективного возраста ( $r=-0,163$ ; -

<sup>3</sup> *Примечание.* Кодировка 0-нет семьи; 1 – есть семья; 0 – на пенсии/нет работы; 1 – есть работа.

0,187; при  $p \leq 0,05$ ). В этих возрастных группах субъективный биологический ( $r = -0,177$ ;  $-0,193$ ; при  $p \leq 0,05$ ) и эмоциональный ( $r = -0,166$ ;  $-0,190$ ; при  $p \leq 0,05$ ) возраста сопряжены с полиморбидным статусом.

- **Эмоциональное состояние.** Анализ взаимосвязей субъективного возраста с показателями психологического здоровья (симптомы депрессии, чувство одиночества) показал, что хронологический возраст никак не связан с этими показателями. У респондентов трех возрастных групп наблюдаются отрицательные связи между субъективным возрастом и наличием симптомов депрессии ( $r = -0,412$ ;  $-0,425$ ;  $-0,400$ , при  $p \leq 0,01$ ). Чем «моложе» хронологического возраста оценивают себя респонденты пожилого и старческого возраста, тем меньше симптомов депрессии. У респондентов трех возрастных групп также отмечается отрицательная связь между субъективным возрастом и чувством одиночества ( $r = -0,311$ , при  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,407$ ;  $-0,424$ , при  $p \leq 0,01$ ). У респондентов 55-60 и 61-74 лет субъективный биологический, эмоциональный возраст сопряжены с симптомами депрессии ( $r = -0,381$ ;  $-0,366$ ;  $-0,325$ , при  $p \leq 0,05$ ) и чувством одиночества ( $r = -0,345$ ;  $-0,331$ ;  $-0,320$ , при  $p \leq 0,05$ ). В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдается также связь социального возраста с чувством одиночества ( $r = 0,310$ , при  $p \leq 0,05$ )

- **Удовлетворенность качеством жизни.** У респондентов трех возрастных групп наблюдаются отрицательные связи между общим показателем удовлетворенности качеством жизни и оценкой субъективного возраста ( $r = -0,400$ ;  $-0,410$ ;  $-0,421$ , при  $p \leq 0,01$ ). Результаты анализа данных респондентов трех возрастных групп указывают на следующие закономерности: чем более «молодыми» считают себя люди пожилого и старческого возрасте, тем выше уровень таких компонентов качества жизни как удовлетворенность физическим ( $r = -0,367$ ;  $-0,355$ ;  $-0,349$ , при  $p \leq 0,05$ ) и психологическим ( $r = -0,300$ , при  $p \leq 0,05$ ;  $r = -0,411$ ,  $-0,425$ , при  $p \leq 0,01$ ) здоровьем. У респондентов 61-74 и 75-90 лет также наблюдаются связи субъективного возраста с удовлетворенностью социальной активностью ( $r = -0,361$ ;  $-0,376$ , при  $p \leq 0,05$ ). У респондентов трех возрастных групп наличие изменений в удовлетворенности физическим и психологическим здоровьем сопряжены с оценкой субъективного биологического ( $r = -0,325$ ;  $-0,349$ ;  $-0,300$ , при  $p \leq 0,05$ ), и эмоционального ( $r = -0,366$ ;  $-0,374$ ;  $-0,325$ , при  $p \leq 0,05$ ) возрастов. У респондентов 55-60 и 61-74 лет наблюдаются связи социального возраста с удовлетворенностью психологическим здоровьем ( $r = -0,381$ ;  $-0,370$ , при  $p \leq 0,05$ ) и социальными отношениям ( $r = -0,366$ ;  $-0,374$ , при  $p \leq 0,05$ ). Стоит отметить, что чем ниже у респондентов 55-60 и 61-74 лет оценка интеллектуального возраста (интересов), тем выше удовлетворенность своим психологическим здоровьем ( $r = -0,385$ ;  $-0,370$  при  $p \leq 0,05$ ).

## Биопсихосоциальные предикторы субъективного возраста

Из таблицы 4.5. видно, в трех возрастных группах *социо-демографический* (уровень образования) и *психологические* (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни) факторы выступают предикторами оценки субъективного возраста (Мелёхин, Сергиенко, 2015).

**Таблица 4.5.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи компонентов комплексной гериатрической оценки состояния здоровья и субъективного возраста (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Субъективный возраст (разница между хронологическим и средним субъективным возрастом)	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,513	0,621	0,519
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	15,761**	16,519**	14,845**
	Уровень образования	0,146*	0,235*	0,144*
	Семейное положение	0,247	0,221*	-
	Рабочий статус	0,210*	0,265*	-
	Симптомы депрессии	-0,321*	-0,355**	-0,373**
	Субъективное чувство одиночества	-0,273*	-0,310*	-0,277*
	Удовлетворенность качеством жизни	0,310*	0,381**	0,311*
	Когнитивное функционирование	-	-	-
	Индекс полиморбидности	-	-0,146*	-0,176*

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном положении и рабочем статусе выступают предикторами субъективного возраста. В отличие от респондентов 55-60 лет в группах 61-74 и 75-90 лет индекс полиморбидности начинает играть роль в предсказании изменений в оценке субъективного возраста.

### Ресурсное значение субъективного возраста на поздних этапах онтогенеза

В связи с тем, что ментальные ресурсы – это во многом результат аффективно-оценочных процессов, задающий ценность и личностную значимость для человека тех или иных процессов для достижения позитивных результатов (Хазова, 2014) нами респондентам пожилого и старческого возраста задавался вопрос: «*Считаете ли Вы субъективный возраст ресурсом благополучного течения старения?*». Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди пожилого и старческого возраста ресурсным значением данный психологический феномен. Большинство респондентов 55-60 (78%), 61-74 (79%) и 75-90 (71%) лет считают оценку субъективного возраста «моложе» хронологического возраста собственным ресурсом старения,

помогающим им в достижении целей и активности. 22% респондентов 55-60, 21 – 61-74 лет и 29% - 75-90 лет отмечают, что субъективный возраст «моложе» хронологического возраста для них — это не ресурс, а ловушка, «самообман», пребывание в иллюзорности и трудность взять ответственность за свое поведение и изменения в себе.

## 4.2. Специфика ориентировки в текущем времени

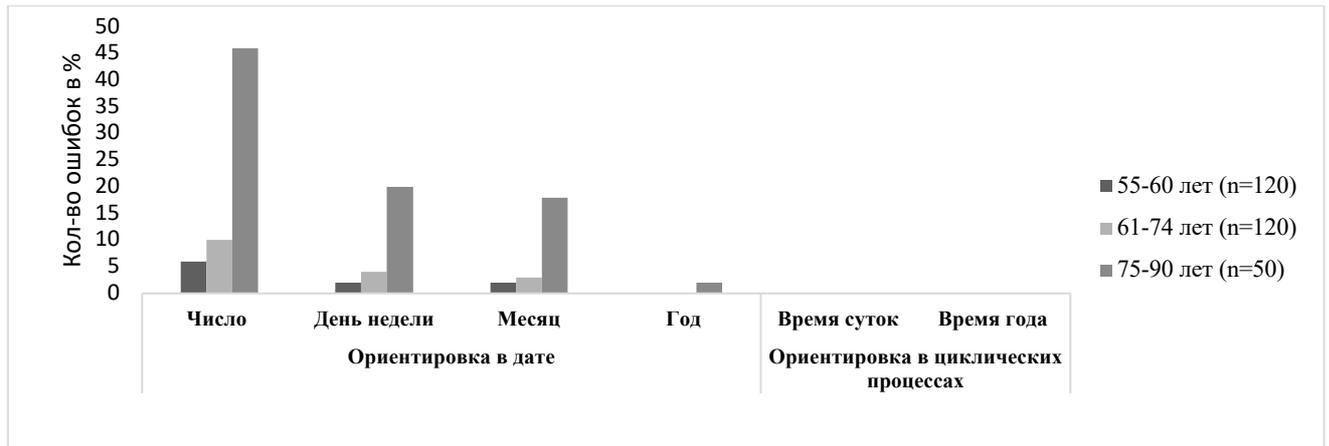
Не было обнаружено изменений в аутопсихической ориентировки, т.е. способности датировать автобиографические сведения у респондентов трех возрастных групп. У респондентов трех возрастных групп не наблюдалось изменений со стороны *поведенческой ориентировки во времени* (Мелёхин, Сергиенко, 2017). Были отмечены изменения в *индексе общей ориентации* (по MoCA) у респондентов 55-60 лет и 75-90 лет, 61-74 лет и 75-90 лет (табл.4.6).

**Таблица 4.6.** - Индекс ориентировки (по Монреальской шкале оценки когнитивных функций) у респондентов пожилого и старческого возраста

Параметры оценки	55-60 n=120 (A)		61-74 n=120 (B)		75-90 n=50 (C)		Уровень значимости критерия Манна-Уитни
	M	SD	M	SD	M	SD	
Индекс ориентировки [6]	5,8	0,7	4,9	0,4	3,4	0,2	АС**, ВС**

*Примечание.* M- Среднее значение, SD – стандартное отклонение. В квадратных скобках указан максимальный балл. \*\*p <0,01, \*p <0,05. – отсутствие значимых различий. Группы сравнений по значимости различий групп А, В, С проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Среди респондентов не было обнаружено ошибок в ориентировке в пространстве: месте нахождения и городе. В определении текущей *даты* наблюдались ошибки с самокоррекцией (рис. 4.6).



**Рисунок 4.6.** - Ошибки в ориентировке во времени (по индексу общей ориентации из Монреальской шкалы оценки когнитивных функций) у респондентов трех возрастных групп

Респонденты старческого возраста (75-90 лет), допускали больше ошибок при определении *числа*, и меньше всего в определении *месяца*, и *дня недели*, чем пожилые люди (55-60 и 61-75 лет). Респонденты 75-90 лет при назывании числа, месяца и дня недели, часто показывали

реакцию *отказа* на вопрос, т.е. говорили, что «не знают», «забыли», «не помнят», какое сейчас число и день недели. При определении числа, дня недели и месяца наблюдался феномен незначительного «*смещения назад*» при определении текущего времени. Например, вместо 28 сентября, называли 26 сентября. Вместо декабря называли ноябрь. Респонденты старческого возраста отмечали, что «время... улетучивается, я не успеваю за ним следить» (Ж,75<sup>4</sup>); «потеряла счет за этим временем, оно теперь очень быстро течет» (Ж,77); «давно не пользуюсь календарем и не смотрю на часы... это время утекает сквозь мои пальцы» (М,81). Если люди пожилого и старческого возраста допускали ошибки при определении даты, дня недели и месяца у них наблюдалась *реакция испуга*, которая сопровождалась тревожными руминациями (Мелёхин, Сергиенко, 2017): «а вдруг у меня скоро будет инсульт... и смерть» (Ж,66); «а вдруг я ничего помнить не буду... и все из памяти» (Ж,69); «если я это сейчас забываю, то дальше вообще ничего помнить не буду... зачем я нужна» (Ж,74); «я теряю такие простые навыки, что уже говорить о чем-то сложном... о работе например» (М,72). Наличие данной реакции испуга у людей пожилого и старческого возраста позволяет рассматривать «когнитивное старение», как своеобразный психологический кризис (Корсакова, 1996).

Мы задавали респондентам следующий вопрос: «*Как Вы думаете, почему Вам трудно определить какая сейчас дата?*». Респонденты 61-74 и 75-90 лет отмечали: «я сейчас не работаю, зачем мне это время» (Ж,67); «я живу один и мне как вы понимаете некуда ходить, да и незачем?» (Ж,72); «зачем мне эта информация?» (М,76). Некоторые респонденты говорили о том, что их родственники, чаще всего дети (чаще дочери), напоминают им о том, какой сейчас день недели, месяц и число. Пожилые люди отмечают, что лучше запоминают актуальную дату, если она связана с *следующими событиями*: с работой, посещением врача, магазина, походом в банк, получением пенсии, приездом детей и внуков. У нескольких респондентов старческого возраста мы наблюдали обратимые ошибки в определении *года*. Например, вместо 2017 г. они называли 2016 г. Ошибок в определении циклических процессов: времени года или суток нами не было выявлено у респондентов трех возрастных групп (Мелёхин, Сергиенко, 2017).

### Корреляционный анализ

- *Уровень образования.* У респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдаются положительные связи между уровнем образования (кол-во лет обучения) и ориентировкой в текущем времени у респондентов трех возрастных групп ( $r=0,255; 0,281$ ; при  $p \leq 0,05$ )

<sup>4</sup> *Примечание.* Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст.

- **Рабочий и семейный статус.** У респондентов 61-74 наблюдаются положительные связи между степенью занятости ( $r=0,210$ , при  $p \leq 0,05$ ), наличием партнера ( $r=0,171$ , при  $p \leq 0,05$ ). И ориентировкой во времени.

- **Субъективный возраст.** Наблюдаются многочисленные связи между компонентами субъективного возраста и ориентировкой во времени в пожилом возрасте 55-60 и 61-74 лет, что говорит о связи компонентов возрастной идентичности и степени с взаимосвязью трех временных зон (таблица Г.7. и Г.8). В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдаются многочисленные связи между субъективным возрастом в сторону занижения ( $r=0,366$ ,  $p < 0,01$ ), биологическим ( $r=0,255$ ,  $p < 0,05$ ), эмоциональным ( $r=0,370$ ,  $p < 0,01$ ) и социальным ( $r=0,210$ ,  $p < 0,05$ ) возрастами и ориентировкой в текущем времени.

- **Полиморбидность.** У респондентов 75-90 лет наблюдается связь состояния здоровья (полиморбидного статуса) с ориентировкой в текущем времени ( $r=-0,161$ , при  $p \leq 0,05$ ).

- **Когнитивное функционирование.** У респондентов 75-90 лет наблюдается положительная связь когнитивного статуса с ориентировкой в текущем времени ( $r=-0,183$ , при  $p \leq 0,05$ ).

- **Эмоциональное состояние.** У респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдаются отрицательные связи между ориентировкой во времени и наличием симптомов депрессии ( $r=-0,312$ ;  $-0,325$ , при  $p \leq 0,05$ ) и чувством одиночества ( $r=-0,345$ ;  $-0,331$ , при  $p \leq 0,05$ ).

- **Удовлетворенность качеством жизни.** У респондентов трех возрастных групп наблюдаются положительные связи между общим показателем удовлетворенности качеством жизни и ориентировкой во времени ( $r=-0,311$ ;  $-0,324$ ;  $-0,329$  при  $p \leq 0,05$ ). У респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдаются положительные связи удовлетворенности физическим ( $r=-0,321$ ;  $-0,334$ , при  $p \leq 0,05$ ) и психологическим ( $r=-0,300$ ;  $-0,310$ , при  $p \leq 0,05$ ) здоровьем с ориентировкой во времени.

### **Биопсихосоциальные предикторы ориентировки в текущем времени**

Из таблицы 4.7. видно, что общими факторами, влияющими на ориентировку в текущем времени в позднем возрасте, являются психологические предикторы: симптомы депрессии и удовлетворенность качеством жизни.

**Таблица 4.7.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи компонентов комплексной гериатрической оценки состояния здоровья и общей ориентировкой (по шкале MoCA) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Ориентировка во времени (по шкале MoCA)	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,420	0,511	0,627
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	8,243**	16,587**	15,700**
	Уровень образования	-	0,235*	0,165*
	Семейное положение	-	0,223*	-
	Рабочий статус	0,212*	0,265*	-
	Симптомы депрессии	-0,210	-0,355**	-0,373**
	Субъективное чувство одиночества	-	-0,314*	-0,277*
	Удовлетворенность качеством жизни	0,311*	0,381**	0,316*
	Индекс полиморбидности	-	-	-0,176*
	Когнитивное функционирование	-	-	0,173*
	Субъективный возраст	-	-0,181	-

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

Только у респондентов 61-75 лет изменения в семейном положении влияют на ориентировку в текущем времени. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) рабочий статус выступает предиктором ориентировки во времени. В отличие от респондентов 55-60 лет, в группах 61-74 и 75-90 лет уровень образования, субъективное чувство одиночества выступают предикторами ориентировки в текущем времени. Изменения в оценке субъективного возраста начинают выступать предиктором только у респондентов 61-74 лет. В старческом возрасте индекс полиморбидности как медицинский фактор и когнитивное функционирование участвуют в предсказании изменений в ориентировке в текущем времени (Мелёхин, Сергиенко, 2017).

### Ресурсное значение ориентировки в текущем времени в позднем возрасте

Дополнительно респондентам пожилого и старческого возраста задавался вопрос: «*Считаете ли Вы ориентировку во времени собственным ресурсом благополучного старения?*». Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди позднего возраста ресурсным значением, данный когнитивный процесс. Большинство респондентов 55-60 (96%), 61-74 (97%) и 75-90 (98%) лет считают ориентировку во времени и пространстве собственным ресурсом благополучного старения. 4% респондентов 55-60, 3% – 61-74 лет и 2% - 75-90 лет отмечают, что ориентировка в текущем времени — это не ресурс, и они вообще не хотели бы ориентироваться в том времени, в котором они живут.

### 4.3. Семантика репрезентаций времени в пожилом и старческом возрасте

#### Вербальные репрезентации времени

Всего нами было получено 408 слов и словосочетаний. Полученные слова и словосочетания анализировались по частоте встречаемости в общей выборке исследования (n=290), что позволило нам получить разнообразие вербальных репрезентаций времени для последующего выделения общих категорий описания времени. Единично у респондентов наблюдались трудности при определении понятия «время». Эти трудности носили следующий характер: 1) не понимание инструкции; 2) не знание ответа на вопрос из-за отсутствия конкретных вариантов ответа (Мелехин, Киреева, 2016). Данные трудности подтверждают наличие *психолингвистического парадокса при определении понятий*, который состоит в том, что человек субъективно может быть уверен, что знает определение, значение слова (например, что такое время), правильно использует его в жизни, но объективно не может объяснить, что это слово означает (Брудный, 1998). Все полученные категории описания времени людьми позднего возраста носили конкретный характер, что показано в таблице Д.1. Большинство вербальных репрезентаций времени носили эмоционально положительный окрас. Полученные когнитивные репрезентации можно отнести к различным сферам жизни человека позднего возраста. Наблюдалось описание *экзистенциального понимания времени* как жизненной ценности, психологического ресурса и ограничения для жизни. Это согласуется с тем, что времени может быть много или мало, его можно использовать расточительно («деструктивно») или рационально управлять им (Баруздина, 2017). Эти репрезентации указывают на взаимосвязь времени и жизни человека пожилого возраста. Время в сознании человека пожилого и старческого возраста представлено, как характеристика его повседневной жизни, измеряемая в различных *единицах измерения* (минутах, секундах). Наиболее часто время определяется через *временно-пространственные категории*, как «миг», «мгновенье». В определении времени респонденты отмечают *циклический характер времени*, отражающий повторяющийся и ритмический характер течения времени. Например, это «смена времен года», «суток», «течение болезней» и «сам процесс старения». Время представляется через различный характер движения и изменения с различной скоростью течения времени. Например, время понимается как «некий поток», который имеет направление из прошлого в будущее (это «быстрый поток»). Показано, что в трех возрастных группах преобладают *понятийные обобщения*, когда выделяются признаки, свойства, ценностно-значимые аспекты времени (рис. 4.7).

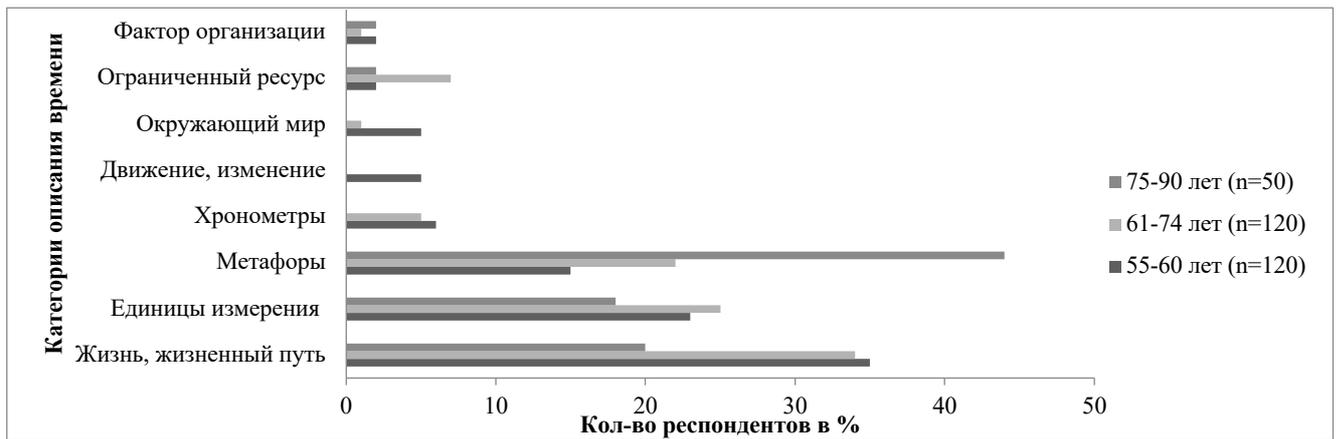


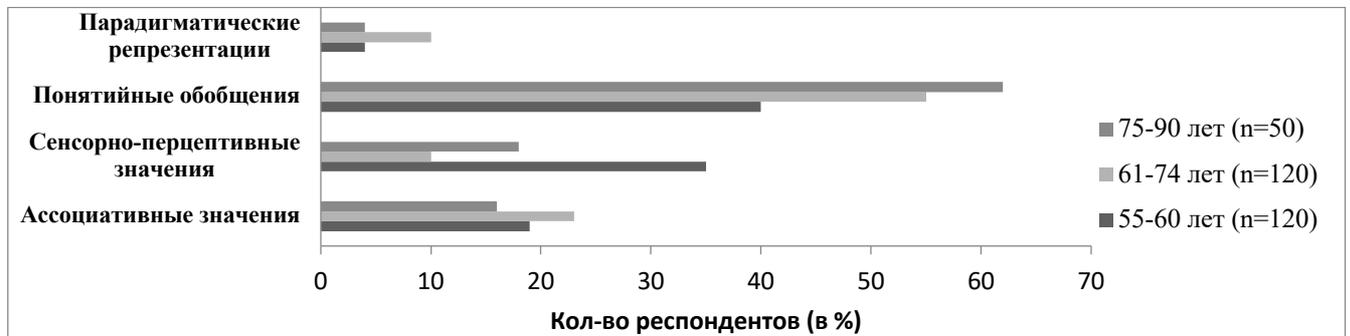
Рисунок 4.7. - Вербальные когнитивные репрезентации времени (по методике определения понятия) у респондентов трех возрастных групп по категориям

Время в позднем возрасте понимается, как важное условие организации повседневной жизни, но сам пожилой человек не может управлять им, а также повлиять на него. В связи с этим он все больше испытывает повышенное напряженное внимание ко времени («времени своей жизни»). У пожилого человека наблюдаются физические недуги, он начинает быть зависим от внимания других людей, больше ориентируется на систему ожиданий и воспоминания, снижается социальная активность, происходят изменения в сфере межличностных отношений, сужается сфера досуга, сильнее начинает ощущаться нехватка или «давление» времени. Происходит изменение в отношении и роли времени в контексте собственной жизни, что приводит к росту понимания времени через когнитивные репрезентации «*время – жизнь*» (Мелёхин, Киреева, 2016). Например, «вся моя, да и наша жизнь» (Ж,55); «это жизнь от рождения и до сегодня со счастливыми мгновениями и да и печальными» (Ж,63); «жизнь измерить времени не хватит... только начнешь спокойно жить... и бац... время идет быстро» (Ж,59); «это жизнь, прошла... я накопила болячек... стала обидчивой, что получается все не так как сейчас у молодых» (Ж,73); «жизнь, которая имеет разные периоды...чередование... хорошее и плохие» (Ж,79); «это жизнь... и хоть мне 80 лет я живу, я работала учителем, и время шло быстро» (Ж,81); «это моя жизнь, начиная от времени моего рождения и кончая уходом... в страну большой охоты» (М,67); «личное время... сколько мне отпущено столько наверно и буду жить» (Ж,78).

Распространено описание времени через *единицы измерения времени*, описываются внешние способы измерения, которые распространены в культуре. У респондентов старческого возраста наблюдалось *преобладание метафорического понимания времени*, т.е. описание время и его течение через устойчивые выражения (Мелёхин, Киреева, 2016): «течение моей жизни» (Ж,75); «течение из прошлого... через настоящие в будущее» (Ж,77); «весна-приходит... и с ней надежда на лучшее, лето – хочется жить и радоваться, осень – это пора грусти, появляются хвори, депрессия, зима – и меня радует и злит» (Ж,82); «вращающаяся труба с цветными стеклами... картинки каждый раз меняются и никогда не повторяются» (Ж,74); «река, которая

течет и не знает на какой порог наткнется...и что будет с ней» (М,79); «песок... уходящий сквозь пальцы» (М,76); «быстрый поезд, идущий с остановками» (Ж,78). Наблюдаются архетипичные репрезентации времени: «эх, дороги пыль да туман» (Ж,81), которые символизируют опыт потерь у пожилого человека на своем жизненном пути, наличие трудностей. Присутствие тоски и сожаления по прошлому времени. У респондентов 61-74 лет наблюдались репрезентации о времени, как *ограниченного ресурса*, отражающие «быстрое» течение времени и ощущение «давления» времени (Мелёхин, Киреева,2016).

Приведем примеры представлений о времени, указывающие на изменения в ощущении скорости течения времени (Мелёхин, Киреева,2016): «быстро летит» (Ж, 67); «оно медленно течет» (Ж, 72); «очень быстро идет, как в молодости» (Ж,65); «не очень быстро и не очень медленно» (Ж, 55); «до инсульта время текло быстро, а сейчас очень медленно, как и хожу» (Ж,65). Около 37% респондентов 55-60 лет, 29% 61-74 лет и 11% описывают время как *быстро текущее*. Ограниченный ресурс, дефицит времени, отсутствие контроля за временем выразался в следующих представлениях (Мелёхин, Киреева,2016): «проснулся, и пора уже ложится спать» (М,63); «То чего всегда мне не хватает» (Ж,64); «сплошное ограничение» (Ж,71); «мое время ушло, я в этом времени никому не нужна, подруг не осталось» (Ж,74). Субъективное семантическое поле представлений о времени в пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) включает в себя *ассоциативные значения* (рис.4.8). Например, «часы» (М,57); «минута» (Ж,61); «часть суток» (Ж,60); «дни» (М,55); «месяцы» (Ж,65); «мое прошлое...настоящие...будущее» (Ж,75).



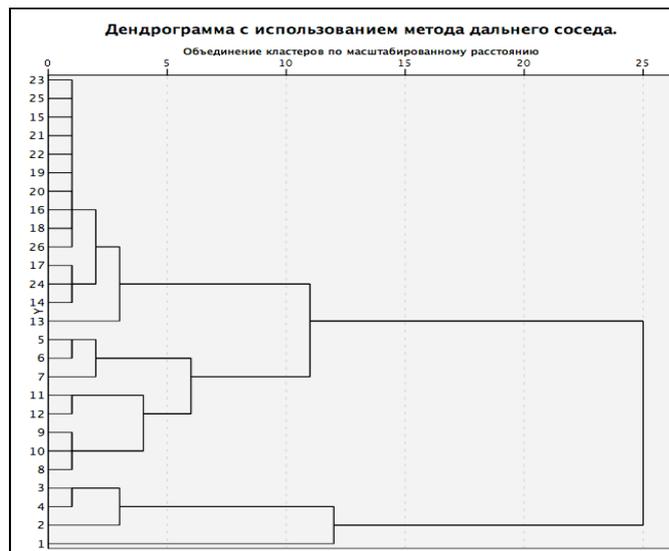
**Рисунок 4.8.** - Формы вербальных когнитивных репрезентаций (по З.А. Киреевой) у респондентов трех возрастных групп

Приведенные внешние ориентиры при определении понятия «время» относятся к «якорным» модальностям понимания времени и его последовательности (Мелёхин, Киреева,2016). Стоит отметить, что в 55-60 лет преобладают *сенсорно-перцептивные репрезентации времени*. Их можно отнести к суждениям с наглядно-образным или ситуативным типом связей (Мелёхин, Киреева,2016). Например, «время года» (Ж,55); «дни недели» (М,55); «лес» (Ж,63); «ветер» (М, 67); «вода» (Ж, 67); «море» (Ж,71); «время суток» (М,71); «река» (Ж,73); «дорога» (М,75); «калейдоскоп» (Ж,81); «поезд» (Ж,86). Из рис. 4.4. видно, что у респондентов пожилого и старческого возраста распространены *комплексные репрезентации*, в которых время понимается, как одна из частей многомерного мира.

Респонденты при определении времени, часто описывают свойства его течения (Мелёхин, Киреева, 2016): «Время быстро летит и упорхает» (Ж, 62); «Время для меня миг» (Ж, 67); «Время как спутник, который быстро летит» (Ж, 74). Можно выделить следующие виды комплексных репрезентации времени в пожилом и старческом возрасте как *ценностно-смысловое отношение ко времени* (время-жизнь). Меньше всего у респондентов пожилого и старческого возраста наблюдались *парадигматические репрезентации*. Этот вид репрезентаций заключается не в исключении различных обобщенных признаков и свойств времени, а наоборот в интеграции этих признаков (Мелёхин, Киреева, 2016). Например, «Время — это промежуток между тем, кем ты был и кем ты теперь стал» (М, 69); «время – это не необратимый, неуловимый процесс в нашей жизни» (Ж, 64); «это то, что к огромному сожалению неподвластно мне» (Ж, 82).

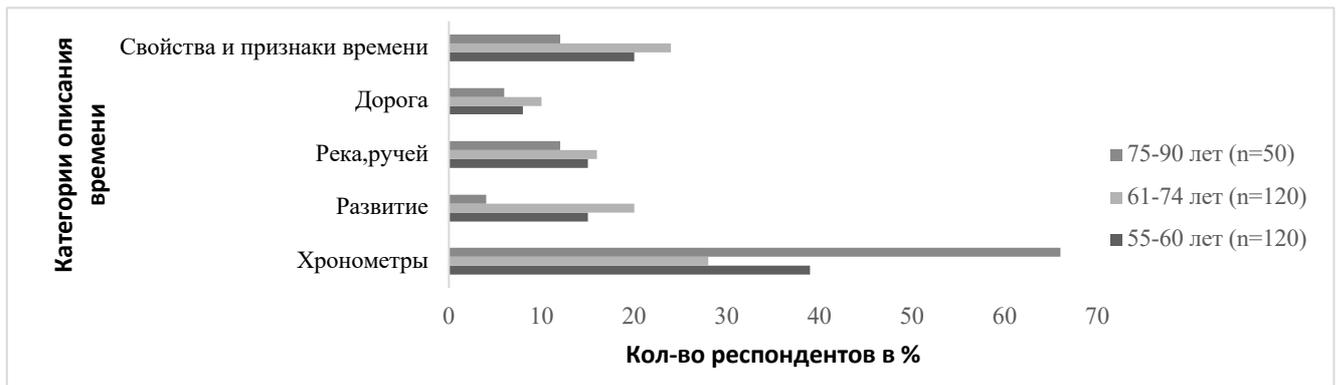
### **Невербальные когнитивные репрезентации времени**

Было получено 301 рисунков времени, которые содержали как отдельные образы предметов, явлений природы, так и совокупность двух или более образов. Реже наблюдалось изображение сюжета. Лишь несколько респондентов 75-90 лет отказались от выполнения задания. К основным причинам отказа можно отнести: «болят руки», «не умеют рисовать», «сложно изобразить время», «я не художник» и «стараясь не думать о времени». Часто респонденты трех возрастных групп искажали инструкцию вместо того, чтобы нарисовать, начинали описывать или писать, чтобы они нарисовали. Основываясь на психодинамическом подходе отказ рисовать можно рассматривать как *сопротивление*, избегание темы времени, сокрытие переживаний, связанных с быстрым течением времени. Полученные нами данные сначала анализировались по частоте встречаемости в общей выборке исследования (n=290), что позволило получить разнообразие невербальных когнитивных репрезентаций времени (таблица Д.2). Единицей анализа является визуальное изображение, которое распознавалось нами в соответствии с общепринятыми графическими изображениями предметов, объектов, явлений действительности, а также символы. Проведенный нами *кластерный анализ* зафиксированного количества невербальных репрезентаций времени у респондентов трех возрастных групп позволил выделить *общих категорий описания времени* (рис.4.9).



**Рисунок 4.9.** - Дендрограмма анализа содержания невербальных репрезентаций времени у респондентов трех возрастных групп. *Примечание.* Условные обозначения: 1-циферблат часов; 2-песочные часы; 3-спираль; 4-река; 5-дерево; 6-волна; 7-дорога; 8-вектор; 9-поезд; 10-отрезок; 11-человек; 12-бесконечность; 13-время суток; 14-цветок; 15-пирамида; 16-дождь; 17-условные обозначения (t, h); 18-свеча; 19-капля; 20-ночь; 21-молния; 22-маятник; 23-круг; 24-корабль; 25-дождь; 26-воздушный шар

Из рис. 4.9. видно разделение содержательных единиц невербальных репрезентаций времени на два крупных кластера. *Первый кластер* (объединение показателей 1-3), показывает, что в общем массиве рисунков время изображается через образы различных *хронометров и реки*. Следует обратить внимание на объединение малого кластера «спираль» и «река», что говорит о репрезентациях *субъективной скорости течения времени*. *Второй кластер* объединяет множество содержательных единиц (8-16) воплощенных в пространстве и пространственных объектах, связанных с протяженностью, изменениями, циклическим характером жизни человека. Таким образом общее содержание *второго кластера* можно назвать как *свойства и признаки времени*. Таким образом респонденты пожилого и старческого возраста чаще изображали время через следующие *символы хронометров* (циферблат часов, песочные часы), *образы развития* (дерево, человек, фигуры, время суток), *свойства и признаки времени* (спираль, волна, вектор, отрезок, бесконечность) и *экзистенциальные символы* (река, дорога, поезд). В трех возрастных группах время представляется в форме визуального символа **часы** как предмета, несущего определенную знаково-символическую функцию: помогающую решать конкретные когнитивные задачи (ориентироваться во времени) и формировать спектр личностных смыслов (рис.4.10).



**Рисунок 4.10.** - Невербальные репрезентации времени (по рисункам «что такое время?») у респондентов трех возрастных групп

По З.А. Киреевой (2010;2013) образ часов при определении времени – это первый («низший») уровень развития сознания, детерминированного временем. Образ часов - являются универсальным, «якорным» символом времени (Семенова, 2008; Сурнов, Балашова, 2007), который может быть отнесен к описанию времени, через его измеримость. Е.Ю. Балашова отмечает, что часы являются одной из «ловушек культуры», символом востребованности, активности, благополучия человека (Сурнов, Балашова, 2007). Обратим внимание, что некоторые респонденты не расставляли стрелки и цифры на циферблате (рис. Е.1). Можно предположить, что у них наблюдается стремление остановить, «заморозить» течение времени. Респонденты изображали, что стрелки часов показывают ровно двенадцать часов, на циферблатах присутствовало наличие бегущей секундной стрелки, время изображалось как будильник и стекающие часы. Это позволяет предположить, что у людей позднего возраста есть «культ времени», т.е. зависимость от времени. Время выступает для них существенным повседневным стрессором, который может как мобилизовать, так и истощать их ресурсы (Балашова, 2016, Толстых, 2010). В полученных репрезентациях показано, что время переживается в позднем возрасте как быстро текущее и пожилой человек испытывает «давление времени». Респонденты пожилого и старческого возраста передают понимание времени через образ *песочных часов* (рис.Е.2). Изображение песочный часов говорит о дискретном течении времени у человека. Песочные часы являются символом уходящего времени (Мыртысюк, 2014). Наличие образа песочных часов при определении времени у людей пожилого возраста говорит о преобладании мыслей о мимолетности бренного бытия, об ограниченном времени жизни. Они символизируют стремительный бег времени и видим по этой причине песочные часы также ассоциируются со смертью (Ялом, 2016). Из рис. Е.2. видно, при изображении песочных часов наблюдается различное соотношение песка в верхнем и нижнем сосуде. Верхний сосуд – это мир причин, нижний – мир следствий. Сам песок символизирует течение времени. Большее преобладание песка в верхнем сосуде песочных часов указывает на наличии ментальных ресурсов, психологической устойчивости (Трошихина, 2014). При изменениях в семейных отношениях (вдовство, развод) в образах песочных часов

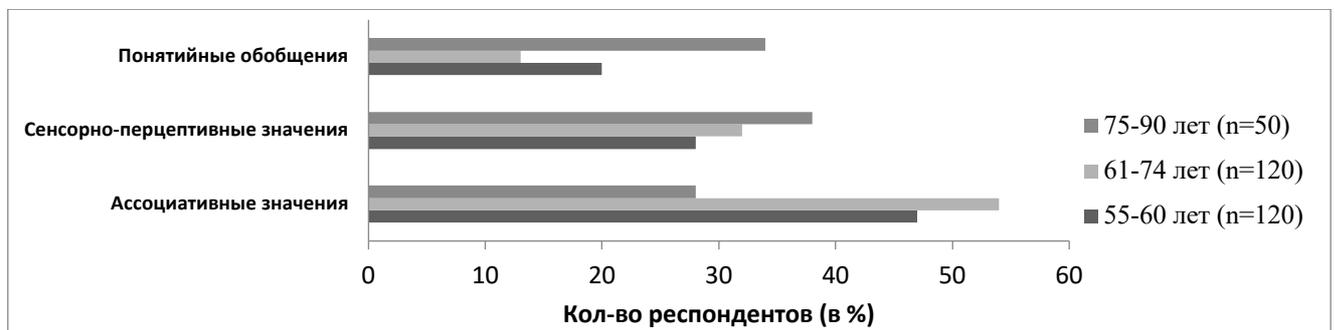
наблюдаются следующие изменения: отсутствие песка или большее преобладание песка в нижнем сосуде. Наличие ограниченного количества песты в верхнем отделе песочных часов символизирует истощение ментальных ресурсов, наличие ориентации на сожаление о прошлом времени, преобладание ригидных копинг-стратегий справляться с повседневными стрессорами. Время представляется через образы описывающие *основные свойства, характеристики, пространственные параметры времени*: движение, темп движения, изменение и направленность движения (рис. Е.3). Из рис. Е.3. видно, что в пожилом и старческом возрасте в понимании времени лежат такие основополагающие понятия, как последовательность, длительность, направленность, необратимость. Такое свойство времени – как *бесконечность* было представлено в сознании некоторых респондентов с помощью знака бесконечности. *Направленность* представлена в форме вектора, чаще направленного в будущее. Отметим, что вдовы и вдовцы изображали время, как простую линию или вектор, разделенный на сектора, т.е. «периоды жизни». В изображениях времени респондентов пожилого возраста можно встретить изображение времени как *спираль*, относиться к метафорам «круговорота времени», «потока времени» (рис. Е.3). В потоке времени старость отмечается, как спокойный период, в отличии от эмоционально бурной молодости, зрелости. Таким образом, метафора спирали символизирует ритм движения и цикличность времени, каждый новый виток содержит в себе все предыдущие, т.е. несет в себе прошлый опыт субъекта. В пожилом и старческом возрасте наблюдались представления о времени через *метафоры природного времени или развития*, когда изображался интервал от рождения до смерти, суточный цикл. С помощью этих визуальных образов респонденты пожилого и старческого возраста представляли время как изменение, цепь моментов (рис.Е.4). Довольно распространены представления времени с помощью «вегетативного кода»: периоды роста и созревания растений, которые соотносятся с юностью, зрелостью и старостью. Вслед за С.Л. Рубинштейном можно предположить, что через *образы развития* пожилой человек объективирует свою сущность (Рубинштейн, 2003). В полученных когнитивных репрезентациях изображена *цепь моментов*, которую можно рассматривать, как пространственную метафору времени, которая подразумевает линейную последовательность, однонаправленность моментов (Логанова, 2009). В полученных рисунках присутствует *циклическая модель понимания времени* (рис. Е.3. и Е.4). Наличие циклической модели понимания времени можно объяснить с точки зрения А.Я. Гуревича, который показал, что время представлено в сознании субъекта через повторяемость, последовательность и предопределенность событий в природе (Гуревич,1984). Например, времени суток. В циклической модели времени можно наблюдать *образы старения* (старый человек, сухие, старые деревья), что указывает на осознание ограниченности времени жизни, наличие страха смерти (Свиридо, Туманова,2004). Из рис. Е.4. видно, что время в позднем возрасте часто ассоциируется с образом *дерева*, который может восприниматься, как символический двойник

человека. Согласно Х. Лернеру наличие *символа дерева* отражает внутреннее состояние человека, его ожидания и представления о собственных ресурсах (Обухов, 1997). На рис. Е.4. можно проследить различное состояние дерева в прошлом, настоящем и будущем времени респондентов. Например, некоторые респонденты представляли состояние развития дерева в прошлом и настоящем, исключая будущее время. Встречалось, что респонденты рисовали состояние развития дерева в настоящем и будущем времени, минуя прошлое время. Символ цветущего дерева – это *молодость*, наличие ресурсов. Увядавшее, сухое дерево можно интерпретировать как предсказание смерти. Наличие опавших листьев символизирует процесс старения, удаляющиеся годы, вместе с которыми истекает время. Образ дерева важен для понимания проблем со структурированием своего ментального опыта, наличия внешних и внутренних ресурсов (Свирепо, Туманова, 2004). В пожилом и старческом возрасте невербальные репрезентации времени больше представлены в форме *метафор*, описывающих динамичный характер времени, субъективную скорость течения времени, отношения ко времени, а также временную ориентацию на прошлое, настоящее или будущее. К *общим метафорам* времени с экзистенциальной символикой относится, представление времени через символ *реки* (рис. Е.6) и *дороги* (рис.Е.7). Эти образы символизируют *жизненный путь человека, удаляющиеся годы* (Логунова, 2009). Дж. Шрутс отмечает, что люди позднего возраста при описании своей жизни часто употребляют метафоры реки, водопада, дороги, тропы (цит. по Нуркова, 2009). Эти метафоры отражают такие свойства времени, как течение с разной скоростью, однонаправленность, смешение временных частей (Логунова, 2009). Образ *реки* понимается символизирует жизненный путь «река-жизнь». Согласно *психодинамическому подходу*, этот образ отражает динамику психического состояния человека, потенциал эмоционального развития, наличие или отсутствие преград для достижения целей (Обухов, 1997). Вода является символом, связанным с бессознательными структурами психики человека. По характеру течения у респондентов преобладало *спокойное течение реки*, что говорит о сниженном субъективном переживании происходящих событий в настоящем времени. В большинстве случаев наблюдалось изображение *середины реки*, что символизирует расположение на жизненном пути. У респондентов старческого возраста наблюдается изображение *иссекаемой реки*, что говорит о нехватки психологической энергии или выносливости. Обратим внимание на направление течения реки у респондентов позднего возраста. В большинстве случаев наблюдалось изображение *справа-налево* наличие ориентации на прошлое время; *снизу-вверх* - от действия к его осознанию. Также *слева-направо*, что означает ориентацию на будущее время, от мужского к женскому; *сверху-вниз* - об образа к действию (Киселева, 2007). Из риса.Е.7 видно, что в позднем возрасте время понимается через образ *дороги*. Дорога является стержневой метафорой культуры (Evans, 2013). Метафора дороги или тропы подразумевает наличие переживаний трудностей и активности в их преодоления

(Нуркова,2009). И.Л. Соломин (2007) отмечает, что изображения дороги следует понимать, как метафорическую модель жизненного пути человека. Дорога – это символ внутреннего потенциала и устремлений (Трошихина,2014). По характеру изображения дороги можно выявить собственные цели, содержания проблем и ресурсы пожилого человека. Например, изображение церкви у вдовы 79 лет (рис. Е.7) можно расценивать, как наличие эмоционального ресурса или истощения ресурсов с преобладанием чувства вины, ответственности за какую-либо проблему. Духовность и религиозность в позднем возрасте выступают как ресурсы жизнеспособности (Cohen-Mansfield et al.,2016). Женщина 78 лет, вдова, на пенсии изобразила время как дорогу, идущую к смерти, что говорит об истощении ментальных ресурсов (рис.Е.7). Вдова 67 лет на пенсии передала понимание времени через образ колеса, которое катиться вниз (рис.Е.7). Сам образ *колеса* следует понимать, как «колесо времени» или «колесо жизни». Колесо, которое катиться само по себе вниз символизирует разрушительный импульс, мешающий началу новому жизненному этапу (Трошихина,2014). Отметим, что на всех рисунках дорога изображалась длинной, что указывает на представление респондентов о длительной продолжительности своего жизненного пути. Из рис. Е.7. видно, что дороги имеют различную ширину, что говорит о восприятии своего жизненного пути, как легкого или трудного. Наличие прямой или извилистой дороги говорит о изменениях в жизненном пути, влияние на него жизненных обстоятельств. Из полученных нами рисунков (рис. Е.7) мы отметили, что основное направление движения дороги было неопределенным, т.е. наблюдается и стремление вернуться в прошлое и перенестись в будущее. Наличие образа дороги, говорит о том, что человек ощущает себя «маргиналом», выбирает позицию изоляции, избегания, отстраненности и неприятия окружающего мира (Свирепо, Туманова,2004). Основной ценностью такого человека является движение без цели, не думая о будущем (Свирепо, Туманова,2004). Однако в полученных нами рисунках наблюдались образы будущего времени, что говорит о том, что пожилой человек задумывается о собственном будущем. Часто респонденты пожилого и старческого возраста изображали время через образ *идущего поезда* (рис.Е.8). Образ *поезда* может символизировать путешествие к истинному «Я» или достижение конкретной цели в будущем. Приведем пример высказывания женщины 67 лет, замужем и работающей: «этот поезд которой мчится к понимающей старости» (Ж,63). При этом важно обращать внимание на характер движения поезда и наличие препятствий (Трошихина,2014). У вдов в позднем возрасте символ поезда может носить характер *спасательного поезда* от неопределенного будущего или негативного прошлого. Отметим также, что символ поезда и железной дороги, согласно психодинамическому подходу, указывает на осознание смерти, страх умереть (Фрейд,1989).

К *индивидуально-субъективным метафорам* времени мы отнесли образы черепахи, лодки в море, дождя, самолета, руки (время утекает сквозь пальцы), воздушного шара, свечи,

боя часов, перевернутой пирамиды, стрелок, идущих к солнцу (рис.Е.9). Образы, представленные на рис. Е.9. отображают различное субъективное течение времени и временную ориентацию человека пожилого и старческого возраста. Так символ черепахи – это мудрость и миропорядка (Трошихина,2014). Также черепаха символизирует медленное течение времени. Изображение руки с песком является воплощением неуловимого течения времени. Символы перевернутой пирамиды, свечи, шара указывают на состояние ментальных ресурсов благополучного старения. *Самолет*, летящий обратно означает сильное желание человека перенестись в обратное прошлое время. Лодка также, как и поезд символизирует путь к истинному-Я (Трошихина,2014). Таким образом субъективное невербальное семантическое поле значений времени в пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) включает преобладание *ассоциативных значений*, т.е. рисунков различных хронометров (рис. 4.11).



**Рисунок 4.11.** - Формы невербальных репрезентаций (по З.А. Киреевой) у респондентов трех возрастных групп

Наблюдаются и *сенсорно-перцептивные*: изображение времени как вектора, потока, спирали, бесконечности и сплошной, пунктирной линии. *Понятийные обобщения* в невербальных когнитивных репрезентациях времени у респондентов пожилого и старческого возраста были представлены через *метафорические образы*.

## Ресурсное значение когнитивных репрезентаций времени в позднем возрасте

Дополнительно респондентам пожилого и старческого возраста задавался вопрос: **«Считаете ли Вы представления о времени ресурсом благополучного течения старения?»**. Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди пожилого и старческого возраста ресурсным значением, данный когнитивный процесс. Большинство респондентов 55-60 (63%), 61-74 (66%) и 75-90 (61%) лет считают репрезентации о времени ресурсом благополучного старения, т.к. они позволяют понять отношение ко времени, переживания о времени собственной жизни. 37% респондентов 55-60, 34% – 61-74 лет и 39% - 75-90 лет отмечают, что репрезентации о времени – это не ресурс, а напоминание о приближающемся конце жизни, его быстром течении и о потерях.

#### 4.4. Динамика субъективной скорости течения времени в позднем возрасте

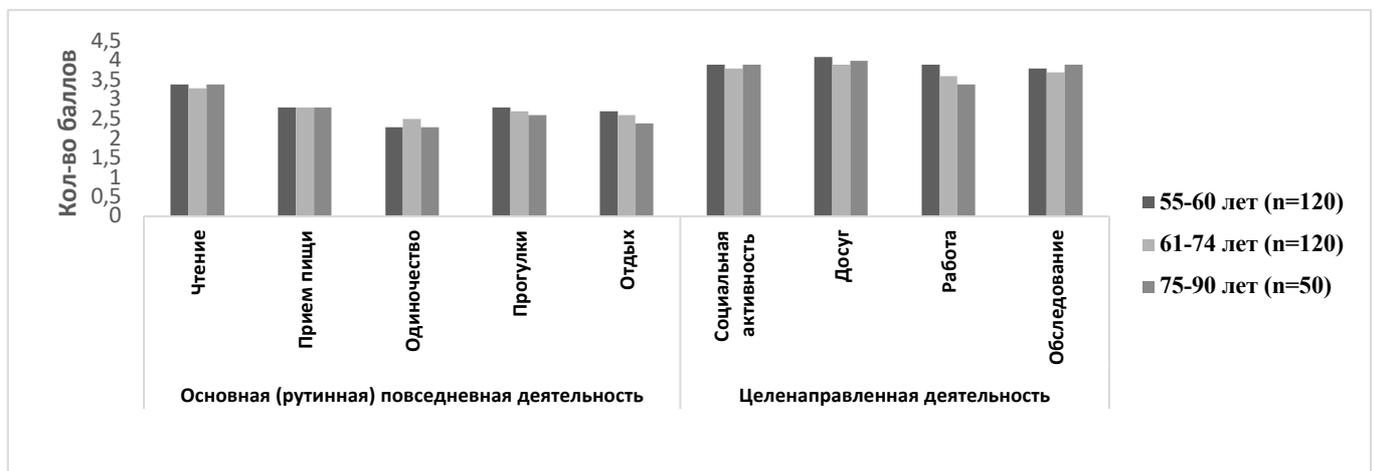
**Субъективная скорость течения времени в повседневной деятельности.** У респондентов пожилого и старческого возраста преобладает *неопределенная оценка или неравномерность* субъективного течения времени, когда ощущается, что время течет «не быстро и не медленно». Значимость различий не обнаружена (табл. 4.8).

**Таблица 4.8.** - Субъективное течение времени (по тесту осознания времени А. Соломона) у респондентов трех возрастных групп

Параметры оценки	55-60 лет (A)		61-74 лет (B)		75-90 лет (C)		Уровень значимости критерия Манна-Уитни
	N=120		N=120		N=50		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Индекс субъективного течения времени [5]	3,44	0,47	3,11	0,49	3,22	0,5	AB (p<0,406); AC (p<0,357); BC (p<0,417).
Скорость течения времени в жизни в целом [5]	4,1	0,5	3,87	0,37	3,61	0,59	AB (p<0,310); AC (p<0,369); BC (p<0,425).
Чтение [5]	3,4	0,72	3,36	0,71	3,41	0,79	AB (p<0,406); AC (p<0,357); BC (p<0,410).
Прием пищи [5]	2,8	0,91	2,85	0,92	2,84	1,02	AB (p<0,400); AC (p<0,349); BC (p<0,421).
Одиночество [5]	2,3	0,79	2,54	0,91	2,35	0,7	AB (p<0,421); AC (p<0,322); BC (p<0,431).
Социальная активность [5]	3,9	0,58	3,86	0,59	3,93	0,43	AB (p<0,416); AC (p<0,457); BC (p<0,443).
Досуг [5]	4,04	0,61	3,9	0,6	4	0,41	AB (p<0,422); AC (p<0,421); BC (p<0,400).
Работа [5]	3,92	0,81	3,56	0,84	3,41	0,71	AB (p<0,400); AC (p<0,448); BC (p<0,311).
Отдых [5]	2,78	0,86	2,67	0,81	2,41	0,7	AB (p<0,400); AC (p<0,444); BC (p<0,388).
Идут пешком [5]	2,88	0,85	2,78	0,85	2,67	1,05	AB (p<0,387); AC (p<0,363); BC (p<0,344).
Определяют время в обследовании [5]	3,82	0,55	3,78	0,69	3,96	0,46	AB (p<0,400); AC (p<0,391); BC (p<0,384).

*Примечание.* M – среднее значение. SD-стандартное отклонение. N – кол-во респондентов. В квадратных скобках указан максимальный баллы по параметрам теста. Попарное сравнение групп - A, B, C с помощью U-критерия Манна-Уитни. 1-2 балла – «очень медленно и медленно», 3 балла – «ни медленно, ни быстро», 4-5 балла – «быстро и очень быстро»

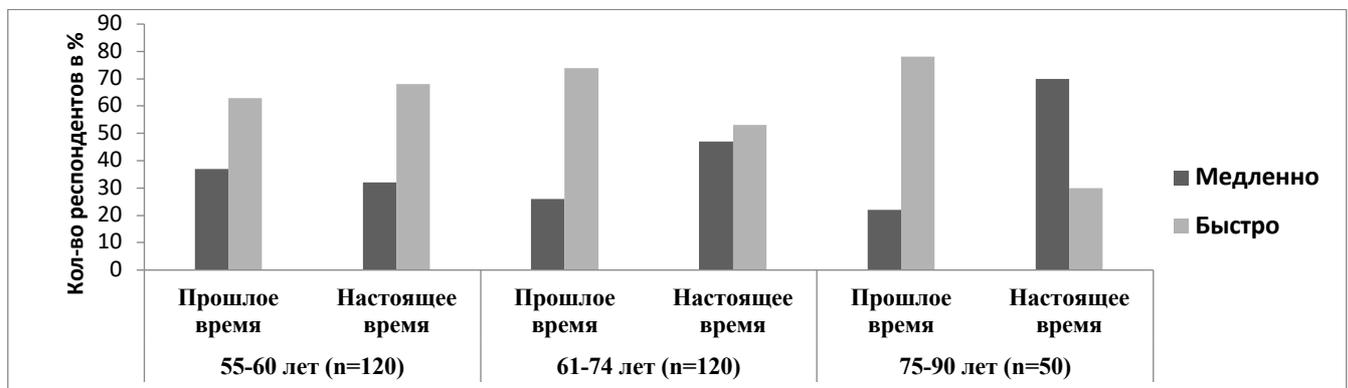
В жизни в пожилом и старческом возрасте наблюдается *быстрое* течение времени жизни. В *рутинной повседневной деятельности* в трех возрастных группах наблюдается больше *неопределенная оценка* скорости течения времени. Однако прослеживается тенденция к *медленному* течению времени в процессе приема пищи, прогулок и отдыха (рис.4.12).



**Рисунок 4.12.** - Субъективное течение времени в зависимости от типа деятельности (по тесту осознания времени А. Соломона) у респондентов трех возрастных групп. *Примечание.* 1-2 балла – «очень медленно и медленно», 3 балла – «ни медленно, ни быстро», 4-5 балла - «быстро и очень быстро»

В *одиночестве* наблюдается *медленное* течение времени. В целенаправленной деятельности у респондентов трех возрастных групп преобладает *быстрое* течение времени (Мелёхин, 2018).

**Субъективная скорость течения времени в прошлом и настоящем времени.** У респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдается *феномен «ретардации субъективного течения времени»* (Szelag, 2014) в настоящем по сравнению с течением временем в прошлом. Оценка субъективной скорости течения времени в *прошлом времени* показала, что респонденты трех возрастных групп отмечали *быстрое* течение времени (рис.4.13).

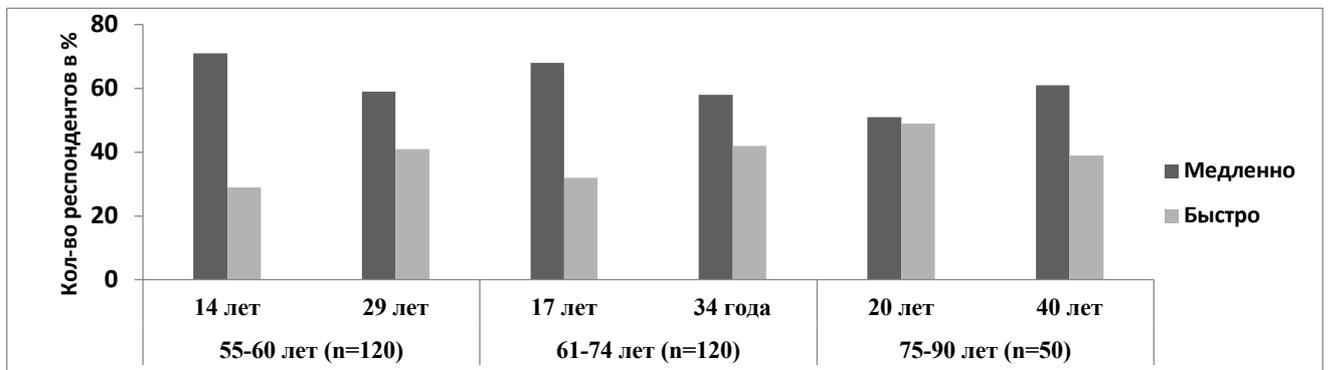


**Рисунок 4.13.** - Субъективная скорость течения времени (по тесту выбор метафор М. Валлача и Л. Грина) прошлого и настоящего времени у респондентов трех возрастных групп

– **Прошлом время.** Наличие быстрого течения времени в прошлом времени у респондентов трех возрастных групп подтверждается большим выбором *динамически-направленных метафор*: «мчащийся поезд», «бурлящий водопад» (Мелёхин, 2018). Респонденты отмечали: «Постоянно куда-то торопилась» (Ж,58); «В молодости было уйма времени впереди» (Ж,55); «Во мне и вокруг меня бурлило» (Ж,76); «Была молодой, энергичной, импульсивной» (Ж,66); «В молодости не ощущаешь границ времени» (Ж,65); «События сменяли друг друга, не давая времени на прочувствовать» (М,59); «Спешил все узнать, познавать и не останавливаться на достигнутом» (М,66); «Жила проблемами дочери» (М,68); «Несло по жизни, то не было времени на отдых» (Ж,72); «Раньше некогда было думать о времени; учеба работа семья, дети жизнь мчалась как поезд» (Ж,78); «В прошлом у меня была жизнь» (М,83). Некоторые респонденты трех возрастных групп отмечали, что в прошлом у них наблюдалось *медленное* течение времени, которое описывалось с помощью метафор: «спокойный океан», «безбрежный простор» и «тихая речка». При этом они поясняли, что «жизнь была спокойной» (Ж,57); «возможность выбора без строгих временных ограничений, и независимость» (Ж,62); «Из-за инвалидности» (Ж,76); «болезнь сына и стало меньше возможностей, желаний и их реализации» (Ж,61).

– **Настоящее время.** Большинство респондентов 55-60 лет отмечают, что для них на данный момент время течет *быстро*: «Много работы и домашних дел» (Ж,56); «смотришь на происходящее как из окна поезда» (Ж,55); «Чувствуешь себя пассажиром поезда, который очень быстро куда-то мчится, а ты не можешь не сойти, не остановить его, это не в твоих возможностях и твоей власти» (Ж,60); «Жизнь бурлит, внуки растут, еще столько нужно сделать» (Ж,59); «сейчас плавно в жизни еще больше и хочется все успеть» (Ж,57). У респондентов 61-74 лет наблюдается *неравномерность течения времени*: «тык-дык, то кочка, то колдобина» (М,61); «время идет размеренно, тихо» (Ж,66); «успокоенное время и надежды» (Ж,64); «оно неопределенное и ограничено годами жизни (М,63); «Торопиться никуда не надо, сил осталось мало, да и здоровье не позволяет спешить» (М,73); «Монотонная жизнь пенсионера. Ощущение, что из «огня в воду» (Ж,67); «не тороплю... свое оставшееся время жизни» (Ж,62). В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдается тенденция к *замедленному течению*: «время крадет остатки моей жизни» (Ж,76); «не нужно никуда спешить» (Ж,81); «В настоящее время я никому не нужен» (М,76); «Торопиться мне никуда не нужно... сил осталось мало, да и здоровье не позволяет спешить» (Ж,73); «Больная, дряхлая... старая женщина» (Ж,87); «из-за болячек» (Ж,81). Однако 30% (15) респондентов старческого возраста отмечают, что в настоящем времени время течет *быстро*: «Не успеваю за временем работы и дел много, сил мало» (Ж,77); «этот ритм крадет мое время (Ж,75).

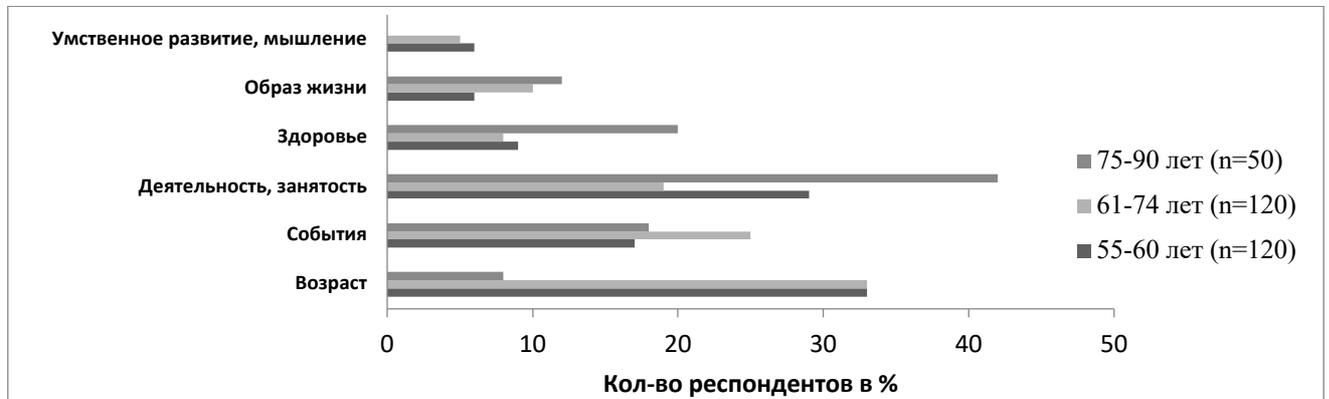
**Оценка субъективной скорости течения времени в разные возрастные периоды** показала, что, 93% (111) респондентов 55-60 лет, 91% (109) - 61-74 лет и 89% (44) 75-90 лет считают, что в разных возрастах время течет *неопределенно* – «то быстро, то медленно». У респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) наблюдается *феномен «акселерации субъективного течения времени»* на данный момент, в отличие от различных возрастных периодов своей жизни. Когда респондентам 55-60 и 61-74 лет было от 14 до 20 лет, течение времени воспринималось ими *медленным*, по сравнению с тем, как оно течет на данный момент (рис. 4.14).



**Рисунок 4.14.** - Субъективная скорость течения времени (по тесту оценки восприятия скорости течения времени Р. Лимлича) в разные возрастные периоды у респондентов трех возрастных групп

Из рис. 4.14. видно, что 29% (34) респондентов 55-60 лет, 32% (38) - 61-74 лет отмечали, что с 14 до 20 лет субъективно наблюдалось *быстрое* течение времени. В старческом возрасте

субъективное течение времени в ранней юности носит *неопределенный характер*. Когда респондентам трех возрастных групп было от 29 до 40 лет у них наблюдалось *медленное* течение времени по сравнению с тем, как оно течет на данный момент (Мелёхин,2018). Большинство респондентов пожилого возраста считают, что различия в субъективном течении времени в разных возрастах связаны с *возрастом* (рис. 4.15), что согласуется *гипотезе Р. Лимлича* о том, что продолжительность временного интервала между событиями воспринимается человеком позднего возраста относительно его *собственного возраста* (Lemlich,1975). Респонденты отмечали, что «после 30 лет время течет быстро, потому что не хочется стареть» (Ж, 55); «с возрастом начинаешь остро ощущать конечность и необратимости времени. В молодости – нет» (Ж,57); «С возрастом больше проблем» (М,63); «В молодости не замечаешь и не ценишь время» (Ж,65); «Детство, юность – хочется побыстрее повзрослеть... в зрелом возрасте остановить, продлить» (Ж,73).



**Рисунок 4.15.** - Субъективные причины неодинакового течения времени в разных возрастах у респондентов трех возрастных групп

Различия также связаны с степенью *занятости*: «от деятельности, чем больше нагружен работой и заботами, тем быстрее идет время» (М,61); «с возрастом меняется занятость» (Ж,67). Событиями: «чем больше событий, тем быстрее течет время» (Ж,61); «с событиями, которые происходят» (М,69). *Здоровьем и образом жизни*: «в старости, если болен, то время течет медленно и тупо» (М,78); «с физическим состоянием человека» (Ж,81); «с жизненной позицией» (Ж, 79).

## Корреляционный анализ

- **Уровень образования** вносит вклад в изменения субъективной скорости течения времени в 55-60 лет ( $r=0,311$ ,  $p<0,01$ ), 61-74 лет ( $r=0,357$ ,  $p<0,01$ ) и 75-90 лет ( $r=0,364$ ,  $p<0,01$ ). Наблюдалось, что у респондентов с высшим и средне-специальным образованием преобладало *быстрое* течение времени.

- **Рабочий и семейный статус.** Наличие семьи сопряжено с изменениями в субъективной скорости течения времени в группах 55-60 лет ( $r=0,310$ ,  $p<0,01$ ) и 61-74 лет ( $r=0,280$ ,  $p<0,05$ ). Прослеживается, что у респондентов, находящихся в браке, наблюдается субъективная скорость течения в сторону *быстрого течения*. У тех, пожилых людей, кто потерял партнера, наблюдается *замедление* течения субъективного времени. В пожилом возрасте 55-60 лет ( $r=0,218$ ,  $p<0,05$ ) *рабочий статус* воздействует на субъективную скорость течения времени, в сторону его быстрого течения.

- **Субъективный возраст.** Показано, что при оценке субъективного возраста «старше» хронологического наблюдается медленное течение времени, те респонденты кто оценивает «идентично» отмечают неопределенное течение времени. При наличии оценки субъективного возраста «моложе» хронологического возраста наблюдается *быстрое* течение времени. У респондентов трех возрастных групп, субъективный возраст которых «моложе» хронологического, наблюдается большее количество значимых положительных связей между субъективной скоростью течения времени и компонентами субъективного возраста. Из-за малого количества респондентов в трех возрастных группах (4-9 человек) из анализа были исключены те, кто *завышает* свой субъективный возраст. В группе респондентов 75-90 лет также из-за малого количества участников (8 человек) была исключена подгруппа «идентично» хронологическому возрасту оценивающих свой субъективный возраст. Показано, что в группах 55-60 и 61-74 лет в подгруппе респондентов, оценивающих свой субъективный возраст «идентично» хронологическому возрасту ( $r=-0,210$ ;  $r=-0,227$ ,  $p<0,05$ ) и *занижающие* его ( $r=-0,231$ ;  $r=-0,263$ ,  $p <0,05$ ;) наблюдается положительная сопряженность социального возраста (оценка поведения и действий) с *субъективной скоростью течения времени* в сторону неопределенного и быстрого течения. В старческом возрасте (75-90 лет) при оценке своего субъективного возраста «моложе» ( $r=-0,251$ ,  $p<0,05$ ) наблюдается сопряженность оценки субъективного биологического возраста (оценка своей внешности) с субъективной скоростью течения времени в сторону *быстрого течения*.

- **Полиморбидность.** У респондентов 75-90 лет наличие изменений в состоянии здоровья (полиморбидном статусе) сопряжено с субъективной скоростью течения времени ( $r=-0,163$ , при  $p\leq 0,05$ ).

- **Когнитивное функционирование.** У респондентов 75-90 лет наличие изменений в когнитивном статусе положительно связано с субъективной скоростью течения времени ( $r=-0,125$ , при  $p\leq 0,05$ ).

- **Эмоциональное состояние.** Наличие *симптомов депрессии* в пожилом и старческом возрасте сопровождается *замедлением* течения времени (таблица Ж.1). *Субъективное чувство одиночества* отрицательно сопряжено с субъективной скоростью течения времени в пожилом (61-74 лет) и старческом возрасте (75-90 лет), что говорит про

*замедление течения времени.* В старческом возрасте (75-90) все изменения в здоровье вносят вклад в изменение субъективной скорости течения времени.

- **Удовлетворенность качеством жизни.** В пожилом и старческом возрасте наличие изменения в субъективной скорости течения времени отрицательно сопряжено с удовлетворенностью качеством жизни и различными его компонентами (таблица Ж.2). Показана отрицательная связь субъективной скорости течения времени у респондентов 61-74 и 75-90 лет с такими компонентами качества жизни как удовлетворенность *социальными отношениями*, т.е. наличием доверительных лиц, социальной поддержки и сексуальной активностью. В пожилом возрасте (55-60 лет) субъективное течение времени сопряжено с *психологическим здоровьем*, т.е. с восприятием старения, отношением к изменениям во внешнем виде, наличием симптомов депрессии и тревоги, изменений со стороны памяти и концентрации внимания. В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдается отрицательная связь изменений субъективного течения времени с удовлетворенностью *физическим здоровьем*, т.е. с активностью в повседневной деятельности, мобильностью, работоспособностью, состоянием дискомфорта, болевыми симптомами, качеством сна и отдыха (таблица Ж.2).

## Биопсихосоциальные предикторы субъективного течения времени

Из таблицы 4.9 видно, что в трех возрастных группах наблюдаются общие социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность КЖ) предикторы субъективной скорости течения времени (Мелёхин, 2018).

**Таблица 4.9.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи компонентов комплексной гериатрической оценки состояния здоровья и субъективного течения времени (по тесту осознания времени А. Соломона) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Субъективное течение времени (по тесту осознания времени А. Соломона)	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,511	0,621	0,683
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	15,323**	16,800**	16,810**
	Уровень образования	0,229*	0,232*	0,210*
	Семейное положение	0,240*	0,225*	-
	Рабочий статус	0,247*	0,230*	-
	Симптомы депрессии	-0,292*	-0,248*	-0,375**
	Субъективное чувство одиночества	-0,223*	-0,219*	-0,267*
	Удовлетворенность качеством жизни	-0,173*	-0,181*	-0,116*
	Индекс полиморбидности	-	-	-0,176*
	Когнитивное функционирование	-	-	0,104*
	Субъективный возраст	-	-0,211*	-0,192*

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения семейном и рабочем статусе выступают предикторами субъективного течения времени. Если у респондентов 55-60 лет 4 факторов определяют субъективную скорость течения времени, то в группе 61-74 лет – 5, добавляется – субъективный возраст. В старческом возрасте (75-90) было выделено тоже 7 факторов среди которых социо-демографические, психологические (добавляется когнитивное функционирование) и медицинские (полиморбидность).

### **Ресурсное значение субъективной скорости течения времени в позднем возрасте**

Дополнительно респондентам пожилого и старческого возраста задавался вопрос: *«Считаете ли Вы восприятие скорости течения времени ресурсом благополучного старения?»*. Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди пожилого и старческого возраста ресурсным значением данный психических процесс. Большинство респондентов 55-60 (73%), 61-74 (79%) и 75-90 (62%) лет субъективную скорость течения времени ресурсом благополучного старения, т.к. они позволяют скорректировать цели жизни, успевать и стремиться развиваться в ногу со временем. 27% респондентов 55-60, 21% – 61-74 лет и 38% - 75-90 лет отмечают, что субъективная скорость течения времени – это не ресурс, а травма, стресс, давление на образ жизни.

## **4.5. Особенности временной перспективы в пожилом и старческом возрасте**

### **4.5.1. Когнитивный компонент временной перспективы**

#### **Связанность временных зон в позднем возрасте**

Наблюдаются темпоральная ригидность, проявляющаяся в сниженной связанности временных зон между собой. Это говорит о отсутствии стабилизации в осознании своего «Я» во времени. Присутствии прерывистой взаимосвязи между прошлым, настоящим и будущим в позднем возрасте (табл.4.10).

**Таблица 4.10.** - Степень связанности временных зон (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Параметры оценки	55-60 лет (А)		61-74 лет (В)		75-90 лет (С)		Уровень значимости критерия Манна-Уитни
	n=120		n=120		n=50		
	М	SD	М	SD	М	SD	
Индекс степени связанности временных зон [18]	4,06	3,52	2,88	2,47	2,56	3,25	AB**, AC**, BC**.
Связь <i>прошлого</i> и <i>настоящего времени</i> [6]	3,1	1,23	4,4	1,5	2,84	1,67	AB*, BC*.

*Примечание.* М – среднее значение. SD-стандартное отклонение. В квадратных скобках указан максимальный балл по параметрам теста. \*\* -  $p < 0,01$ , \* -  $p < 0,05$  при попарном сравнении групп А, В, С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Отсутствие временной непрерывности, связанности временных зон является индикатором *пограничной личностной организации*, которая в условиях неопределенности приводит к сниженной способности справляться с *субъективной неопределенностью* (Соколова, 2015).

У респондентов 61-74 лет наблюдается большая преобладанность *прошлого* и *настоящего* времени, по сравнению с группами 55-60 и 75-90 лет. Это говорит о большей интеграции прошлого опыта как *ресурса* или *деструктивного фактора* в настоящее, в зависимости от эмоциональной оценки прошлого времени. У большинства респондентов наблюдается преобладание *дискретной временной перспективы*, для которой характерно неопределенность в доминирующей временной зоне или одновременная значимость прошлого, настоящего и будущего времени, однако при этом не прослеживается связанность этих временных зон (табл.4.11). Эти три несвязанные временных зоны формируют у человека позднего возраста прерывистую цепь жизни, что говорит о наличии неопределенности «Я» перед лицом настоящего и будущего (Соколова, 2015).

**Таблица 4.11.** - Отношение ко времени (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Виды отношения ко времени	Примеры изображений	55-60 лет (n=120)	61-74 лет (n=120)	75-90 лет (n=50)
		(%/абс.)		
Несвязанные временные зоны. Дискретная ВП.		38(46)	46(55)	54(27)
Непрерывные временные зоны		17(21)	12(14)	16(8)
Линейно-непрерывно связанные временные зоны		22(27)	9(11)	2(1)
Интегрированные временные зоны		5(6)	6(7)	10(5)
Связанное прошлое и настоящее время		7(9)	16(19)	10(5)
Связанное настоящее и будущее время		4(5)	2(3)	1(1)
Связанное прошлое и будущее время		1(1)	1(1)	0
Двойное будущее время		2(2)	3(4)	0

Отсутствие будущего времени	П	Н	Б	Б	Х	!	?	·	2(3)	5(6)	6(3)
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	------	------	------

*Примечание.* ВП – временная перспектива, П – прошлое время, Н – настоящее время, Б – будущее время, Б1 – «реальное» будущее, Б2 – «желаемое» будущее

У респондентов 55-60 лет прослеживается большая интеграция временных зон между собой, при которой прошлое, настоящее и будущее *непрерывны*, но не связаны между собой. Мы отметили наличие негативных мыслей, связанных с отрицательным прошлым, защитной обеспокоенностью за будущее с преобладанием игнорирования мыслей о будущем, тенденцией избегать тем, связанных с будущим. У пожилого человека появляются негативные мысли о том, что он не может контролировать будущее и с максимальной уверенностью планировать свою деятельность в нем. Появляется страх роста обязательств в будущем, с которыми по убеждениям пожилого человека, он не сможет справиться. Отметим, некоторые символические тенденции в изображении круга будущего времени респондентами трех возрастных групп:

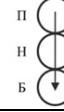
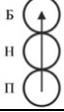
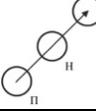
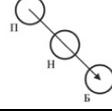
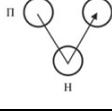
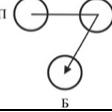
- *Круг из пунктирных линий.* Например, «будущее для меня туманное» (Ж, 67<sup>5</sup>);
- *Жирный крест.* Например, «крест поставила, потому что вижу, как я умерла...» (Ж,64);
- *Жирная точка.* Например, «для меня будущее – это черное неизвестное пятно в моей жизни» (Ж,67);
- *Знак вопроса или восклицательный знак.* Например, «в будущем болезнь, наверное, болезнь, но, честно, я его не вижу и не хочу думать о том, что там будет» (Ж,63).
- *Феномен «двойного будущего».* Заключается в том, что респонденты пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) изображали будущее время с помощью двух кругов. Первый круг они называли как «Желаемое будущее», т.е., каким хотели бы они видеть его респонденты. Второй круг называли как «Реальное будущее», как они реально видят его на основе актуальной жизненной ситуации. Наличие феномена «двойного будущего» (табл.4) в позднем возрасте мы рассматриваем как: *индикатор осознание возрастных изменений* (Brothers, Gabrian, 2016); *неопределенную перспективу будущего времени* (Laureiro-Martinez,2017); *форму первичного контроля* направлена чтобы спрогнозировать те или иные последствия в их жизненном контексте (Schultz, Heckhausen, 1996); *открытая временная перспектива будущего* (Carstensen, 2006); *проявление «Возможных-Я»* (Василевская, Молчанова,2016); наличие оптимистичного сценария будущего в пожилом возрасте, как «буфер от стрессов» или *диспозиционный оптимизм* (dispositional optimism) против негативных установок о старости и старения (Gabrian, Dutt,2017). У респондентов наблюдались дисфункционального убеждения: «у стариков не может быть будущего».

<sup>5</sup> *Примечание.* Пол: ж – женский; м – мужской; далее – хронологический возраст

## Векторы жизненного пути в позднем возрасте

У большинства респондентов преобладал *четвертый тип* вектора жизненного пути (табл. 4.12). Для таких людей характерна высокая ценность *функциональной автономии*, стремление действовать самостоятельно, желание жить в соответствии со своей системой ценностей, идеями, удовлетворять свои индивидуальные потребности.

**Таблица 4.12.** - Типы векторов жизни (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Группы	Векторы жизненного пути (по А.А. Гудзовской)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
								
(%/абс.)								
55-60 лет	5(6)	7(9)	4(5)	57(69)	2(2)	8(10)	6(7)	10(12)
61-74 лет	4(5)	15(18)	2(2)	56(67)	1(1)	7(9)	2(2)	13(16)
75-90 лет	4(2)	10(5)	0	72(36)	0	6(3)	4(2)	4(2)

*Примечание.* П – прошлое время, Н – настоящее время, Б – будущее время.

Из таблицы 4.12 видно, что в позднем возрасте встречается второй и шестой типы, для которых характерны следующие особенности: пессимизм в отношении прогноза собственного старения, преобладание пассивных копинг-стратегий, повышенное внимание к финансовой безопасности и престижу. Для *седьмого типа*, который встречается у респондентов 55-60 лет характерны: ригидность, зависимость и повышенная доверчивость. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) наблюдается *восьмой тип* вектора жизненного пути, для которого свойственны активные копинг-стратегии совладания со стрессом, высокий интерес к самореализации, удовлетворенность качеством жизни, стремление к руководству действиями других людей.

## Корреляционный анализ

- **Уровень образования.** В способность формировать непрерывную интеграцию трех временных зон, когда прошлый опыт рассматривается как создающий смысл для настоящего и нынешний опыт, и поведения влияют на будущее вносит вклад уровень образования в 55-60 лет ( $r=0,310$ ,  $p<0,01$ ), 61-74 лет ( $r=0,235$ ,  $p<0,05$ ) и 75-90 лет ( $r=0,217$ ,  $p<0,05$ ). Отмечено, что при наличии высшего и средне-специального образования интеграция временных зон выше.

- **Рабочий и семейный статус.** Наличие партнера в группах 55-60 лет ( $r=0,342$ ,  $p<0,01$ ) и 61-74 лет ( $r=0,236$ ,  $p<0,05$ ) сопряжен с большей связанностью временных зон.

Показано, что *рабочий статус* ( $r=0,323$ ,  $p<0,01$ ;  $r=0,425$ ,  $p<0,01$ ) вносит вклад в интеграцию временных зон в пожилом возрасте (55-60 лет и 61-74 лет). У тех пожилых респондентов, которые работают, социально активны наблюдается большая связанность временных зон.

- **Субъективный возраст.** Наблюдаются многочисленные связи между компонентами субъективного возраста и степенью связанности трех временных зон в пожилом возрасте 55-60 и 61-74 лет, что говорит о связи компонентов возрастной идентичности и степени с взаимосвязью трех временных зон (таблица Ж.5 и Ж.6). В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдаются многочисленные связи между субъективным возрастом в сторону занижения ( $r=0,379$ ,  $p<0,01$ ), биологическим ( $r=0,274$ ,  $p<0,05$ ), эмоциональным ( $r=0,390$ ,  $p<0,01$ ) и социальным ( $r=0,211$ ,  $p<0,05$ ) возрастными и связью временных зон.

- **Состояние здоровья.** Наличие полиморбидности вносит вклад ( $r=-0,163$ , при  $p\leq 0,05$ ). в степень связанности прошлого, настоящего и будущего времени в старческом возрасте (75-90 лет).

- **Когнитивное функционирование.** У респондентов 75-90 лет наличие изменений в когнитивном статусе положительно связано с интеграцией временных зон ( $r=-0,151$ , при  $p\leq 0,05$ ).

- **Эмоциональное состояние.** Изменения в эмоциональной сфере в позднем возрасте вносят вклад в степень связанности временных зон (таблица Ж.3). Наличие *симптомов депрессии* в пожилом и старческом возрасте отрицательно сопряжено с расслоением «Я» во времени. У респондентов 61-74 и 75-90 лет субъективное чувство одиночества влияет на интегрированность временных зон.

- **Удовлетворенность качеством жизни.** В пожилом и старческом возрасте большинство компонентов, обеспечивающих удовлетворенность качеством жизни сопряжено со связанностью трех временных зон (таблица Ж.4). *Удовлетворенность качеством жизни* и *состояние психологического здоровья* сопряжены с индивидуальной моделью связанности временных зон. В старческом возрасте (75-90 лет) все структурные компоненты качества жизни вносят положительный вклад в временную взаимосвязанность прошлого, настоящего и будущего (таблица Ж.4).

## Биопсихосоциальные предикторы степени связанности временных зон

Из таблицы 4.13 видно, что в трех возрастных группах наблюдаются общие социодемографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство

одиночества, удовлетворенность КЖ, субъективный возраст) предикторы степени связанности прошлого, настоящего и будущего времени.

**Таблица 4.13.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи гериатрического статуса и степени связанности временных зон (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Степень связанности временных зон (по круговому тесту Т. Коттла)	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,553	0,610	0,615
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	15,011**	16,721**	16,826**
	Уровень образования	0,211*	0,219*	0,210*
	Семейное положение	0,249*	0,225*	-
	Рабочий статус	0,247*	0,265*	-
	Симптомы депрессии	-0,374**	-0,420**	-0,432**
	Субъективное чувство одиночества	-0,310*	-0,349*	-0,310*
	Удовлетворенность качеством жизни	0,325*	0,371**	0,323*
	Полиморбидный статус	-	-	-0,186*
	Когнитивное функционирование	-	-	-0,179*
	Субъективный возраст	-0,281*	-0,277*	-0,245*

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном и рабочем статусе выступают предикторами степени связанности индивидуального прошлого, настоящего и будущего времени. В отличие от респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) в старческом возрасте к вышеперечисленным факторам, влияющим на степень связанности временных зон, добавляется *психологический* (когнитивного функционирование) и *медицинский* (полиморбидность).

#### 4.5.2. Эмоциональный компонент временной перспективы

##### Общая специфика временной направленности в пожилом и старческом возрасте

Преобладание временной перспективы, ориентированной на будущее или ориентации на будущее, снижается у респондентов старческого (75-90 лет), по сравнению с пожилым (55-60 и 61-74 лет) возрастом (табл.4.14).

**Таблица 4.14.** - Общая временная направленность (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Параметры оценки	55-60 лет (А)	61-74 лет (В)	75-90 лет (С)	Уровень значимости критерия Манна-Уитни
	n=120	n=120	n=50	
Доминантность <b>прошлого</b> [4]	3,4	3,52	3,8	-
Доминантность <b>настоящего</b> [4]	3,13	2,96	2,85	-
Доминантность <b>будущего</b> [4]	3,38	3,17	2,09	АС*, ВС*

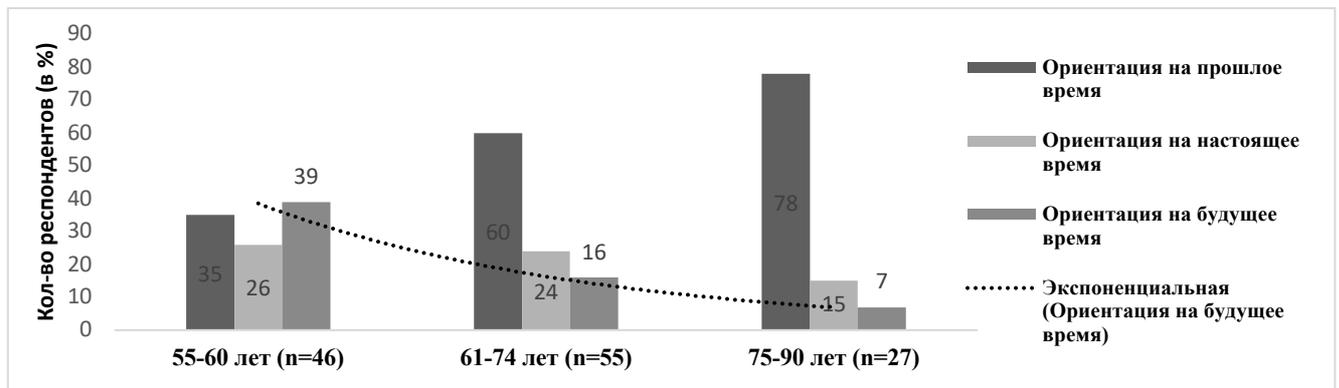
Примечание. М – среднее значение. SD-стандартное отклонение. В квадратных скобках указан максимальный балл по параметрам теста. \*\* - p < 0,01, \* - p < 0,05 при попарном сравнении групп- А, В, С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

У респондентов 55-60 лет наблюдается *неопределенная временная ориентации*, при которой имеет тенденция и к ориентации на прошлое и на будущее время, игнорированием настоящего (табл. 4.15).

**Таблица 4.15.** - Временная направленность (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Виды временной направленности		Примеры изображений	55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
			(n=120)	(n=120)	(n=50)
			(%/абс.)		
Неопределенная временная ориентация		⊙ П ⊙ Н ⊙ Б	16(19)	7(8)	8(4)
Ориентация на <b>прошлое</b>		⊙ П ⊙ Н ⊙ Б	26(31)	56(67)	60(30)
Ориентация на <b>настоящее</b>		⊙ П ⊙ Н ⊙ Б	14(17)	12(14)	14(7)
Ориентация на <b>будущее</b>		⊙ П ⊙ Н ⊙ Б	29(35)	8(10)	6(3)
Двойная ориентация	Ориентация на <b>прошлое и настоящее</b>	⊙ П ⊙ Н ⊙ Б	6(7)	13(16)	10(5)
	Ориентация на <b>настоящее и будущее</b>	⊙ П ⊙ Н ⊙ Б	6(8)	4(5)	2(1)
	Ориентация на <b>прошлое и будущее</b>	⊙ П ⊙ Н ⊙ Б	2(3)	0	0

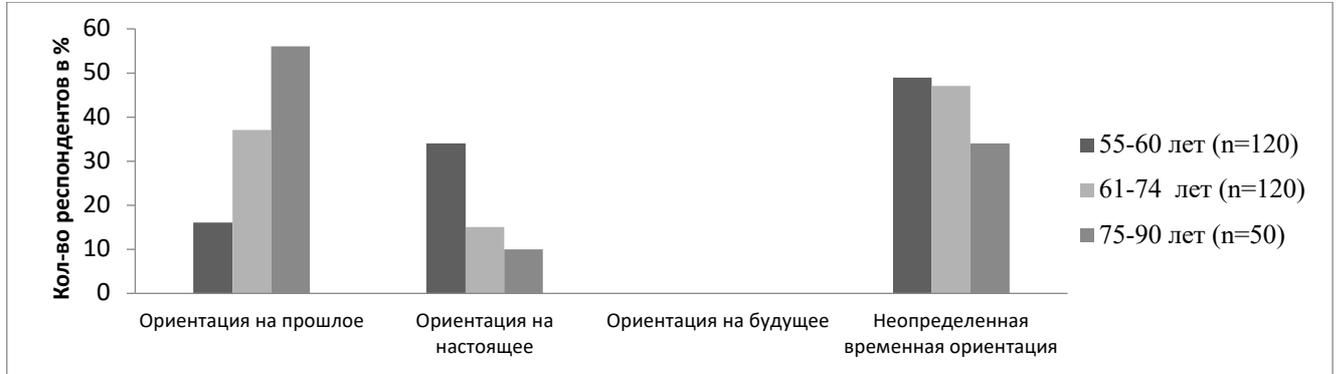
У респондентов 61-74 и 75-90 лет преобладает *ориентация на прошлое время*. В этих возрастных группах отношение к прошлому выступает основой субъективных переживаний за счет того, что настоящее и будущее менее конструктивны, чем прошлые годы. Присутствует *двойная временная направленность* на *прошлое* и *настоящее* время. Наблюдается тенденция к снижению ориентации на будущее время. В связи с тем, что у большинства респондентов трех возрастных наблюдается преобладание дискретной временной перспективы, при которой не прослеживается связанность этих временных зон, нами был проведен анализ временной ориентации при данной временной перспективе (рис.4.16).



**Рисунок 4.16.** - Временная ориентация при *дискретной временной перспективе* (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных группы

При отсутствии преимущества между временными зонами у респондентов 55-60 лет наблюдается *неопределенная временная направленность* с преобладанием ориентации на будущее время. Отмечали, что хотели в будущем хотели бы «узнать судьбу детей» (Ж,55),

«внуков» (Ж,57), «взглянуть на себя со стороны» (М,59). У респондентов 61-74 лет и 75-90 лет доминантной временной зоной является *прошлое время*. Отметим, тенденцию к снижению ориентации на будущее время. У респондентов пожилого возраста по результатам *теста временной ориентации К. Муздыбаева* наблюдалась *неопределенная временная ориентация* (рис.4.17).



**Рисунок 4.17.** - Временная направленность (по тесту временной ориентации К. Муздыбаева) у респондентов трех возрастных групп

У всех респондентов отсутствует ориентация на будущее, что говорит о признании того, что *будущее не определено, непредсказуемо*. В пожилом возрасте (55-60 лет) наблюдается *стремление остаться в настоящем времени*, однако наряду с этим отмечается желание *перенестись в прошлое*. Наблюдается тенденция к снижению *желания оставаться в настоящем* в группе старческого возраста по сравнению с группой пожилых людей (55-60 лет). Те респонденты пожилого и старческого возраста, которые говорили, что хотят остаться *в настоящем* отмечали: «У меня есть дочь, внучка и зять» (Ж,64); «Потому что на сегодняшний день я хозяин своей жизни и всех действий и решений. И я очень нужен своим детям» (М,66); «сейчас время интереснее» (Ж,61); «я - атеист» (М,67); «другого не дано» (Ж,79); «я в него вписался» (М,56); «оно мне нравится» (Ж,59); «стал более зрелым, а это накопленный опыт» (М,59); «у меня получилось почти все что я хотела, и я этим довольна» (Ж,65).

При ориентации людей пожилого и старческого возраста на *прошлое время* они часто применяли механизм временного сравнения с настоящим, что усиливало ориентацию на сожаления: «больше времени бы уделила воспитанию дочери, ее гармоничному развитию» (Ж,56); «я не соответствую, да и не хочу современным бешеным ритмам современной жизни» (Ж,55); «Просто бы сблизилась бы со многими людьми. Постаралась бы быть меркантильнее, хитрее, но это навряд ли получилось» (Ж,57); «в прошлом можно больше прожить» (М,61); «хотела бы в прошлое с возможностью применять ныне накопленные опыт и знания, чтобы скорректировать свои ошибки» (Ж,56); «опять встретить любимую супругу» (М,67); «заново переживать приятные моменты» (Ж,68); «не допустила бы прежних ошибок» (Ж,71); «чтобы был жив муж и получились дети» (Ж,76); «там жили, а не существовали» (М,81); «там

молодость, здоровье, любовь, маленькие послушные дети, были живы мне близкие люди, друзья» (Ж,72).

### Качественный возрастно-специфический анализ временной направленности

Большинству респондентов пожилого и старческого возраста свойственно *крупное изображение временных зон* (по тесту Т. Коттла), что говорит о жизни для человека позднего возраста воспринимается «объемной», значимой, актуальным является отношение к ее периодам (табл. 4.16).

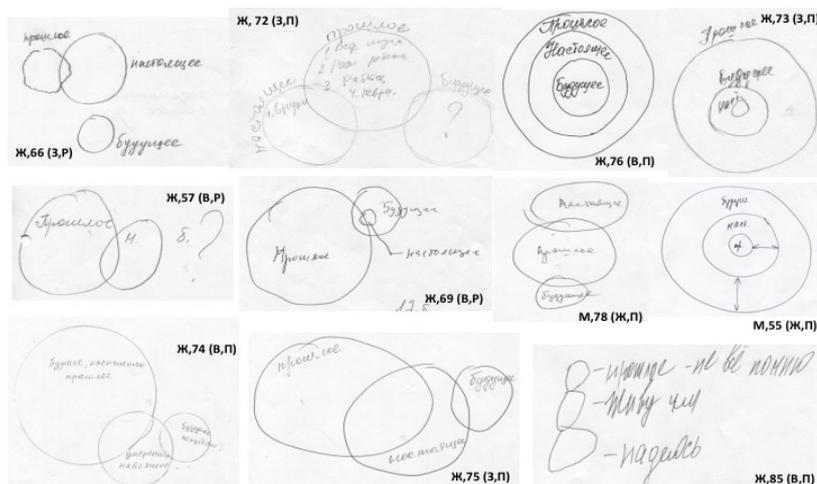
**Таблица 4.16.** - Качественный анализ временной направленности (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Критерии анализа		55-60 лет (n=120)	61-74 лет (n=120)	75-90 лет (n=50)	
		(%/абс.)	(%/абс.)	(%/абс.)	
Размер рисунка	Крупный рисунок	96(115)	90(108)	86(43)	
	Маленький рисунок	4(5)	10(12)	14(7)	
Расположение на листе	ПВ	Левая часть листа	79(95)	78(94)	86(43)
		Центр листа	21(25)	22(26)	14(7)
		Правая часть листа	5(6)	2(3)	4(2)
	НВ	Левая часть листа	33(40)	37(44)	46(23)
		Центр листа	62(74)	61(73)	50(25)
		Правая часть листа	5(6)	2(3)	4(2)
	БВ	Левая часть листа	8(10)	14(17)	10(5)
		Центр листа	54(65)	48(58)	44(22)
		Правая часть листа	37(45)	37(45)	42(21)

Примечание. ПВ – прошлое время, НВ – настоящее время, БВ – будущее время.

У некоторых части респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдается *мелкое изображение временных зон*, что свидетельствует о сниженных внешних и внутренних ресурсах, социальном интересе, ощущении ненужности обществу и значимым другим людям, поиск своей полезности другим людям.

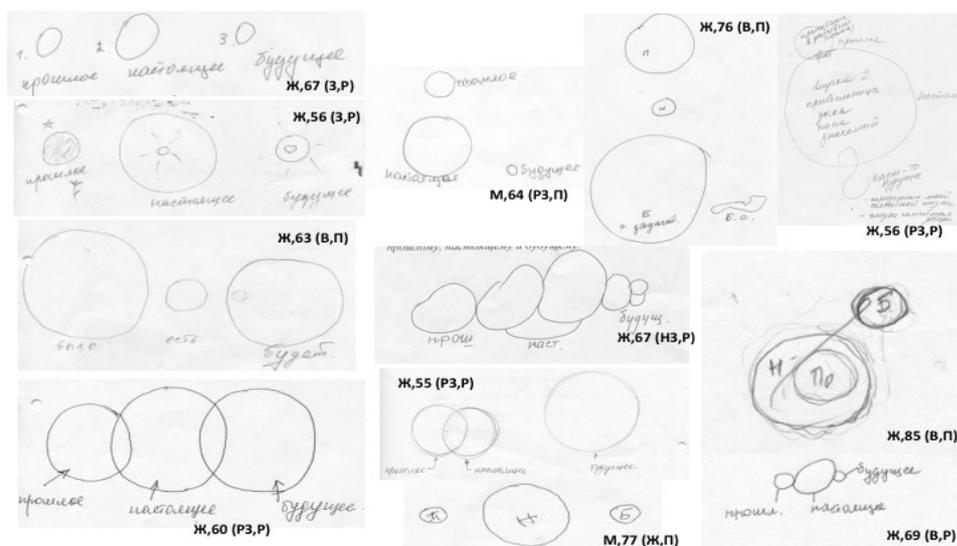
– **Прошлое время.** Большая часть респондентов трех возрастных групп располагала прошлое в левой части листа, что говорит о наличии психологического прошлого времени как ресурса. Часть респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) изображали прошлое время в центре листа, что является индикатором сниженного социального интереса с тенденцией к когнитивному обитанию в прошлом времени. Отметим, что респонденты пожилого и старческого чаще предпочитали рисовать *большим кругом* своего прошлого времени (рис. 4.18), что говорит об ориентации на собственное прошлое.



**Рисунок 4.18.** - Изображения *прошлого времени* (по круговому тесту Т. Котгла) респондентами трех возрастных групп. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст. З – замужем, В – вдова/вдовец, Р – работает, П – на пенсии

Респонденты трех возрастных групп иногда изображали *прошлое время маленьким кругом*, что говорит о наличии его негативной оценки и травматических переживаний. Например, «было много неприятностей» (Ж, 55); «умер муж» (Ж, 67); «удары судьбы» (Ж, 78); «не помню это время» (Ж,81). Некоторые респонденты рисовали свое *прошлое время волнистым кругом*, что можно отнести к неопределенному отношению. Например, «оно и хорошее, и плохое (Ж, 55).

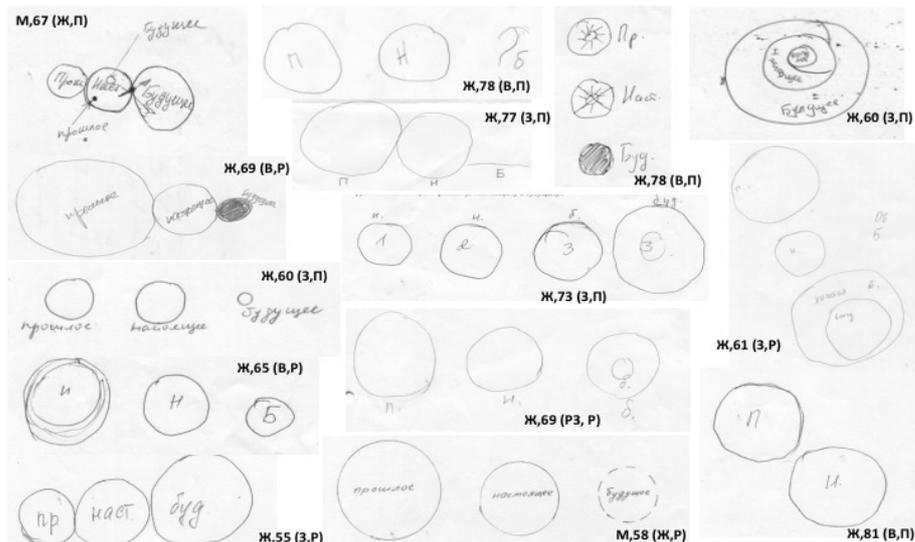
– **Настоящее время.** Большинство респондентов трех возрастных групп изображали собственное настоящее *в центре листа*. Наряду с этим прослеживается тенденция к смещению круга настоящего времени в *левую часть листа*, относя его больше *прошлому*, чем к актуально переживаемому моменту жизни (табл.4.16). Лишь 22% респондентов 55-60 лет, 32%- 61-74 лет и 18% - 75-90 лет предпочитали изображать *большим кругом настоящее время* (рис.4.19). Например, «сейчас есть навыки и интересы» (Ж, 55); «в отличие от прошлого настоящее играет огромную роль в моей жизни» (Ж,67); «в нем есть все: семья и ребенок» (Ж, 61).



**Рисунок 4.19.** - Изображение *настоящего времени* (по круговому тесту Т. Коттла) респондентами трех возрастных групп. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст. З – замужем, В – вдова/вдовец, РЗ – разведен(а), НЗ – не замужем, Р – работает, П – на пенсии

В большинстве случаев респонденты пожилого и старческого возраста изображали *настоящее время* маленьким кругом (рис.4.19), что указывает на меньшую социальную интегрированность, при этом, респонденты называли действия, которые они совершают каждый день. Например, «храм, бассейн, работа» (Ж,57). *Изображая свое настоящее время меньше прошлого*, респонденты отмечали, что «потеряла супруга, дети забыли меня и с каждым годом возраст дает о себе знать, становлюсь тупее» (Ж,70); «какая гадость это настоящее» (М, 68); «одна в этом настоящем» (Ж,81); «замучили болезни, которые возникли в результате наступления старости и результате нескольких операций» (Ж,86).

– **Будущее время.** Большинство респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) изображали будущее время в центре листа, в области *психологического настоящего*. Меньшая часть респондентов трех возрастных групп изображала будущее в *правой части листа*. Наблюдалось смещение будущего в *левую часть листа*, в психологическое прошлое (табл.4.16). Лишь 20% респондентов 55-60 лет, 18% - 61-74 лет и 14% - 75-90 лет предпочитали изображать *большим кругом будущее время* (рис.4.20), что говорит о наличии надежды, стремлений в будущем. Например, «еще внучка будет, буду жить для себя, муж бы был здоровым, все у всех будет хорошо» (Ж, 55); «болезни можно пережить» (М,59); «уметь расцвести, раньше я не была счастлива» (Ж,67); «я бы хотела общаться и иметь семейные отношения, мне нужен близкий человек» (Ж, 70).



**Рисунок 4.20.** - Изображение *будущего времени* (по круговому тесту Т. Коттла) респондентами трех возрастных групп. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст. З – замужем, В – вдова/вдовец, РЗ – разведен(а), Р – работает, П – на пенсии

Однако, большая часть респондентов пожилого и старческого возраста рисовали *маленький круг, символизирующий будущее время*, что говорит о неопределенном образе будущего с тенденций к его негативной оценке (рис.4.20). Согласно Л.И. Анцыферовой (2006) это может свидетельствовать о «*потере будущего*», т.е. наличии отрицательного и неконструктивного

образа будущего в позднем возрасте: «в будущем царство небесное» (Ж,57); «будущее, только мечтать о нем, главное здоровье» (Ж,70); «туманное» (М, 65); «жизнь движется к закату» (Ж,61); «я устала от жизни, мне плохо, я вижу болезнь и смерть и ощущение бесполезности» (Ж, 71); «не знаю, но, по-моему, просто смерть» (Ж,60); «пора умирать» (Ж,83).

### Профили отношения ко времени в позднем возрасте

У респондентов трех возрастных групп преобладает *гештальтистский профиль* отношения ко времени, когда время переживается как непрерывный поток. Этот профиль отражает негативную установку по отношению ко течению времени. Преобладает ориентация на прошлое время (рис.4.21).

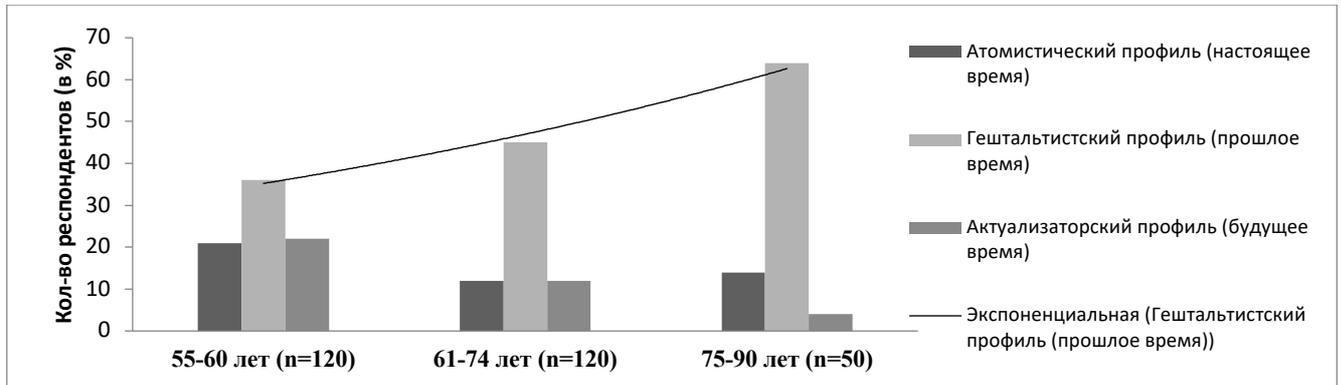
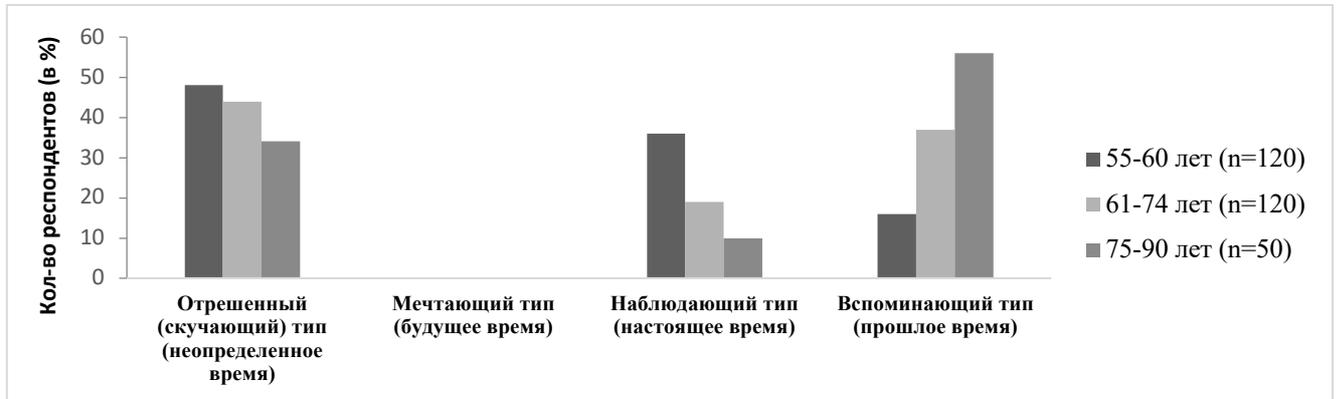


Рисунок 4.21. - Профили отношения ко времени (по круговому тесту Т. Коттлу) у респондентов трех возрастных групп

В группе респондентов 55-60 и 61-74 лет одинаково представлены *атомистический* и *актуализаторный* профили отношения ко времени. В старческом возрасте наряду с гештальтистским, наблюдается преобладание *атомистического* профиля отношения ко времени, при котором время воспринимается, как серия несвязанных моментов. Преобладает ориентация на *настоящее время*, отсутствует интеграция прошлого и будущего времени. Присутствует *негативная установка на будущее время*, но при этом адаптивное использование времени в повседневной жизни.

### Типы временной ориентации в позднем возрасте

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) преобладает *отрешенный тип временной ориентации*, при которой у пожилого человека наблюдается неопределенная временная ориентация. Такой пожилой человек пассивен, у него ригидная система межличностных отношений, большие риски развития аффективного спектра расстройств (рис.4.22).

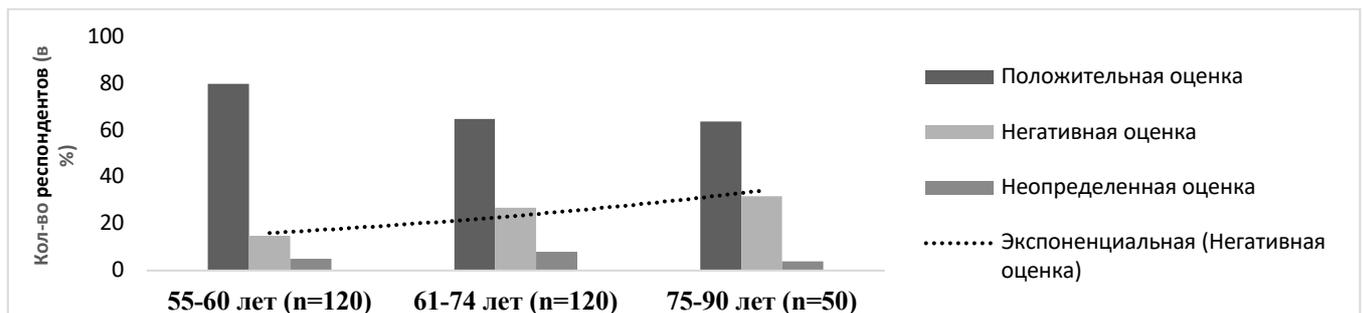


**Рисунок 4.22.** - Тип временной ориентации (по классификации Б.М. Петухова) у респондентов трех возрастных групп

У респондентов 55-60 лет преобладает *наблюдающий тип временной ориентации*, при котором наблюдается ориентация на настоящее время. Этот тип временной ориентации больше свойственен сангвиникам. Пожилой человек этого типа временной ориентации реализует свои идеи, социально активен, любознателен. Среди респондентов старческого возраста (75-90 лет) больше присутствовал *вспоминающий тип*, при котором человек больше ориентирован на прошлое. Этот тип временной ориентации больше свойственен холерикам. Люди старческого возраста с этим типом отношения ко времени чрезмерно критичны к идеям других людей, конфликтны, склонны к несдержанности эмоций.

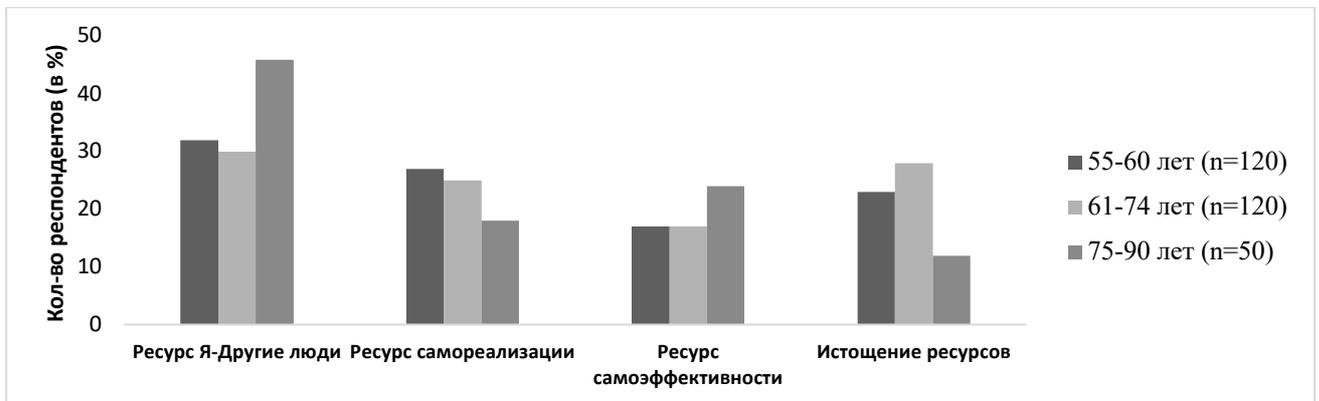
### Временная установка и концептуализация психологических временных зон в позднем возрасте

- *Прошлое время* большинство респондентов пожилого и старческого возраста оценивают *положительно* (рис. 4.23).



**Рисунок 4.23.** - Эмоциональная оценка *прошлого времени* (по методике свободное описание временных зон Л.В. Бороздиной) у респондентов трех возрастных групп

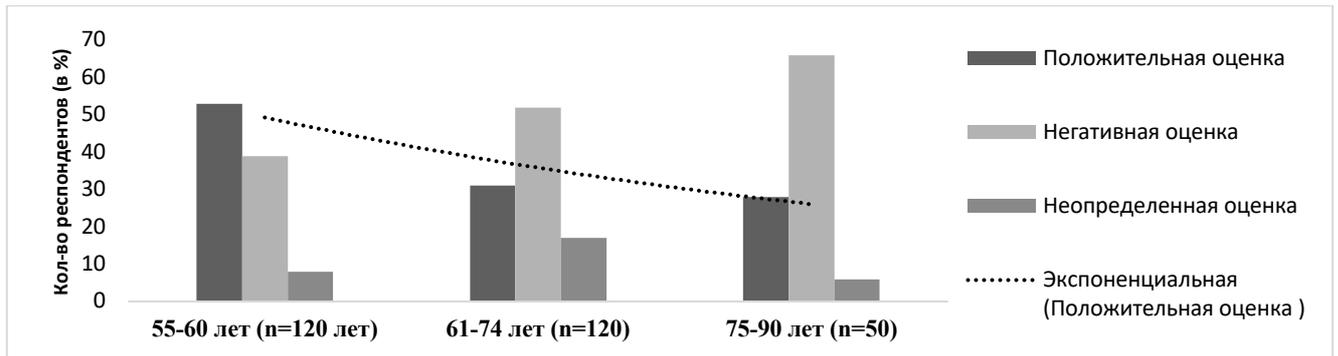
Отметим, что большинство респондентов пожилого и старческого возраста воспринимают прошлое, как *личностный ресурс* (рис.4.24).



**Рисунок 4.24.** - Категории эмоциональной оценки *прошлого времени* (по методике свободное описание временных зон Л.В. Бороздиной) у респондентов трех возрастных групп

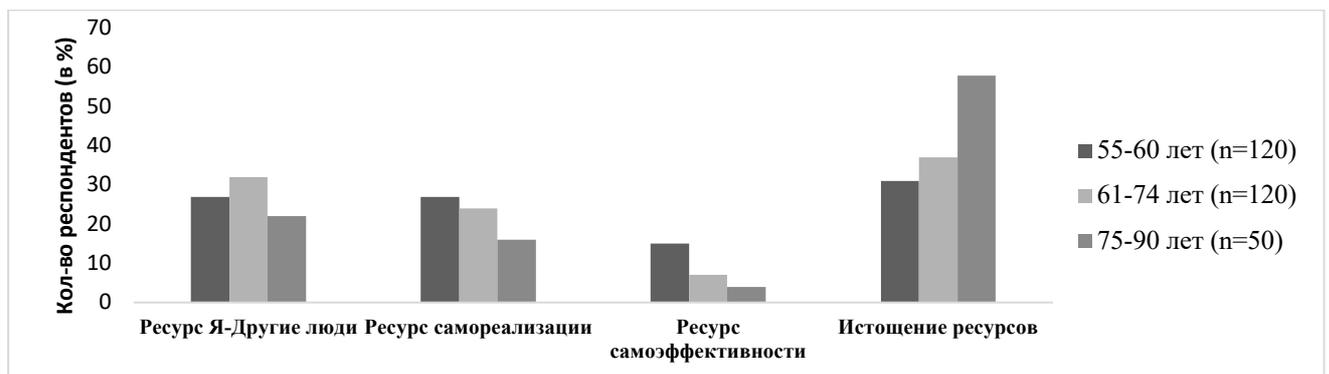
Преобладала идеализация, и ностальгия по *прошлому времени*. Из рис. 4.24. видно, что у респондентов 75-90 лет по сравнению с респондентами пожилого возраста прошлое время в большей степени выступает как *ресурс Я-Другие люди*. Наблюдаются воспоминания о семье, ее составе, отношениях в семье, с друзьями, знакомыми и другими людьми. У респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) прошлое время выступает *ресурсом развития и самореализации*. Наблюдается описание своего прошлого через воспоминание о детстве, юности, молодости и событиях в этот период, а также оценку профессиональной сферы: самореализация, описание выбора и поступления в учебное учреждение, обучение, профессии. Отметим, что наличие воспоминаний, связывающих прошлое и настоящее, выступает психологическим буфером от повседневных стрессов в позднем возрасте (Laureiro-Martinez, 2017). В группе 75-90 лет наблюдается описание прошлого, как *ресурса самозффективности*. Люди старческого возраста применяли *временное сравнение* собственного состояния здоровья на данный момент, с тем каким оно было в прошлом. Из рис. 4.24. видно, что большинство респондентов пожилого возраста описывали прошлое, как период *истощения их ресурсов*, т.е. как период преодоления трудностей. У некоторой части респондентов при оценке своего прошлого времени наблюдалась *ориентация на сожаление и упущенные возможности*. Другая часть людей пожилого возраста отмечала, что не хотела бы вспоминать о прошлом. Преобладало описание прошлого, как борьбы с трудностями, преодоление и истощение в самореализации, личностные потери. Например, «Голодное и холодное детство с последствиями на всю жизнь» (Ж,67); «Сплошное черное пятно, ужасное отношение близких людей, болезни с детства, ужасный брак с алкоголиком, рождение психически больной дочери, ее смерть в 43 года, осталась с единственным внуком» (Ж,60).

- *Настоящее время.* В группе 55-60 лет преобладает *положительная оценка* настоящего времени (рис.4.25).



**Рисунок 4.25.** - Эмоциональная оценка *настоящего времени* (по методике свободное описание временных зон Л.В. Бороздиной) у респондентов трех возрастных групп

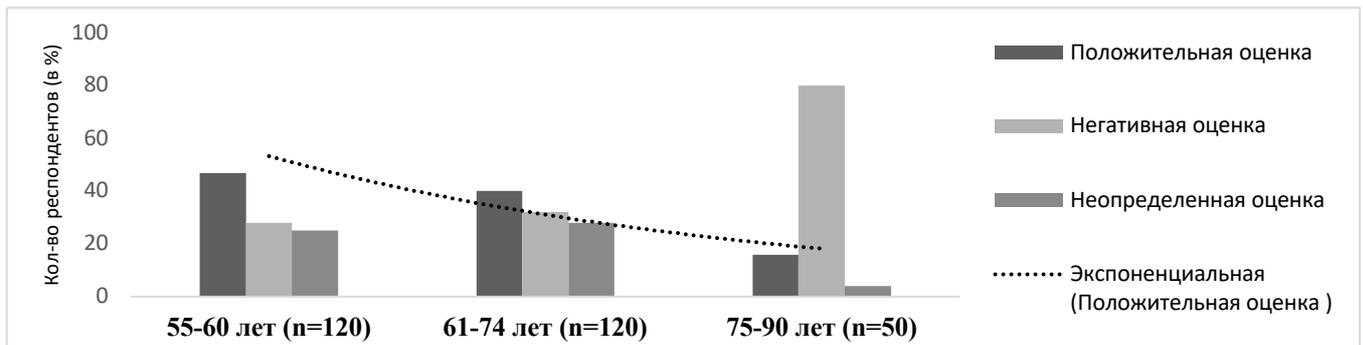
В группах 61-74 и 75-90 лет наблюдается *негативная оценка* настоящего времени. У большинства респондентов преобладает описание настоящего времени через *личностные ресурсы* (рис. 4.26).



**Рисунок 4.26.** - Категории эмоциональной оценки *настоящего времени* (по методике свободное описание временных зон Л.В. Бороздиной) у респондентов трех возрастных групп.

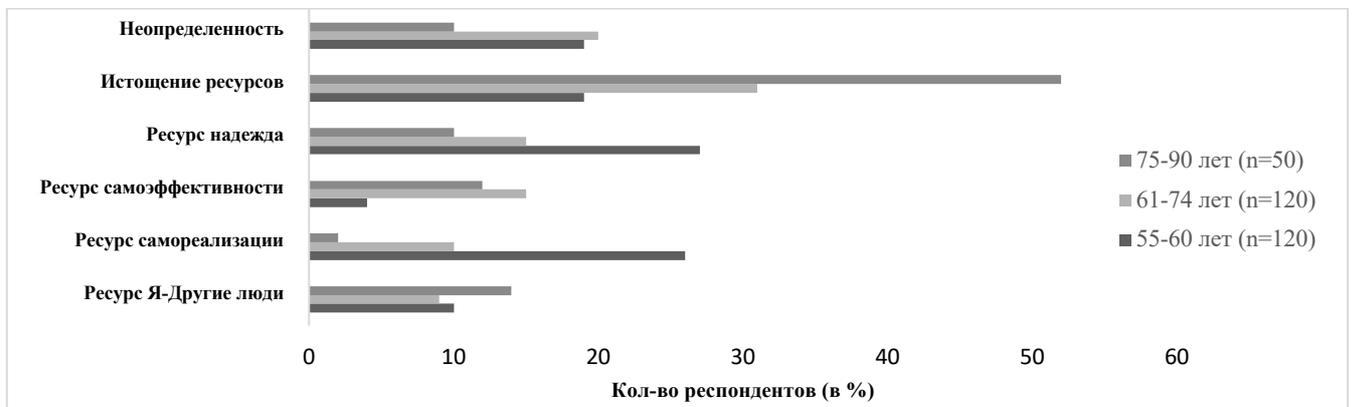
Настоящее время ассоциируется с увлекательным, комфортным, бурно текущим. Респонденты 55-60 и 61-74 лет описывают свое настоящее как ресурсы Я-Другие люди, самореализации и самoeffективности. Приводят примеры желаний оказывать помощь детям, внукам и близким людям. Описывают собственную жизнь в настоящем через призму пенсии и статуса пенсионера, финансовых трудностей и проблем. У респондентов старческого возраста по сравнению пожилого возраста описывают настоящее время через призму *истощения ресурсов*. Настоящее время воспринимается обесцвеченным, присутствуют тревожные негативные мысли о не востребованности, возможности обременять других людей. Респонденты описывали опыт преодоления различных проблем в настоящем времени.

- *Будущее время.* В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) можно отметить наличие *положительной оценки* образа будущего времени (рис.4.27).



**Рисунок 4.27.** - Эмоциональная оценка *будущего времени* (по методике свободное описание временных зон Л.В. Бороздиной) у респондентов трех возрастных групп

Однако, из рис. 4.27. видно, что негативная оценка будущего времени преобладает у большинства респондентов. Некоторыми респондентами пожилого и старческого возраста будущее время выступает *личностным ресурсом* (рис. 4.28).



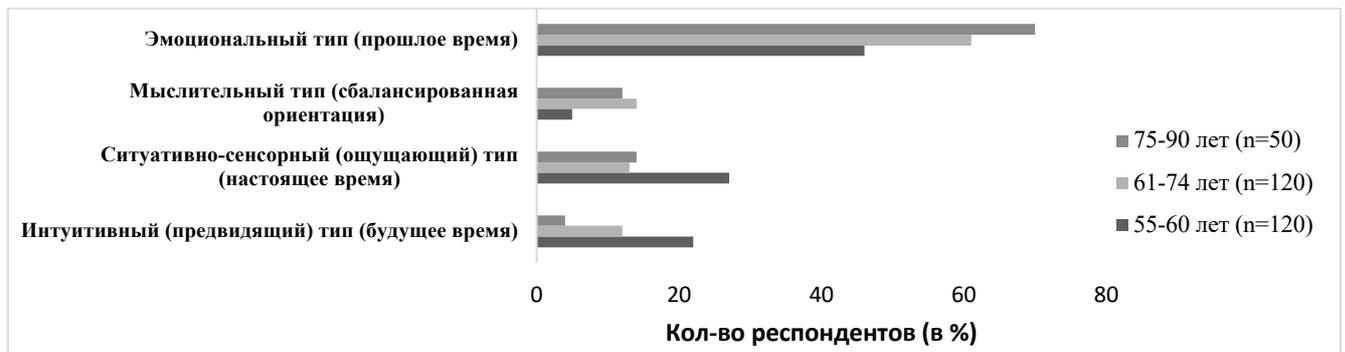
**Рисунок 4.28.** - Категории эмоциональной оценки *будущего времени* (по методике свободное описание временных зон Л.В. Бороздиной) у респондентов трех возрастных групп.

У большинства респондентов старческого и пожилого возраста будущее воспринимается как *ресурс Я-Другие люди*, представления себя в будущем, как члена и помощника в семье. Например, «Старость среди любящих людей, семьи» (Ж,60); «Любить и быть любимой» (Ж,60); «У меня есть тот, кто будет за мной ухаживать и оказывать помощь во всем» (М,75); «В руках моих детей, я знаю, что они на все готовы, чтобы облегчить мое состояние здоровья» (Ж,77). У респондентов пожилого возраста будущее время представляется через призму *самореализации и самоэффективности*. Например, «Если здоровье позволит, буду ждать появление правнуков» (Ж,60); «Хочу жить не хочу, чтобы было плохо» (Ж,62); «Быть независимой» (Ж,63); «Желаю немного поправиться чтобы куда-то поехать» (Ж,67); «Живу, чтобы поддерживать здоровье» (Ж,69); «Хотелось бы хорошо выглядеть» (Ж,62); «Мечтаю побывать на родине, на могилках и дожить не менее чем до 90 лет» (Ж,72); «Дал бы Бог здоровья, пожить еще годков 20, и быть полезной» (Ж,74). Респонденты 55-60 лет воспринимают будущее через *ресурс надежда*. У них наблюдается оценка будущего, как надежды на лучшее, хорошее, счастливое. Например, «Надежда на лучшее» (Ж,55); «Я верю, что все будет хорошо» (Ж,61); «Надежда, что будет без социальных и политических язв настоящего» (М,66).

Большинство респондентов 75-90 и 61-74 лет оценивают будущее через *истощение ресурсов*. Будущее воспринимается ими, как преодоление. Наблюдается неуверенный, отрицательный эмоциональный фон описания будущего. Респонденты пожилого и старческого возраста описывают будущее, как пустоту, мрак, его трагичность. Будущее ассоциируется с *одиночеством*. Наблюдается описание тревожных мыслей о не востребованности и беспомощности: «Старость мое будущее» (Ж,60); «Бесперспективное» (Ж,60); «Хорошего будущего я не могу представить» (Ж,61); «Будущего у меня нет» (Ж,64); «Мрак» (Ж,60); «Думаю что трагично» (М,66); «С каждым годом возраст все больше дает о себе знать, становлюсь тупее,...какое будущее» (Ж,69); «Жизнь движется к закату» (Ж,77); «Будет меньше и меньше сил» (Ж,67); «Мне и вам оно не известно» (М,58); «Даже боюсь представить» (Ж,77); «Я не знаю, что будет дома даже через один час моего отсутствия» (Ж,76); «Я не знаю, выживу или нет, я не знаю, будет ли оно у меня» (Ж,87); «Зависит от причин от меня не зависящих» (М,81). Наблюдается описание будущего времени через призму *потери самореализации, самооффективности, функциональности*. Лейтмотивной темой будущего становится рост болезней, недугов и их лечение. Единично наблюдалось описание будущего времени через призму летального исхода. Наблюдается описание ожидания конца жизни: «Жизнь на небе, царство Божия небесное» (Ж,68); «Пора умирать» (Ж,76); «Летальный исход» (М,74); «Смерть» (М,77); «У меня его нет, оно мне не светит» (Ж,79).

### Типы личности людей позднего возраста по временной установке

У респондентов больше выражен *эмоциональный тип* отношения ко времени, при котором наблюдается следующий цикл времени: прошлое становится настоящим и снова прошлым временем. Поведение пожилого человека во многом определяется его личным прошлым. Преобладает ориентация на личное прошлое (рис. 4.29).

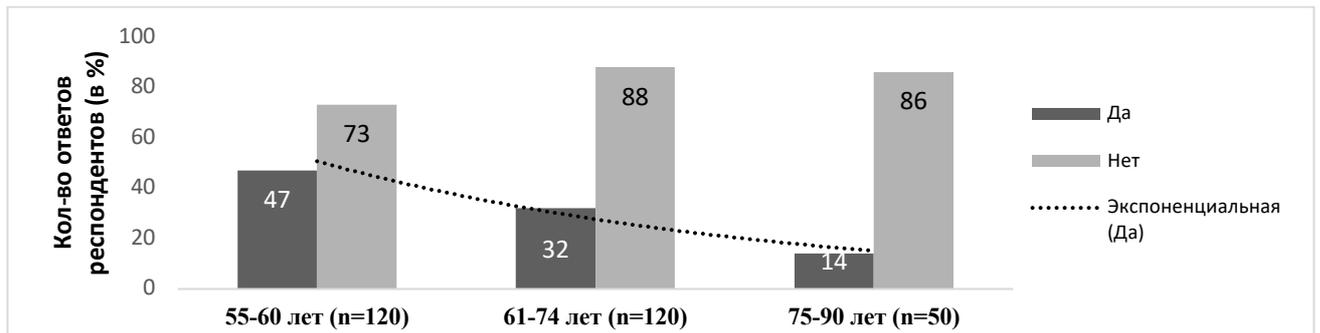


**Рисунок 4.29.** - Типы личности по временной установке (по классификации Х. Манна, М. Зейглер, Х. Осмонда) у респондентов трех возрастных групп

В пожилом возрасте (55-60 лет) больше преобладает *ситуативно-сенсорный тип отношения ко времени*, когда настоящее воспринимается во всей полноте и игнорируется прошлое и будущее время. Жизнь пожилого человека замкнута в «здесь и сейчас». В пожилом возрасте наблюдается *интуитивный тип отношения ко времени*, когда настоящее воспринимается, как «бледная тень», а прошлое – «туманно». Пожилой человек с таким типом временной установки находится в постоянном движении «вперед». В пожилом (61-74 лет) и старческом возрасте (75-90 лет) наблюдается преобладание *мыслительного*, когда гармонично сочетаются все временные зоны. В старческом возрасте также наблюдается *ситуативно-сенсорный тип отношения ко времени с ориентацией на настоящее время*.

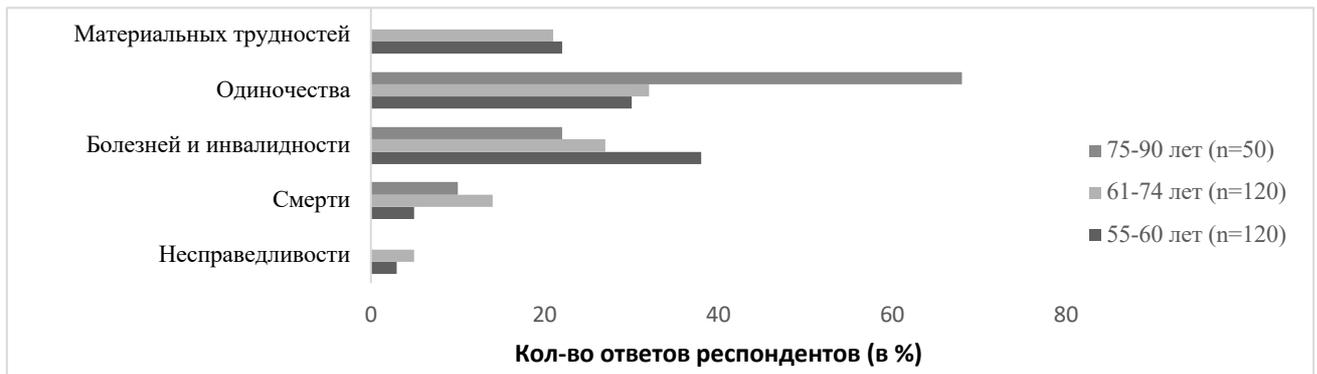
### Временная перспектива будущего у людей позднего возраста

Большинство респондентов пожилого и старческого возраста *не видят* себя в будущем времени (рис. 4.30).



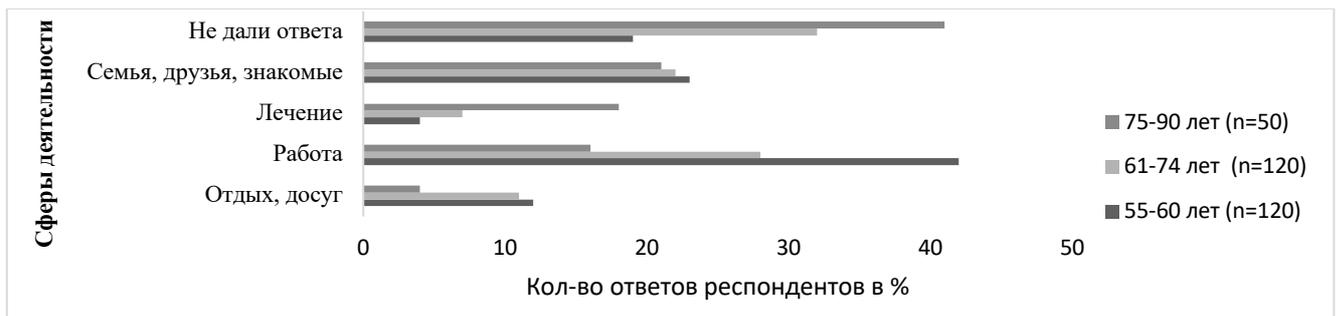
**Рисунок 4.30.** - Наличие образа себя в будущем (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

В пожилом возрасте (55-60 лет) преобладали страхи болезней, инвалидности, одиночества и материальных трудностей. Приведем примеры высказываний: «боюсь немощности, не будет внимания от детей» (Ж, 55). «боюсь бесполезности» (Ж,58), «я боюсь, что я сдам и у дочери пойдет все не так как мне бы хотелось» (Ж,56) (рис. 4.31).



**Рисунок 4.31.** - Виды страхов в будущем (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

У респондентов 61-74 лет отмечались страхи материальных трудностей, одиночества, болезней, страх смерти и несправедливого отношения: «низкая пенсия, государство ничем не поможет» (Ж,63), «все подорожает, пенсии не будет хватать, буду выживать» (Ж, 69). В старческом возрасте (75-90 лет) преобладали страхи одиночества, болезней и инвалидности, а также страх смерти. Показано, что большинство респондентов 55-60 и 61-74 лет хотели бы *работать*, иметь какую-то занятость (рис. 4.32).



**Рисунок 4.32.** - Желаемая сфера деятельности в будущем (по круговому тесту Т. Коттла) у респондентов трех возрастных групп

Затруднения данный вопрос вызвал у большинства респондентов 61-74 и 75-90 лет. Участвовать в жизни семьи, общаться с друзьями и знакомыми в будущем хотели большинство респондентов пожилого и старческого возраста. Принимать препараты, посещать врачей, укреплять здоровье в будущем предпочитают респонденты 75-90 лет.

## Ресурсное значение временной перспективы в позднем возрасте

Дополнительно респондентам пожилого и старческого возраста задавался вопрос: «**Считаете ли Вы связанность между прошлого, настоящего и будущего времени ресурсом благополучного течения старения?**». Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди пожилого и старческого возраста ресурсным значением данный процесс. Большинство

респондентов 55-60 (78%), 61-74 (81%) и 75-90 (76%) лет отмечают наличие связи прошлого, настоящего и будущего между собой как ресурс благополучного старения, т.к. позволяет гибче справляться со страхами, стрессами, проблемами старости и старения. 27% респондентов 55-60, 21% – 61-74 лет и 38% - 75-90 лет отмечают, что взаимосвязь собственного прошлого, настоящего и будущего времени – это не ресурс, а идеальная мечта и утопия, которую в реальности нельзя воплотить в жизнь.

#### 4.6. Обсуждение полученных результатов

I. **Субъективный возраст.** Нами обнаружено нарастание феномена отрицания возраста, стратегии переписывать возраст с большей тенденцией к смещению к *омоложению* (Kaufman, 1986; Morelock, 2017). Эти данные вписываются в *эпигенетическую концепцию Э. Эриксона*, выступая иллюстрацией кризиса «Эго-интеграции» и *свободы конструирования собственного «Я»* (Gana et al., 2004). У респондентов пожилого и старческого возраста наблюдалась *идентичная* хронологическому оценка субъективного возраста и *отрицательная когнитивная иллюзия возраста* что согласуется с моделью динамики субъективного возраста Д. Агого (Agogo, 2014). Преобладание у респондентов пожилого и старческого возраста положительной когнитивной иллюзии возраста подтверждает данные ряда исследований (Teuscher, 2009; Kleinspehn-Ammerlahn et al., 2008; Kotter-Grühn, 2016) о наличии *устойчивой возрастной идентичности* в позднем возрасте. Полученные результаты по динамике субъективного переживания возраста позволяют оценить установки по отношению старения, наличие ориентации на активное и благоприятное старение. Разница между хронологическим возрастом и средним значением субъективного возраста у респондентов трех возрастных групп не превышала интервал *8-13 лет*, что согласно О.В. Курышевой (2013) и Н. Галамбосу (Galambos, 2007), говорит о наличии оптимальной когнитивной иллюзии возраста, удовлетворенности собственной жизнью. Нами обнаружена неравномерность в компонентах субъективного возраста: биологического, эмоционального, социального и интеллектуального возраста. Нами показано, что ориентиром при оценке субъективного возраста у респондентов пожилого и старческого возраста являются изменения во *внешности* и состояние *физического здоровья* в связи их социальной ценностью. В пожилом и старческом возрасте наблюдается минимальная разница между *хронологическим* и *субъективным биологическим возрастом*, что согласуется с данными К. Бремента (Braman, 2003) о том, что самооценка в старости в значительной степени основывается на оценке удовлетворенности самочувствием. Для пожилого человека изменения во внешности являются *пробуждающими переживаниями*, которые ассоциируются с осознанием смерти и быстрым течением времени (Heslon, 2008).

Минимальную разницу между субъективным биологическим и хронологическим возрастом можно объяснить тем, что оценка самочувствия, дает более однозначные обратные связи, ее стандарты менее двусмысленны, чем оценка социальной активности и интересов. Отметим, что несмотря на наличие переживаний, связанных с изменениями во внешнем виде у респондентов трех возрастных групп, отсутствуют *омолаживающие интересы*. Выявленную нами у респондентов оценку своего субъективного биологического возраста «идентично» хронологическому возрасту можно отнести к проявлению благополучного течения старения (Agogo, 2014; Kotter-Gruhn, 2015). Нами показано, что оценка своего *социального возраста* «*моложе*» хронологического в позднем возрасте следует рассматривать как форму стрессового регресса, которая сопровождается уходом от решения проблем, перекладывание их на другого человека, что согласуется с рядом отечественных (Курышева, 2010; 2013) и зарубежных исследований (Heslon, 2010; Teuscher, 2009).

Полученная нами у респондентов трех возрастных групп неравномерность в компонентах субъективного возраста и ее анализ привели нас к проверке гипотезы Е.А. Сергиенко (2011) о внутренних ориентирах, определяющих оценку субъективного возраста на поздних этапах онтогенеза.

- ***Проксимальные репрезентации СВ*** в данном исследовании представлены *уровнем образования и социальными ресурсами*. Выявлено, что *социальные маркеры возраста* имеют большое значение в субъективной возрастной идентификации в позднем возрасте, о чем полученными нами данные о связи субъективного возраста с уровнем образования, семейным и рабочим статусом. Показано, респонденты с высшим образованием чаще оценивают себя «моложе», чем со средним, средне-специальным образованием, что согласуется *моделью стресс-истощения* (stress-strain model, J. Rutenfranz) которые отмечают, что при наличии высшего образования человек может находить эффективные стратегии и формировать навыки для улучшения и поддержания своего состояния здоровья, тем самым влияя на свой функциональный статус и социальную активность (Agrigogoaei, 2017). Нами было показано, что те люди пожилого и старческого возраста, которые вовлечены в профессиональную деятельность чаще оценивают себя «моложе» своего хронологического возраста, чем те, которые находятся на пенсии. Полученные нами данные согласуются с *мобилизующим эффектом работы* (healthy worker effect) который отмечает, что занятость воздействует на здоровье и субъективное благополучие посредством социальной поддержки, сети коллег (Shah, 2009). Поскольку *занятость* является продуктивным видом деятельности в ней пожилой человек чаще ассоциирует себя с молодыми людьми (Agogo, 2014). Согласно *теории оптимизации и компенсации ресурсов*, П. Балтеса (Baltes, Baltes, 1990) идентификацию с молодым возрастом аккуратно следует рассматривать как самоусиливающую стратегию адаптации к возрастным изменениям. Те респонденты, которые находятся в браке, т.е. имеют

средовой и витальный копинг-ресурс оценивают свой субъективный возраст «моложе», в отличие от тех, кто потерял своего партнера - оценивают свой субъективный возраст ближе к хронологическому возрасту или же завышают его. Эти данные согласуются с исследованием Б. Янга (Ying, 2010) и Р. Вилкеса (Wilkes, 1992) показавшие, что стрессовые жизненные события, связанные с состоянием брака, наличием болезней или смерти супруга негативно влияют динамику субъективного возраста. Эти стрессовые события согласно Ф. Лангу и Л. Карстенсен выступают триггером, который напоминает пожилому человеку о неумолимом ходе времени, что усиливает осознание собственной смертности, укорачивается или исчезает временная перспектива будущего, что сопровождается оценкой себя «старше» хронологического возраста (Lang, Carstensen, 2002).

- **Стабильные репрезентации субъективного возраста** в данном исследовании представлены показателями, определяющими физическое и психологическое благополучие. В отличие от положительной когнитивной иллюзии возраста, оценка субъективного возраста «идентично» или «старше хронологического возраста сопряжена с негативными изменениями в субъективной оценке состояния здоровья, полиморбидном статусе, когнитивном функционировании, удовлетворенностью качеством жизни, симптомами депрессии и субъективного чувства одиночества, что согласуется циклом работ под руководством Y. Stephan (2013, 2015, 2017). Эти исследования показали, что наличие негативной когнитивной иллюзии возраста, является индикатором истощения *гомеостатических резервов* и индивидуальных ресурсов, наличия *системного хронического воспаления* в организме, изменений в поведенческих профилях *здоровье-сберегающего поведения*. Нами показано, что при наличии *болевого синдрома* люди позднего возраста оценивают свой субъективный возраст «идентично» и «старше» хронологического возраста, что связано согласно исследованию, Дж. Чо и Д. ДиНитто (Choi, DiNitto, 2014) является функциональным стрессом, который возникает из-за несоответствия между собственными ожиданиями относительно собственного образа жизни и имеющимися ограничениями в повседневной деятельности. Нами было отмечено, что у «старых» пожилых людей, которые оценивают свой субъективный возраст «старше» хронологического наблюдается преобладание установки враждебности по отношению к себе и к другим. Большее различие между хронологическим и субъективным возрастом в сторону его *переоценки* наблюдается у респондентов 55-60 лет, что является *индикатором неблагоприятного разрешения жизненных кризисов, отсутствия самореализации, наличия чувства «я против самого себя»* (Курьшева, 2013). Также обращает на себя внимание, то, что у респондентов, занижающих и «идентично» оценивающих свой субъективный возраст, корреляции факторов гериатрического статуса наблюдаются с многими компонентами возрастной идентичности, что говорит о наличии значимости состояния здоровья для эффективного функционирования. Проведенная оценка гериатрического статуса указывает на

гибкость и подвижность проксимальных репрезентаций и их роль в психологической регуляции в позднем возрасте.

- **Биопсихосоциальные предикторы СВ.** Выделенными нами предикторы влияющие на разницу между хронологическим и субъективным возрастом, согласуются с рядом данных (Barak, 1986; Agogo, 2014; Bergland, 2014; Stephan, 2018), которые разделили потенциальные факторы, влияющие на оценку субъективного возраст на физиологические (полиморбидный статус), социо-демографические (уровень образования), эмоциональное благополучие (симптомы депрессии, чувство одиночества) и функциональный статус (удовлетворенность качеством жизни).

III. **Ориентировка в текущем времени.** По сравнению с ориентировкой в пространстве способность ориентироваться во времени более уязвима к нарушениям в позднем возрасте, что согласуется с рядом исследований (Brotchie, Brenna, 1985; Delpolyi et al., 2007; Iwamoto, 2011; Singh et al., 2015). Нами показано, что в пожилом и старческом возрасте ориентировка во времени остается сохранной, что согласуется с данными А.Л. Бентона (Benton, Van Allen, 1964) и Дж. Бротчи (Brotchie, Brenna, 1985). Прослеживалась легкая степень изменений в ориентировке во времени в форме некоторой неточности при назывании числа месяца, дня недели для пожилого человека вполне допустимы, что отмечают, как отечественные (Яхно, 2011; Захаров, Вахнина, 2015; Гаврилова, 2014) так и зарубежные (Iwamoto, 2011; O’Keeffe, Mukhtar, 2010; Singh et al., 2015) исследователи. Мы наблюдали тревожные реакции в форме испуга при трудностях в ориентировки во времени, которые мобилизовали ресурсы пожилых людей ориентироваться в текущем времени. Например, стремление использовать внешние опоры: отрывной календарь, спрашивать время, дату, день недели и месяц у родственников, наблюдать за сезонными природными явлениями. Было показано, что уровень образования сопряжено с ориентировкой во времени у респондентов 61-74 и 75-90 лет. Наличие у респондентов 61-74 и 75-90 лет полиморбидности, симптомов депрессии, когнитивного дефицита, изменений в удовлетворенности качеством жизни выступают предикторами ориентировки во времени.

IV. **Когнитивные репрезентации времени.** В вербальных репрезентациях времени у респондентов пожилого и старческого возрастов преобладают понятийные обобщения. Наблюдается описание времени как «часы», «движущийся поток», «часть жизни», «измеримость», «движение», «связь с изменениями», «необходимость рационального использования времени», что согласуется с исследованиями З.А. Киреевой (2010), Е.В. Лебедевой (2004), М.И. Воловиковой (1997) и О.В. Виценко (2005). Отношение ко времени в пожилом и старческом возрасте строится через призму культурно-специфических черт (когнитивных убеждений) и особенностей жизненного пути человека. В репрезентациях времени в позднем возрасте сохраняется уверенность, что их жизнь имела, имеет и будет иметь

смысл. В представлениях о времени преобладают экзистенциальные символы, что говорит о осознании приближающейся смерти и ограниченности времени. Осознание людьми конечности собственной жизни связано с ростом экзистенциальной тревоги, которая изменяет ощущение течение времени, порождает мысли о непредсказуемости собственного будущего. Л. Ханоч отмечает, что тревога, связанная с переживаниями о смерти, часто трансформируется в страх времени, который часто наблюдается в позднем возрасте (Hanoch, 2010). Из полученных нами репрезентаций времени можно сделать вывод о том, что в пожилом и старческом возрастах время выступает одной из форм самоощущения, переживания и осознания собственного жизненного пути (Мелехин, Киреева, 2016). Таким образом пожилой и старческий возраст можно рассматривать, как третий и четвертый пики в познании и переживании течения времени. Первый пик приходится на период 13-14 лет, второй – 26–40 лет (по данным З.А. Киреевой, 2010). В пожилом и старческом возрастах время представляется через различные метафоры. Респонденты пожилого и старческого возраста чаще изображали время через символы «часов», «образы развития», «образы свойств» и «признаков времени» и различные метафоры течения времени («река», «дорога», «поезд»). Полученные репрезентации времени следует рассмотреть через призму теории *ментальных репрезентаций А. Джелла*, согласно которой репрезентации времени не являются чем-то «застывшим» для человека, они каждый раз на протяжении всего жизненного пути подвергаются трансформациям (Нестик, 2014). Пожилой человек при понимании времени сталкивается с его искаженной или неполной перспективой, поэтому ему приходится достраивать его очертания применяя аналогии или метафоры.

Л. Бородински отмечает, что в описании времени можно наблюдать использование разнообразных метафор, и необходимо анализировать смысл этих метафор (Boroditsky, 1999). При описании времени часто используются «житейские метафоры» и афоризмы, которые отражают ироничное отношение пожилого человека к быстрому течению времени. Стоит отметить, что эмоциональный фон полученных нами метафор о времени носит *тревожный характер*, что говорит об ощущении быстротечности времени и переживания, связанные с ограниченностью, необратимостью, «давлением времени» и отсутствие образа будущего (Мелехин, Киреева, 2016). Мы отметили, что в пожилом возрасте наблюдается феномен «темпофобии», т.е. стремление «законсервировать», остановить быстрое течение времени (Бычков, 2004; Rolf, Rattat, 2014). В невербальных репрезентациях времени в пожилом и старческом возрастах преобладают ассоциативные значения понимания времени через *образ часов*, что подтверждает предположение о наличии глубинной «якорной» ассоциации, как системы некоторый отсчета, системы координат восприятия времени. Таким образом, можно говорить о том, что в позднем возрасте репрезентации времени отражают динамику внутреннего психического состояния пожилого человека. Среди метафорических репрезентаций времени в позднем возрасте распространены: «время-движущийся объект»,

«время-жизнь», «время-ценность» и «время-ограниченный ресурс». Полученные репрезентации времени можно рассматривать как структурный компонент внутренней картины старения, который участвует в регуляторных процессах и формировании копинг-стилей (Мелёхин, Киреева, 2016).

V. **Субъективная скорость течения времени.** В позднем возрасте наблюдается *различная траектория* в оценке субъективного течения времени, что согласуется как с отечественными (Лебедева, 2004; Сурина, Антонова, 2003; Абульханова, 2017; Балашова, 2016; Микеладзе, 2016), так и зарубежными (Carrasco et al., 2001; Chambon, Droit-Volet, 2008; Coelho, Ferreira, 2004; Droit-Volet, 2016; Fung, Isaacowitz, 2016; Grewal, 1995; Staudinger, Freund, 1999; Viard et al., 2011). В пожилом и старческом возрасте преобладает *неопределённая оценка* или *неравномерное течение* субъективное течение времени, что как мы показали не согласуется с рядом исследований (Молчанова, 2005; Aikman, Oehler, 2001; Carstensen, Fung, 2003; Fuchs, 2013; John, Lang, 2015; Wearden, 2005) указывающих на преобладание в позднем возрасте *быстрого и даже «ускоренного»* течения времени, а *неопределённого течения времени* только при нейродегенеративных расстройствах (El Haj, Karogiannis, 2016; Grewal, 1995; Szelaga, Skolimowska, 2014; Szymaszek, 2009; Teixeira et al., 2013). Субъективную неопределённость в позднем возрасте мы рассматриваем как ответную реакцию на проблемы старости и старения, ускоряющийся образ жизни с повышенным требованием принимать неопределённость. Сложившиеся социальные условия предполагают от пожилого человека максимальную опору на ресурсные возможности для формирования нестандартных, «гибких» подходов к решению проблем. Неспособность человека позднего возраста справиться с социальной и культурной неопределённостью в зависимости когнитивного стиля, верований и установок приводит согласно исследованиям Е.Т. Соколовой (2015) относиться к дефицитарным проявлениям субъективной неопределённости. Учитывая *теорию самодетерминации человека Э. Дэйси и Р. Райана* (Deci, Vansteenkiste, 2004) *состояние неопределённости* выступает продуктивным условием для рефлексии и дальнейшего личностного самоопределения, изменения образа жизни и усиления толерантности у человека пожилого возраста как психологической устойчивости (Корнилова, 2016). Мы отметили, что сами люди позднего возраста считают, что изменения в течение времени связано рядом субъективных факторов: с возрастом, занятостью, типом деятельности и наполненностью жизни событиями. Нами показано, что изменения в полиморбидном статусе, наличие симптомов депрессии, субъективного чувства одиночества, изменений в когнитивной функционировании, удовлетворенности качеством жизни, динамике субъективного возраста выступают предикторами, определяющими субъективную скорость течения времени в позднем возрасте. Влияние полиморбидности на субъективное течение времени в пожилом и старческом возрасте мы предполагаем рассматривать через призму *модели телесного опыта и субъективной картины жизненного пути* Т.Д. Василенко (2014).

Наличие изменений в физическом благополучии у человека позднего возраста усиливает осознание собственной смертности, тревожные руминации (например, «я тратила и трачу время своей жизни»), темпофобию, наблюдается снижение событийной насыщенности и осмысленности жизни, что приводит к изменениям в субъективной скорости течения времени. Нами показано, что субъективная скорость течения времени сопряжена с *уровнем образования*. Это объясняется тем, что при наличии средне-специального и высшего образования, человек может формировать и усиливать у себя навыки здоровье-сберегающего и профилактического поведения в отношении собственного здоровья, тем самым влияя на свой функциональный статус и социальную активность, что согласуется с данными А. Сзумазека (Szymaszek, 2009). Мы показали, что в позднем возрасте прослеживается неоднозначность в субъективной скорости течения времени в зависимости от вида деятельности, что согласуется с принципом *когнитивного или ментального содержания временного интервала* (Droit-Volet, 2016). Так в *рутинной повседневной деятельности* у пожилого человека наблюдается *неопределенная оценка* скорости течения времени с тенденцией к *медленному* его течению. В ситуации пребывания в одиночестве у респондентов позднего возраста наблюдается брадихрония, что согласуется с рядом исследований (Белоножко, 2014; Carrasco et al., 2001; Fuchs, 2013; Wittmann, 2016), показавших, что при наличии скуки или ощущении «внутренней пустоты» усиливается осознание пребывания в ловушке времени. В отличие от рутинной, в целенаправленной деятельности больший акцент делается на прогностический фактор и более эффективное использование времени. В связи с этим у респондентов трех возрастных групп наблюдается *быстрое* течение времени. По *жизни* респонденты пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) отмечают *быстрое* течение времени, в отличие от группы 75-90 лет, которые отмечают его *замедление*, что согласуется с отечественными (Микеладзе, 2016) и зарубежными (Carrasco et al., 2001; Chambon, Droit-Volet, 2008; Droit-Volet, 2016; Zhang et al., 2013) исследованиями. На основании целого ряда мотивационных теорий позитивной психологии (оптимизации и компенсации ресурсов П. Балтеса (Droit-Volet, 2016), социо-эмоциональной селективности Л.Карстенсен (Carstensen, Fung, 2003) и модели адаптации к ограниченности времени Д. Джона (John, Lang, 2015) можно сделать вывод о том, что быстрое течение времени для пожилого человека может выступать, с одной стороны, ментальным ресурсом, с другой стороны, деструктивным фактором истощения этих ресурсов. Ценностно-смысловое отношение к скорости течения времени в настоящем времени большинство людей пожилого и старческого возраста передавали через метафоры «*тихой реки*» и «*мчащегося поезда*». Преобладающий в позднем возрасте образ реки является индикатором медленного течения времени, отсутствия преград к достижению краткосрочных и долгосрочных целей (Свирепо, Туманова, 2004). Образ поезда в пожилом возрасте символизирует быстрое течение времени, путешествие к истинному «Я» или переход от одного жизненного этапа к другому (Свирепо,

Туманова, 2004). Однако, символ поезда может носить характер и «спасательного поезда» от неопределенного будущего или негативного прошлого. Наличие не быстрого, а ускоренного течения времени, т.е. феномена «кризисного времени» (по Wittmann, 2016) у респондентов трех возрастных групп сопровождается негативными изменениями в удовлетворенности качеством жизни. Наши данные не согласуются с данными П. Габле и Б. Пооля о том, что «ускоренное» течение времени связано с положительной оценкой повседневной жизни (Gable, Poole, 2012). Наоборот, мы считаем, что оно усиливает «давление времени» на пожилого человека. Пожилые люди, которые оценивают свой субъективный возраст «моложе» хронологического возраста, отмечают быстрое течение времени, в отличие от тех, кто оценивает свой субъективный возраст как «идентично» или «старше» хронологического. Это согласуется с исследованиями Е.В. Некрасовой (2005), С. Баума (Baum, Vohsley, 1984) и У.М. Стаундингера (Staudinger, Freund, 1999), подтверждающих, что восприятие себя «моложе» является психологическим ресурсом благополучного старения. Отметим, что в отличие от хронологического, субъективный возраст позволяет более детально описывать динамику изменений в субъективном течении времени в позднем возрасте. Отмечено, что у респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдается феномен «ретардации субъективного течения времени» в настоящем по сравнению с прошлым временем, что не согласуется с данными Б. Кригера (Кригер, 2017). При оценке течения времени в прошлом времени без заданной точки отсчета люди позднего возраста часто выбирали метафору - «бурлящий водопад», которая отражает неравномерность в течение времени, однонаправленность, неоднородность времени. Как символ «бурлящий водопад» означает наличие спектра психологических ресурсов и целей (Свирипо, Туманова, 2004). В пожилом возрасте мы отметили наличие феномена «акселерации субъективного течения времени» в настоящем времени, в отличие от различных, конкретно заданных возрастных периодов жизни. Полученные нами данные согласуются с исследованиями (Кригер, 2017; Carrasco et al., 2001; Friedman, Janssen, 2010), свидетельствующими об отсутствии влияния возраста на ретроспективные суждения о течении времени. В позднем возрасте при ретроспективной оценке преобладает замедленное течение времени, по сравнению с настоящим временем, что показано в ряде исследований (Carrasco et al., 2001; DroitVolet, 2016; Szelaga, Skolimowska, 2014; Szymaszek, 2009). Наше исследование показало, в старческом возрасте субъективное течение времени в ранней юности носит неопределенный характер, в связи с наличием борьбы с рядом трудностей и опытом потерь. Стоит учитывать, что с возрастом меняется точка отсчета для ретроспективной оценки течения времени. Для респондентов 55-60 лет такой точкой отсчета служил возраст 14 лет, а для 61-74 лет – 17 лет. Е.В. Лебедева (2004) определяет этот возрастной период, как «кризисный», связанный с физиологическими перестройками, становлением личностных черт и вхождением в референтную группу. Для респондентов 75-90 лет – 20 лет, который рассматривается как «кризис четверти жизни,

вхождения во взрослость», выбора своего жизненного пути (Лебедева,2004). Полученные нами данные также можно рассмотреть через призму *модели возрастного изменения времени А.Т. Терехина*, которая отмечает, что длительность различных временных интервалов своей жизни у человека позднего возрасте обратно пропорциональна числу вспоминаемых событий. Поскольку в настоящем времени у пожилого человека количество запоминаемых положительно эмоционально-окрашенных событий может снижаться, то время на данный момент оценивается как быстро текущее, чем в молодом и среднем возрасте (Карпенко, Чмыхова, 2008).

**VI. Временная перспектива.** В пожилом и старческом возрасте наблюдается сниженная связанность временных зон между собой, что говорит о наличии трансформации временной перспективы, расслоения «Я» во времени, прерывистой временной взаимосвязи в позднем возрасте, что согласуется с отечественными (Стрижицкая,2006; Микеладзе, 2016) и зарубежными данными (Kazakina,2013; Stolarski, Fieulaine, 2015; Webster, Ma,2013; Laureiro-Martinez, 2017; Gabrian, Brothers,2017). Можно предположить, что в позднем возрасте наблюдается «хрупкая» *пограничная личностная организация* (по Е.Т. Соколовой), которая в условиях неопределенности приводит к сниженной способности справляться с *субъективной неопределенностью* (Соколова, 2015). В группе респондентов 61-74 лет наблюдается большая преобладание *прошлого и настоящего* времени, по сравнению с группами 55-60 и 75-90 лет. Это говорит о большей интеграции прошлого опыта как *ресурса* в настоящее (Gabrian, Brothers,2017).

У большинства респондентов пожилого и старческого возраста наблюдается преобладание *дискретной временной перспективы*, для которой характерно неопределенность в доминирующей временной зоне или одновременная значимость прошлого, настоящего и будущего времени, однако при этом не прослеживается связанность этих временных зон. У респондентов 55-60 лет наблюдается большая интеграция временных зон, при которой прошлое, настоящее и будущее непрерывны, но не связаны между собой. Эти три несвязанные временных зоны формируют у человека позднего возраста *прерывистую цепь жизни*, что согласно Е.Т. Соколовой, говорит о наличии *неопределенности «Я»* перед лицом настоящего и будущего (Соколова,2015). Показано, что в пожилом и старческом возрасте наблюдается преобладание ощущения «тревожного» времени, которое сопровождается наличием катастрофизирующих мыслей, беспокойства о неуправляемом течении времени, неспособности контролировать время, распределять, планировать свои дела во времени. У всех респондентов последовательность прошлое-настоящее-будущее оставалась неизменной. Согласно Е. Молчановой это постоянство можно объяснить существованием *генерической памяти*, в которой хранятся репрезентации о том, как что-то должно происходить. Этот когнитивный процесс имеет прямое отношение к концепции здравого смысла, к чему-то, что кажется понятным и не требует особых доказательств (Молчанова,2007).

Выделены *предикторы* влияющие на степень связанности временных зон в позднем возрасте. На интеграцию «Я» во времени в старческом возрасте (75-90 лет) влияют *полиморбидный статус*, что согласуется с данными С. Василе (Vasile,2015). Эти данные можно рассмотреть через призму исследований Т.Д. Василенко (2014) и Е. Казакиной (Kazakina,2013), которые показали, что наличие хронических соматических заболеваний, дезадаптивный вариант отношения к состоянию здоровья вызывает снижение событийной насыщенности и осмысленности жизни, наблюдаются изменения в субъективной скорости течения времени, разбалансированность временной перспективы, негативные установки по отношению к временным зонам. Наличие меньшей связанности временных зон вызывают снижение профилактического и здоровье-сберегающего поведения, а также чувство ответственности за собственное здоровье, что говорит об истощении имеющихся ресурсов. Наличие симптомов депрессии и субъективное чувство одиночества вносят вклад в преемственность временных зон, что подтверждает ряд исследований (Микеладзе,2016; Стрижицкая,2006; Gabrian,2017; Grünh,2016; Kazakina,2013; Stolarski, Fieulaine, 2015; Pethtel,2018), которые показали, что в позднем возрасте наблюдается неопределенное отношение к прошлому, настоящему и будущему в зависимости от психического состояния. Ранее мы говорили, что пожилые люди, у которых наблюдаются симптомы депрессии склонны воспринимать себя, свои действия и свое будущее с негативной точки зрения, у них происходят изменения в их временной перспективе, что является повышенным риском возникновения большого эпизода депрессии и низкой удовлетворенности качеством жизни (см. глава 3). Мы отметили наличие негативных мыслей, связанных с отрицательным прошлым, защитной обеспокоенностью за будущее с преобладанием игнорирования мыслей о будущем, тенденцией избегать тем, связанных с будущим. У пожилого человека появляются негативные мысли о том, что он не может контролировать будущее и с максимальной уверенностью планировать свою деятельность в нем. Появляется страх роста обязательств в будущем, с которыми по убеждениям пожилого человека, он не сможет справиться. Нами было показано, что изменения в когнитивных функциях вносят вклад во временную интеграцию в старческом возрасте, что согласуется с данными С. Василе (Vasile,2015). *Удовлетворенность качеством жизни* вносит вклад в связанность субъективных психологических временных зон в пожилом и старческом возрасте, что подтверждает данные С.Т. Стахла и Дж. Патрика (Stahl, Patrick, 2012). *Субъективный возраст* выступает регулятором динамики временной перспективы, что подтверждают, как отечественные (Сергиенко, Киреева, 2015), так и зарубежные данные (Kornadt,2018) показавшие, что наличие связанности временных зон и *положительного восприятия себя в будущем* (future self-views) усиливает мотивацию для достижения целей, поддержания «молодости», самостоятельности, поведения в отношении собственного здоровья, что приводит к оценке себя «моложе» хронологического возраста.

В проведенном нами исследовании было показано, что в пожилом и старческом возрасте наблюдается индивидуальный *временной уклон*. Респонденты пожилого (61-74 лет) и старческого возраста (75-90 лет) больше отдают предпочтение *прошлому времени*, как ведущей временной зоне. У респондентов пожилого и старческого возраста мы наблюдаем желание перенестись в прошлое, т.е. феномена «сдвига в прошлое», описанного О.Н. Молчановой (1999). Стоит отметить, что респонденты пожилого и старческого возраста демонстрировали ригидные точки временной фиксации больше в прошлом и настоящем, реже будущем времени, что подтверждает данные О.Ю. Стрижицкой (2006). Это связано с тем, что пожилым людям свойственно искать смысл в своем прошлом и рассматривают его с позиции жизни в целом. Нами показано, что пожилым людям свойственно более позитивно оценивать свое прошлое, что согласуется с данными Д. Лауреиро-Мартинез (Laureiro-Martinez, 2017). Это позитивное представление о прошлом по мнению Л.И. Анцыферовой (2004) выступает внутренним ресурсом, позволяющим гибко реагировать на повседневные стрессы. Показано, что у респондентов пожилого и старческого возраста преобладали тревожные воспоминания, которые сопровождалось чувством сожаления, вины, скорби, утратой физических способностей и скуки. Показано, что наличие негативной оценки прошлого сопряжено с низкой удовлетворенностью качеством жизни и ростом симптомов депрессии, субъективным чувством одиночества, что также нашло подтверждение в ряде исследований (Балашова, Микеладзе, 2015; Лебедева, 2004; Микеладзе, 2016; Desmyter, De Raedt, 2012; Dousti et al., 2013). У пожилых людей с симптомами субдепрессии мы наблюдали ориентацию на прошлые негативные события, что согласуется с данными ряда исследований (Балашова, Микеладзе, 2015; Микеладзе, 2016; Kazakina, 2013; Lureiro-Martinez - 2017). Ориентация на прошлое может создавать безопасную почву для представления будущего времени (Kazakina, 2013). В виду оставшейся жизни у людей пожилого возраста меняется отношение к собственному будущему, они выбирают и строят цели, чтобы активировать эмоции, за счет уменьшения целей, ориентированных на приобретение новой информации и контактов. Однако, стоит отметить, что пожилые люди не только ориентированы на прошлое время. Наблюдается тенденция и к предпочтению *настоящего времени* в пожилом возрасте, которая снижается в старческом возрасте. Стоит отметить, что ориентация на настоящее время у респондентов пожилого возраста была вызвана социальной желательностью с преобладанием долженствования: «должна жить настоящим», «я должен понимать, что мое время — это сейчас», что согласуется с данными О.Ю. Стрижицкой (2006) и говорит о большем преобладании фаталистического настоящего. В пожилом возрасте (55-60 лет) преобладает больше положительная оценка своего настоящего. Наличие положительного взгляда на *настоящее время* можно расценивать, как избегание негативного прошлого и неизвестного будущего. Ряд авторов отмечают, что концентрация внимания на настоящем — это адаптивный процесс заморозки быстрого течения

времени, чтобы справиться со страхом смерти, осознанием смертности и неопределённым отношением к жизни после смерти (Ageing as Future, 2016; Rappaport, Fossler, 1993). Показано, что в возрасте 61-74 и 75-90 лет преобладает негативная и реалистичная оценка, своего настоящего времени. Ориентацию пожилого человека на настоящее время можно рассматривать, как защитный механизм: стремление к оптимизму, который помогает ему справиться со негативными мыслями о смерти (Chen, 2011; Lennings, 2000). Нами отмечено, что ориентация людей позднего возраста на настоящее связано с наличием убеждений «не забегать впереди своего времени», т.е. наблюдается выраженное чувство реализма, что согласуется с исследованием С. Леннинга (Lennings, 2000). Пожилые люди, как правило, отмечают *ограниченное восприятие своего будущего времени*, что подтверждается рядом исследований (Лебедева, 2004; Микеладзе, 2016; Fung, Isaacowitz, 2016; Tasdemir-Ozdes et al., 2016), которые показали, что люди пожилого возраста менее склонны фокусироваться на будущем времени. Проведенное нами исследование согласуется с данными, что увеличение страхов о будущем наблюдается после 60 лет (Åström et al., 2014; Desmyter, De Raedt, 2012; Grün et al., 2016). Большинство респондентов пожилого и старческого возраста не видят себя в будущем. У них наблюдаются страхи одиночества, болезней и материальных трудностей. Несмотря на это большинство респондентов 55-60 и 61-74 лет отмечали, что хотели бы *работать*, иметь какую-то занятость в будущем. Большинство респондентов позднего возраста хотели бы участвовать в жизни семьи, общаться с друзьями и знакомыми в будущем. Отметим, что определение желаемой сферы деятельности в будущем вызвало у большинства респондентов 61-74 и 75-90 лет трудности. Мы не обнаружили у респондентов пожилого и старческого возраста выраженной тенденции к «сдвигу в будущее» по данным Е.Ю. Балашовой (2016) и Л.И. Микеладзе (2016). Наоборот, в пожилом и старческом возрасте мы наблюдали *ограниченную перспективу будущего времени*, потерю образа будущего, что говорит о наличии *синдрома отсутствия будущего* (Lureiro-Martinez, 2017). В пожилом возрасте преобладает неопределенная эмоциональная оценка будущего времени, что говорит о *интолерантности к неопределенности*. В старческом возрасте наблюдается негативная оценка образа будущего времени. Меньше всего у респондентов пожилого и старческого возраста наблюдается желание перенестись в будущее. С одной стороны, *неопределенность будущего времени* можно рассматривать как фактор истощения ресурсов на что указывают ряд авторов (Балашова, Микеладзе, 2015; Åström et al., 2014; Lureiro-Martinez, 2017; Barber, 2018). Наличие *психологической определенности будущего времени* граничит с поведенческой ригидностью, которая не сопровождается готовностью к личностному росту (Абульханова, 2017; Стрижицкая, 2006). Выбор в пользу *неопределенности* собственного будущего как экзистенциального решения ведет к субъективному благополучию и когнитивной гибкости (Fung, 2016).

## Выводы по четвертой главе

Проведенное исследование позволило выявить:

I. **Ресурсный потенциал временной компетентности.** Большинство респондентов пожилого и старческого возрастов, способность воспринимать время, наделяют ресурсным значением для обеспечения благополучного старения.

II. **Специфика «ситуативного» масштаба восприятия времени:**

- В пожилом и старческом возрастах наблюдаются следующие варианты динамики субъективного возраста: «идентично», «моложе» или «старше» хронологического возраста. Преобладает феномен «консервации возраста» или положительная когнитивная иллюзия возраста, при которой люди позднего возраста оценивают себя «моложе» хронологического возраста. Это «омоложение» возраста является особой формой поддержания положительной «Я-концепции». Наличие переоценки субъективного возраста следует рассматривать как индикатор состояния психоэмоционального напряжения и психической дезадаптации.

- Самооценка возраста определяется стабильными (показатели состояния физического и психологического здоровья) и проксимальными (уровень образования) репрезентациями. В трех возрастных группах *социо-демографические* (уровень образования) и *психологические* (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни) факторы выступают предикторами оценки субъективного возраста. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном положении и рабочем статусе выступают предикторами субъективного возраста. В отличие от респондентов 55-60 лет в группах 61-74 и 75-90 лет индекс полиморбидности начинает играть роль в предсказании изменений в оценке субъективного возраста.

- В пожилом и старческом возрастах не обнаружено ошибок в ориентировке в пространстве, в поведенческом аспекте ориентировки во времени. Однако наблюдались обратимые, парциальные изменения в форме путаницы со стороны вербальной оценки ориентировки во времени больше у респондентов 61-74 и 75-90 лет, чем 55-60 лет. Иногда респонденты старческого возраста демонстрировали реакцию отказа при просьбе ответить на вопросы на ориентировку во времени. Наблюдались ошибки в определении даты, месяца и дня недели. Ошибок в определении года, времени года, части суток не наблюдалось. Если люди позднего возраста допускали ошибки в ориентировки во времени, у них наблюдалась реакция испуга, сопровождающаяся тревожными реакциями.

- Общими факторами, влияющими на ориентировку в текущем времени в позднем возрасте, являются *психологические предикторы*: симптомы депрессии и удовлетворенность

качеством жизни. Только у респондентов 61-75 лет изменения в семейном статусе влияют на ориентировку в текущем времени. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) рабочий статус выступает предиктором эффективной ориентировки во времени. В отличие от респондентов 55-60 лет, в группах 61-74 и 75-90 лет уровень образования, субъективное чувство одиночества выступают предикторами ориентировки в текущем времени. Изменения в оценке субъективного возраста начинают выступать предиктором только у респондентов 61-74 лет. В старческом возрасте состояние полиморбидности и когнитивное функционирование участвуют в предсказании изменений в ориентировке в текущем времени.

- Учитывая хронологический возраст в пожилом и старческом возрастах, преобладает неопределенность в определении субъективного течения времени, которую можно рассматривать как индикатор истощения ментальных ресурсов благополучного старения, а также как условие для дальнейшего развития в позднем возрасте. В отличие от хронологического, субъективный возраст позволяет детальнее описывать динамику изменений в субъективном течении времени. Пожилые люди, которые оценивают свой субъективный возраст «моложе», отмечают ощущение быстрого течения времени. При оценке «идентично» хронологическому возрасту наблюдается неопределенность в оценке скорости течения времени. Те респонденты, которые оценивают свой субъективный возраст «старше» хронологического возраста, отмечают его замедление.

- В целом респонденты пожилого возраста отмечают быстрое течение времени, в отличие от людей старческого возраста, которые отмечают его замедление. В позднем возрасте наблюдается неоднозначность в субъективной скорости течения времени в зависимости от вида деятельности. В рутинной деятельности наблюдается неопределенная оценка скорости течения времени с тенденцией к медленному его течению. В целенаправленной деятельности - быстрое течение времени. Сами люди позднего возраста считают, что изменения в восприятии времени связаны с возрастом, занятостью, типом деятельности и наполненностью жизни событиями.

- В трех возрастных группах наблюдаются общие социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность КЖ) предикторы субъективной скорости течения времени. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения семейном и рабочем статуса выступают предикторами субъективного течения времени. В группе 61-74 лет к вышеизложенным предикторам добавляется – субъективный возраст. В старческом возрасте (75-90) добавляется когнитивное функционирование и медицинский предиктор – полиморбидность

### III. Специфика «биографического» масштаба восприятия времени:

- Вербальные когнитивные репрезентации времени в пожилом и старческом возрастах показывают, что время в сознании представлено как условие организации повседневной жизни, но сам человек позднего возраста не может управлять им и повлиять на

него. В пожилом возрасте больше преобладают ассоциативные значения и сенсорно-перцептивные репрезентации времени. В целом в позднем возрасте распространены понятийные обобщения, в которых время описывается как экзистенциальный феномен, жизненная ценность (время-жизнь), жизненный ресурс и его ограниченность, неопределенность. Восприятие времени как неопределенности и ограниченного ресурса наблюдается у респондентов 61-74 лет. У 61-74 и 74-90 лет преобладало метафорическое понимание времени, через которое они выражали субъективную скорость течения времени и ценностное отношение ко времени. Парадигматические когнитивные репрезентации как наличие индивидуального концепта времени единично встречались у респондентов позднего возраста.

- Невербальные репрезентации времени представлены в позднем возрасте конкретно-пространственными объектами и метафорическими образами, описывающими динамичный характер течения времени, субъективную скорость течения времени, отношение ко времени, а также временную ориентацию. Ассоциативные значения (время-часы) преобладают у респондентов пожилого возраста. В позднем возрасте распространены сенсорно-перцептивные и понятийные обобщения. Время представлено в сознании людей позднего возраста через хронометры, образы развития, свойства и признаки времени, экзистенциальные символы. Большинство полученных репрезентаций времени указывают на истощение ментальных ресурсов, а также неопределенность настоящего и будущего времени.

- Оценка субъективной скорости течения времени в прошлом и настоящем времени показала, что в отличие респондентов пожилого возраста (55-60 лет) у которых наблюдается феномен акселерации субъективного течения времени в настоящем по сравнению с прошлым временем, в группах 61-74 и 75-90 лет, наоборот, наблюдается феномен «ретардации субъективного течения времени».

- Оценка субъективной скорости течения времени в различные возрастные периоды показала, что большинство респондентов отмечают, что в различных возрастах время течет неодинаково – то быстро, то медленно. У респондентов пожилого возраста наблюдается феномен акселерации субъективного течения времени на данный момент, в отличие от других возрастных периодов. В старческом возрасте субъективное течение времени в ранней юности носит неопределенный характер, в связи с наличием борьбы с трудностями и опытом потерь.

- Наблюдается трансформация когнитивной репрезентации временной перспективы, сниженная связанность временных зон между собой, что говорит о наличии расщепления «Я» во времени. У респондентов 55-60 лет наблюдается большая интеграция трех временных зон при которой прошлое, настоящее и будущее непрерывны, но не связаны между собой. В группе респондентов 61-74 лет наблюдается большая преемственность прошлого и

настоящего времени, по сравнению с группами 55-60 и 75-90 лет. Это говорит о большей интеграции прошлого как ресурса для личного настоящего и будущего времени.

- В трех возрастных группах наблюдаются общие социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность КЖ, субъективный возраст) предикторы степени связанности прошлого, настоящего и будущего времени. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном и рабочем статусе выступают предикторами степени связанности индивидуального прошлого, настоящего и будущего времени. В отличие от респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) в старческом возрасте к вышеперечисленным факторам добавляется *психологический* (когнитивное функционирование) и *медицинский* (полиморбидность).

- У респондентов пожилого возраста отмечалось преобладание неопределенной временной ориентации. В большинстве случаев у респондентов пожилого и старческого возрастов отсутствовала ориентация на будущее, что говорит о признании того, что будущее неопределённо, непредсказуемо. В пожилом возрасте (55-60 лет) наблюдается стремление остаться в настоящем времени, однако наряду с этим отмечается желание перенестись в прошлое. Можно проследить, что наблюдается тенденция к снижению желания оставаться в настоящем в группе старческого возраста по сравнению с группой пожилых людей (55-60 лет). В пожилом и старческом возрастах наблюдается желание перенестись в прошлое, которое оценивалось чаще положительно, однако отмечались тревожные воспоминания.

- Прошлое время большинство респондентов пожилого и старческого возрастов оценивают, как положительный личностный ресурс. Преобладала идеализация и ностальгия по прошлому времени. У респондентов 75-90 лет по сравнению с респондентами пожилого возраста прошлое время в большей степени выступает как ресурс «Я-Другие люди». У респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) прошлое время выступает ресурсом развития и самореализации. В группе 75-90 лет наблюдается описание прошлого как ресурса самоэффективности. Люди старческого возраста применяли временное сравнение состояния здоровья на данный момент, с тем каким оно было в прошлом.

- В пожилом и старческом возрастах наблюдается тенденция к предпочтению настоящего времени с преобладанием социальной желательности, тенденцией к долженствованию и выраженному чувству реализма, что говорит о большем преобладании фаталистического настоящего. В группе респондентов 55-60 лет в отличие от 61-74 и 75-90 лет преобладает положительная оценка настоящего времени. У большинства респондентов пожилого и старческого возраста преобладает описание настоящего времени через личностные ресурсы. Респонденты пожилого возраста описывают свое настоящее как ресурсы «Я-Другие люди», самореализации и самоэффективности. Респонденты старческого возраста по сравнению с пожилым возрастом описывают настоящее время через призму истощения

ресурсов. Наблюдается смещение репрезентаций настоящего в область психологического прошлого времени.

- У людей пожилого и старческого возрастов наблюдается синдром отсутствия будущего, который сопровождается негативным, неконструктивным образом будущего. Негативная оценка будущего времени преобладает у большинства респондентов 75-90 и 61-74 лет, что говорит о том, что будущее не выступает ресурсом. Единично можно было наблюдать желание перенестись в будущее, которое можно рассматривать как компенсаторный механизм, стабилизирующий социальную активность, поддержание соматического и психологического здоровья. В пожилом возрасте наблюдается преобладание неопределенной эмоциональной оценки своего будущего времени. С одной стороны, будущее выступает личностным ресурсом, с другой стороны воспринимается как неопределенность и истощение ресурсов. Наблюдается смещение репрезентаций будущего в область прошлого и настоящего. Пожилой человек не хочет принимать непредсказуемость будущего и порождает специфическую форму психологической защиты: уверенность в знании того, что будет или сдвиг в прошлое, или в настоящее.

- В пожилом возрасте преобладали следующие страхи будущего времени: болезни, инвалидность, одиночество и материальные трудности. У респондентов 61-74 лет отмечались страхи материальных трудностей, одиночества, болезней, страх смерти и несправедливого отношения. В старческом возрасте преобладали страхи одиночества, болезней и инвалидности, страх смерти. Большинство респондентов 55-60 и 61-74 лет отмечали, что хотели бы работать и участвовать в жизни семьи, общаться с друзьями и знакомыми в будущем. Определение желаемой сферы деятельности в будущем вызвало трудности у респондентов 61-74 и 75-90 лет.

## ГЛАВА 5. ОСОБЕННОСТИ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Большая часть социального взаимодействия происходит «в тишине», когда люди позднего возраста обмениваются информацией об эмоциях, мыслях и намерениях неявным образом. Повседневная социальная жизнь требует от пожилого человека, чтобы он выдвигал гипотезы или модели о психических состояниях других людей, основываясь на невербальных выражениях и поведении партнеров по взаимодействию, неявных или неоднозначных устных сообщениях и действиях, косвенно передающих мысли и намерения (Wacker, 2017). Таким образом *модель психического* как метакогнитивная способность понимать собственные психические состояния и состояния, намерения других людей играет важную роль в межличностном функционировании и гибком социальном поведении (Fortier, 2018). Наличие в позднем возрасте изменений в способности понимать психические состояния других людей оказывает влияние на межличностное функционирование; регуляцию личного поведения с тенденцией к нарушению социальных норм; увеличению уязвимости для социальной эксплуатации и мошенничества. Эти изменения часто приводят пожилого человека к социальной изоляции, которая ассоциируется с увеличением рисков развития старческой астении (Moran, 2012; Lecce, 2017; Hasson-Ohayon, 2017). Наличие изменений в способности к построению моделей психических состояний других людей в позднем возрасте следует рассматривать как один из потенциальных нейропсихиатрических маркеров, когнитивных фенотипов ряда психических и неврологических расстройств которые могут наблюдаться в пожилом и старческом возрасте (Derntl, 2011; Natelson Love, 2015; Cotter, 2017). В основе изменений в способности понимать психические состояния других людей в позднем возрасте лежит *полиморфность* и *полиэтиологичность* (см. раздел 1.2.3). Большинство исследователей сводят изменения в способности строить модель психических состояний других людей в позднем возрасте к операциональному аспекту, т.е. состоянию когнитивных ресурсов, нейронных коррелятов (Fliss, 2016; Lecce, 2017), при этом недостаточно уделяя внимание *внутриличностным механизмам*, роли эмоциональных ресурсов, просоциальной мотивации и социальных ресурсов. По сей день *хронологический возраст* рассматривают, как переменную влияющую на способность понимать психические состояния других людей (Henry et al., 2013). Выявлена перевернутая U-образная зависимость возраста и изменений в модели психического в достижении пика в 50-60 лет (O'Brien et al., 2012). Это намекает на положительные связи между возрастом и способностью понимать психические состояния других людей до зрелого возраста, и негативные связи в позднем возрасте. В то время как другие исследователи показывают положительное влияние хронологического возраста на модель психического в форме

возрастающей *социальной мудрости* (social wisdom, Harré et al., 1998), что говорит о нелинейной связи между возрастом и состоянием модели психического (Wacker, 2017). Следует рассмотреть влияние субъективного возраста как биопсихосоциального индикатора течения старения (см. [раздел 1.3.1](#)) на способность понимать психические состояния других людей. В связи с тем, что среди респондентов данного исследования преобладали женщины (феномен феминизации стареющего населения), следует уделить внимание половой специфике процесса понимания психических состояний других людей. В связи с этим проанализируем возрастнo-специфические особенности, социо-демографические (уровень образования), медицинские (полиморбидность) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, когнитивное функционирование, удовлетворенность качеством жизни) предикторы эмоционального и когнитивного компонентов «модели психического» в пожилом и старческом возрасте (Мелёхин, Сергиенко, 2015).

### **5.1. Специфика эмоционального компонента модели психического**

Оценка эмоционального компонента, обеспечивающего способность построения модели психического состояния другого человека в позднем возрасте, была построена на выявлении особенностей *обработки эмоциональной информации по мимике другого человека*. Выражения лица другого человека передают важную информацию об его психическом состоянии и намерениях (Fölster et al, 2014; Ebner, Fischer, 2014). Распознавание эмоций представляет собой начальную уровень обработки социо-эмоциональной информации, который достигает кульминации в восприятии намерений других, поэтому успех в этой области имеет решающее значение для более поздних, более сложных уровней социальной обработки. В пожилом и старческом возрасте происходят изменения в декодировании эмоциональной информации по лицу другого человека (Natelson Love et al, 2015; Njomboro, 2017). Эти изменения рассматривают как один из *симптомов социо-когнитивного дефицита*, которые заслуживает особого внимания, т.к. они имеют последствия для изменений в психологической асертивности, межличностном функционировании, здоровье-сберегающем поведении, социальной адаптации и ресоциализации пожилого человека (Dejko, 2015; Dickerson, 2015; Henry et al, 2016; Moran, 2012). Оценка включала в себя распознавание и дифференциацию положительных и отрицательных эмоций, а также эмоционально нейтральных лиц. В ходе оценки способности к построению модели психического респонденты в трех возрастных групп

не наблюдалось «помех», т.е. они не демонстрировали чрезмерную уклончивость, враждебность, неадекватные невербальные реакции.

### 5.1.1. Распознавание эмоций по экспрессии лица

Респонденты 75-90 лет немного хуже справлялись с заданием определения эмоций по экспрессии лица другого человека (30 правильных ответов из 40 возможных) по сравнению с респондентами 55-60 лет (34 правильных ответа из 40) и 61-74 лет (32 правильных ответа из 40) (табл. 5.1).

**Таблица 5.1.** - Распознавание простых эмоций (по Пенсильванскому тесту распознавания эмоций) в трех возрастных группах респондентов

Компоненты ER40	55-60 лет (A)		61-74 лет (B)		75-90 (C)		Попарное сравнение
	n=120		n=120		n=50		
	M	SD	M	SD	M	SD	
Время, затраченное на правильный ответ (мс)	2214	655	2382	474	2954	517	AC*, BC*
<b>Общий индекс распознавания эмоций</b> (число правильных ответов, всего) [40]	33,7	3,2	31,9	2,1	30,4	2,6	AB**, AC**, BC*
<b>Субкомпоненты</b>							
Женские лица [20]	18,5	1,3	17,8	0,8	15,6	2,1	AC**, BC**
Мужские лица [20]	17,8	1,9	16,4	2,0	15,1	1,3	AB*, AC**, BC*
Радость [8]	7,9	0,11	7,4	0,57	7,2	0,46	-
Гнев [8]	5,1	1,5	4,6	1,1	4,1	0,97	AC*
Страх [8]	6,3	1,1	6,1	1,2	5,1	0,87	AC*, BC*
Печаль [8]	6,8	1,2	6,1	1,3	5,1	1,1	AC*, BC*
Эмоционально нейтральные лица [8]	6,4	1,2	5,9	1,7	5,2	1,6	AC*
Низкая (слабая) интенсивность эмоций [20]	14,3	1,9	12,1	1,1	11,4	1,2	AB**, AC**, BC*
Высокая (сильная) интенсивность эмоций [20]	16,1	1,2	14,6	1,6	13,6	1,7	AB**, AC**, BC*

*Примечание.* \*\* -  $p < 0,01$ , \* -  $p < 0,05$  при попарном сравнении групп- A,B,C с помощью U-критерия Манна-Уитни

В группах 55-60 лет и 61-74 лет *женские лица* распознаются лучше, чем *мужские лица*. Наблюдается *эмоциональная гетерогенность* при распознавании эмоций. Эмоция *радости* была хорошо распознаваемой у респондентов 55-60 лет (8 правильных ответов из 8), 61-74 лет (7 правильных ответов из 8) и 75-90 лет (7 правильных ответов из 8), что говорит о *гиперчувствительности* к положительным эмоциям. Наибольшие трудности наблюдаются при определении распознавании отрицательных простых эмоций: *гнев, страх* и *печаль*, что говорит о *гипочувствительности* к отрицательным эмоциям. Наблюдались трудности при определении *эмоционально нейтральных лиц* у респондентов 55-60 лет (6 правильных ответов из 8) и 75-90 лет (5 правильных ответов из 8). При идентификации *отрицательных эмоций* наблюдалось больше ошибок, чем при распознавании положительных эмоций (рис. 5.1).

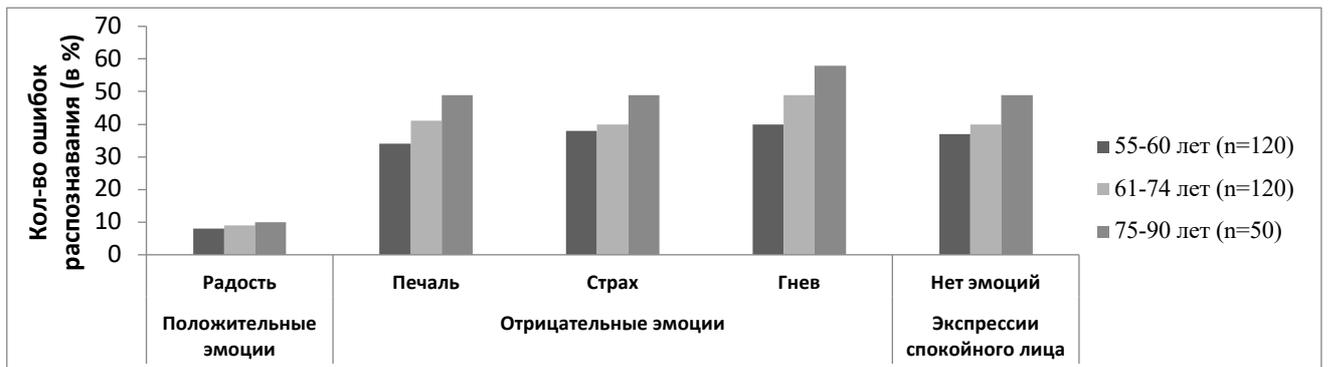


Рисунок 5.1. - Ошибки в распознавании простых эмоций (по Пенсильванскому тесту распознавания эмоций) у респондентов трех возрастных групп

При распознавании *экспрессии спокойного лица* у респондентов трех возрастных групп наблюдалось приписывания других эмоций, что согласуется с данными В.А. Барabanщикова (2012), Е.М. Веисса (Weiss, 2008) о том, что спокойные лица нередко оцениваются людьми позднего как выражающие *различные эмоции*. Этот феномен получил множество названий: «ложная атрибуция» или «гиперментализация с негативным смещением» (Maria, Juan, 2017); «предвзятая/ эмоционально-обусловленная ментализация» (biased/affect-driven mentalizing, Luyten, Fonagy, 2017); «чрезмерная модель психического» (excessive theory of mind, Dziobek et al., 2006); «проективная идентификация» (Luyten, Fonagy, 2017). В большинстве случаев спокойному лицу приписывалась отрицательная валентность, т.е. эмоция *печали*, в меньшей степени *злости* (рис. 5.2).

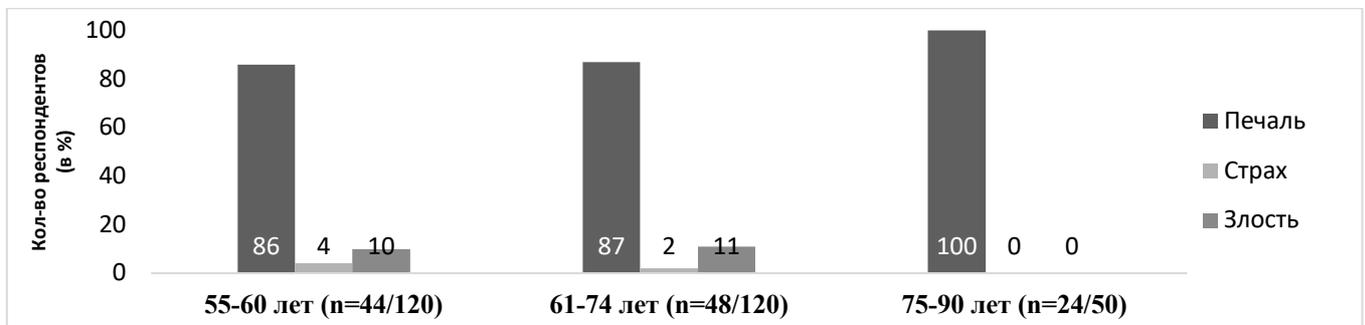
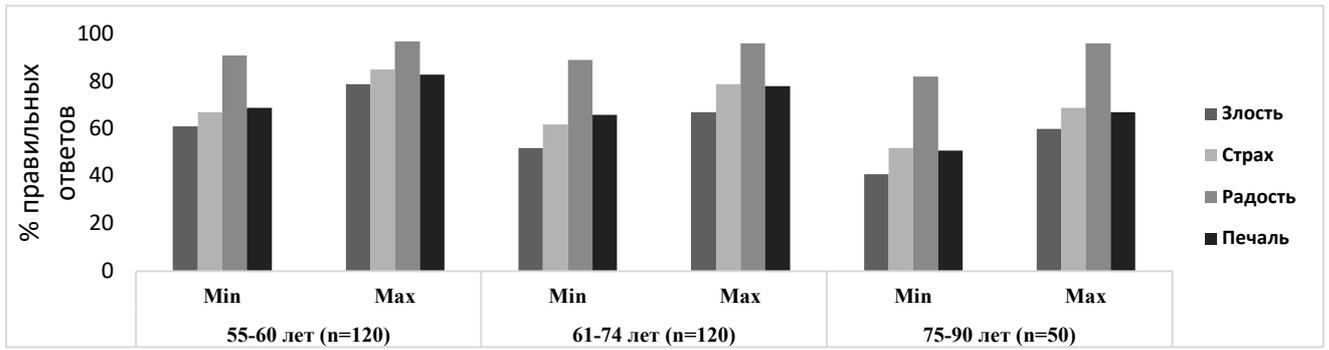


Рисунок 5.2. - Ложная эмоциональная атрибуция (по Пенсильванскому тесту распознавания эмоций) у респондентов трех возрастных групп

Единично в пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) наблюдалось приписывание *страха*, что говорит о повышенной чувствительности к стрессу (по Luyten, Fonagy, 2017). В группах пожилого возраста лучше распознаются эмоции при их *высокой*, чем низкой интенсивности экспрессии. Высокая интенсивность экспрессий способствует *лучшему* распознаванию страха, гнева и печали (рис.5.3).



**Рисунок 5.3.** - Распознавание эмоций в зависимости от интенсивности лицевой экспрессии (по Пенсильванскому тесту распознавания эмоций) у респондентов трех возрастных групп. *Примечание.* Min – низкая интенсивность экспрессии мимики, Max – высокая интенсивность экспрессии мимики.

Больше ошибок при распознавании эмоций наблюдается в группе респондентов старческого (75-90 лет) в отличие от пожилого возраста. Таким образом трудности при распознавании эмоций нами были объединены в **симптомы эмоционально-специфического дефицита**: длительное время при распознавании эмоций; увеличение частоты ошибок; трудности распознавания эмоций при ее низкой экспрессивной интенсивности; трудности в распознавании мужских и женских лиц других людей различных этнических групп; ложная атрибуция (Мелёхин, Сергиенко, 2015).

## Корреляционный анализ

- **Уровень образования.** Показано, что у респондентов трех возрастных групп общий показатель распознавания простых эмоций и время ответа сопряжено с *уровнем образования*. Наличие средне-специального и высшего образования сопровождается лучшим пониманием психического состояния других людей с помощью мимики. У респондентов 55-60 и 61-74 лет наблюдаются связи *уровня образования* с распознаванием гнева, страха, печали, и эмоций при низкой лицевой интенсивности эмоций (таблица И.1; И.5; И.10).

- **Рабочий и семейный статус.** У респондентов 55-60 и 61-74 лет, в отличие от группы 75-90 лет наблюдаются множественные связи семейного и рабочего статуса с показателями распознавания эмоций (таблица И.1; И.5; И.10).

- **Субъективный возраст.** У респондентов трех возрастных групп, субъективный возраст которых «моложе» хронологического, наблюдается большее количество значимых положительных связей между распознаванием эмоций и компонентами субъективного возраста. Большинство положительных связей между наблюдается биологическим (выгляжу) и

эмоциональным (чувствую) возрастами с компонентами обеспечивающие распознавание простых эмоций (таблица И.4; И.8;12).

- **Состояние здоровья.** Наблюдается отрицательная сопряжённость изменений в полиморбидном статусе у респондентов трех возрастных групп с показателями распознавания простых эмоций. В отличии от респондентов 55-60 лет, в группах 61-74 и 75-90 лет прослеживаются множественные отрицательные связи полиморбидного статуса с показателями распознавания эмоций (таблица И.2; И.6; И.10).

- **Удовлетворенность качеством жизни.** Удовлетворенность качеством жизни вносит вклад в распознавание простых эмоций и время реакции у респондентов трех возрастных групп. У респондентов 61-74 и 75-90 лет удовлетворенность физическим здоровьем вносит положительный вклад в понимание эмоциональных состояний по лицевой экспрессии. Наблюдаются множественные положительные связи удовлетворенности психологическим здоровьем и социальными отношениями с компонентами распознавания эмоций у респондентов трех возрастных групп (таблица И.3; И.7; И.11).

- **Эмоциональное состояние.** У респондентов трех возрастных групп наблюдаются множественные отрицательные связи между изменениями в когнитивном функционировании, наличием симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества и показателями распознавания эмоций (таблица И.2; И.6; И.10).

### **Биопсихосоциальные предикторы распознавания эмоций по лицу**

Из таблицы 5.2. видно, что в трех возрастных группах наблюдаются общие социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст) влияющие на распознавание эмоций по лицу (Мелёхин, Сергиенко,2015).

**Таблица 5.2.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи гериатрического статуса и распознавания простых эмоций (по Пенсильванскому тесту распознавания эмоций) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Распознавание простых эмоций по лицевой экспрессии (по ER40)	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,537	0,522	0,631
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	16,781**	18,525**	16,549**
	Уровень образования	0,212*	0,210*	0,244*
	Семейное положение	0,247*	0,225*	-
	Рабочий статус	0,255*	0,265*	-
	Симптомы депрессии	-0,318*	-0,385**	-0,393**
	Субъективное чувство одиночества	-0,261*	-0,331*	-0,311*
	Удовлетворенность качеством жизни	0,310*	0,381**	0,373**
	Полиморбидный статус	-	-0,162*	-0,193*
	Когнитивное функционирование	-	-0,171*	-0,190*
	Субъективный возраст	-0,227	-0,254	-0,232

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном и рабочем статусе влияют на распознавание эмоций по лицу. Если у респондентов 55-60 лет 5 факторов определяют распознавание простых эмоций, то в группе 61-74 и 75-90 лет – 7 факторов, среди которых *медицинский* (полиморбидность) и дополнительный *психологический* (когнитивное функционирование).

### 5.1.2. Дифференциация интенсивности эмоций по экспрессии лица

У респондентов пожилого и старческого возраста наблюдаются трудности в дифференциации интенсивности тонких эмоциональных проявлений лицевой экспрессии радости так и печали (табл. 5.3).

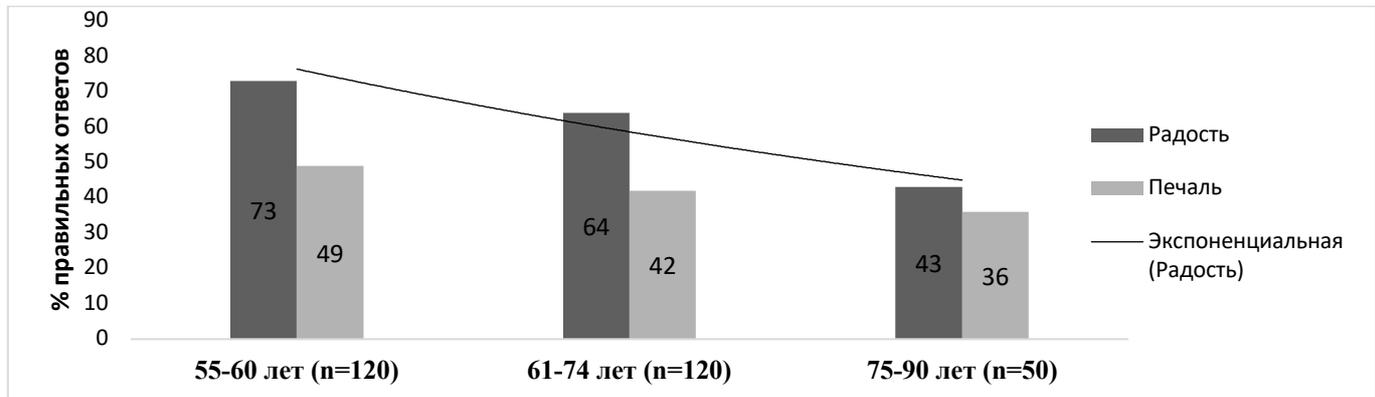
**Таблица 5.3.** - Дифференциация интенсивности эмоций (по Пенсильванскому тесту дифференциации эмоций) в трех возрастных группах респондентов

Компоненты EmoDiff40	55-60 лет (A)		61-74 лет (B)		75-90 (C)		Попарное сравнение
	n=120		n=120		n=50		
	M	SD	M	SD	M	SD	
<b>Общий индекс дифференциации эмоций [40]</b>	25,9	3,22	24,2	4,01	21,2	1,45	AB*, AC**, BC**
<b>Субкомпоненты</b>							
Различение <b>радости</b> (число правильно определенных «более радостных» лиц) [19]	14,7	3,21	13,6	2,37	11,4	1,65	AB*, AC**, BC**
Различение <b>печали</b> (число правильно определенных «более печальных» лиц) [21]	12,3	2,26	11,4	2,3	9,2	1,93	AB*, AC**, BC**
Время на определение «более <b>радостного лица</b> » (мс)	2763	412	3040	372	3363	539	AB*, AC**, BC**
Время на определение «более <b>печального лица</b> » (мс)	3651	614	3849	525	4338	531	AB*, AC**, BC**

Примечание. \*\* - p < 0,01, \* - p < 0,05 при попарном сравнении возрастных групп респондентов - A, B, C с помощью U-критерия Манна-Уитни.

У респондентов трех возрастных групп при дифференциации интенсивности эмоций по лицевой экспрессии наблюдаются следующие *симптомы эмоционально-специфического*

**дефицита:** большее время при выборе ответа; увеличение частоты ошибок в дифференциации интенсивности эмоций. Респонденты трех возрастных групп затрачивали больше время на определении «более *печального* лица», в отличие от определения «более *радостного* лица». В большей степени трудности при дифференциации интенсивности эмоций радости или печали наблюдаются в группе респондентов старческого возраста. В трех возрастных группах лучше по интенсивности дифференцируются эмоция *радости*, чем печали (рис. 5.4).



**Рисунок 5.4.** - Дифференциация интенсивности эмоций положительных и негативных эмоций (по Пенсильванскому тесту дифференциации эмоций) у респондентов трех возрастных групп

Меньше всего ошибок наблюдается при дифференциации эмоции *радости* у респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет).

### Корреляционный анализ

- **Уровень образования.** Показано, что у респондентов трех возрастных групп общий показатель дифференциации эмоций и его компоненты сопряжены с уровнем образования. При наличии средне-специального и высшего образования люди позднего возраста лучше различаются интенсивности эмоций радости и печали (таблица И.13; И.17; И.21).
- **Семейный и рабочий статус.** Показано, что у респондентов трех возрастных групп общий показатель дифференциации эмоций и его компоненты сопряжены с *семейным статусом*. У респондентов 55-60 и 61-74 лет *рабочий статус* связан с способностью дифференцировать эмоции (таблица И.13; И.17; И.21).
- **Субъективный возраст.** У респондентов трех возрастных групп, субъективный возраст которых «моложе» хронологического, наблюдается большее количество значимых положительных связей между дифференциацией эмоций и компонентами субъективного возраста. Большинство связей у респондентов трех возрастных групп наблюдается *биологического* и *эмоционального* возраста с компонентами, обеспечивающими дифференциацию эмоций радости и печали (таблица И.16; И.20; И.24).

- **Состояние здоровья.** Наблюдается сопряженность изменений в полиморбидном статусе у респондентов трех возрастных групп с способностью дифференцировать эмоции радости и печали. В отличие от респондентов 55-60 и 61-74 лет, в группе 75-90 лет прослеживаются связь полиморбидного статуса с временем ответа при дифференциации эмоций (таблица И.14; И.18; И.22).
- **Удовлетворенность качеством жизни.** Наблюдаются множественные положительные связи у респондентов трех возрастных групп дифференциации простых эмоций и удовлетворенности качеством жизни. Удовлетворенность качеством жизни, психологическим здоровьем и социальными отношениями вносят положительный вклад в дифференциацию эмоций и время реакции у респондентов трех возрастных групп. У респондентов 75-90 лет удовлетворенность физическим здоровьем вносит вклад в способность дифференцировать эмоции радости и печали (таблица И.15; И.19; И.23).
- **Эмоциональное благополучие.** У респондентов трех возрастных групп наблюдаются отрицательные связи между изменениями в когнитивном функционировании, наличием симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества и показателями дифференциации эмоций (таблица И.14; И.18; И.22).

### Биопсихосоциальные предикторы дифференциации интенсивности эмоций по лицу

Из таблицы 5.4. видно, что в трех возрастных группах наблюдаются общие социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст) влияющие на дифференциацию интенсивности эмоций по лицу (Мелёхин, Сергиенко, 2015).

**Таблица 5.4.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи гериатрического статуса и дифференциации интенсивности эмоций (по EmoDiff40) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Дифференциация эмоций по лицевой экспрессии (по EmoDiff40)	<b>N</b>	<b>120</b>	<b>120</b>	<b>50</b>
	<b>R<sup>2</sup></b>	0,519	0,611	0,623
	<b>Значимость модели (p)</b>	0,001	0,001	0,001
	<b>Константа</b>	16,781**	18,721**	17,826**
	Уровень образования	0,229*	0,232*	0,210*
	Семейное положение	0,240*	0,225*	-
	Рабочий статус	0,247*	0,230*	-
	Симптомы депрессии	-0,320*	-0,421**	-0,463**
	Субъективное чувство одиночества	-0,311*	-0,353**	-0,349**
	Удовлетворенность качеством жизни	0,329*	0,376**	0,394**
	Полиморбидный статус	-	-0,157*	-0,190*
	Когнитивное функционирование	-	-0,130*	-0,144*
Субъективный возраст	-0,259*	-0,251*	-0,232*	

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном и рабочем статусе вносят вклад в дифференциацию эмоций по лицу. Если у респондентов 55-60 лет 5 факторов определяют дифференциацию эмоций, то в группе 61-74 и 75-90 лет – 7 факторов, среди которых *медицинский* (полиморбидность) и дополнительный *психологический* (когнитивное функционирование).

### **Ресурсное значение распознавания и дифференциации эмоций в позднем возрасте**

Дополнительно респондентам пожилого и старческого возраста задавался вопрос: *«Считаете ли Вы эффективное распознавание и различение эмоций по лицу ресурсами благополучного старения?»*. Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди пожилого и старческого возраста ресурсным значением, данный *социо-когнитивный процесс*. Большинство респондентов 55-60 (88%), 61-74 (91%) и 75-90 (78%) лет отмечают, что умение распознавать и различать различные эмоции по лицу других людей является ресурсом благополучного старения, т.к. помогает лучше понять желания и потребности собеседника. 12% респондентов 55-60, 9% – 61-74 лет и 22% - 75-90 лет, что восприятие эмоций по лицу – это не ресурс, а стресс, т.к. чем лучше понимаешь людей, тем меньше хочется им доверять и общаться.

#### **5.1.3. Обсуждение полученных результатов**

Проведенное исследование позволило выявить наличие *парциальных изменений* в эмоциональном компоненте модели психического, которые следует рассматривать как закономерный процесс, имеющий место в условиях эмоционального напряжения, ситуациях новизны, повышенной неопределенности, фрустрации и недоброжелательных намерений со стороны других людей. Были выделены *симптомы аффективно-специфического дефицита* со стороны следующих субкомпонентов:

- ***Распознавание и дифференциация интенсивности эмоций.*** Согласно полученным нами данным адекватность оценок эмоций лица в пожилом и старческом возрасте неоднородна и зависит от модальности эмоций и их интенсивности. Наши данные согласуются с исследованиями С. Леччи (Lecce, 2017) и А. Гонсалвес (Gonçalves, 2018) о наличии *пластичных* изменений в модели психического на протяжении всего позднего онтогенеза. При анализе полученных результатов в трех возрастных группах можно отметить, что

распознавания эмоций начинает снижаться с *60 лет* и увеличивается в группе старческого возраста - 75-90 лет, что согласуется с данными Л. Чаби, П. Нарме (2009) и А. Гонсалвес (2018) о том, что незначительные изменения в распознавании эмоций по лицам людей начинают наблюдаться с 50-60 лет и увеличиваются к 70-75 годам (Chaby, Narme, 2009; Gonçalves, 2018). При распознавании и дифференциации интенсивности эмоций нами было отмечено, что в старческом возрасте по сравнению с группами респондентов 55-60 и 61-74 лет наблюдается ***изменения во времени отклика на эмоциональный стимул***. Этот факт можно рассматривать, как дополнительным симптомом социо-когнитивных изменений, когда наблюдаются трудности в обработке эмоциональной информации по лицевой экспрессии в позднем возрасте. В группах пожилого и старческого возраста наблюдаются ***эмоциональная гетерогенность*** при распознавании эмоций. Наблюдаются ***феномен положительного перцептивного смещения***: большие трудности при распознавании и дифференциации интенсивности *отрицательных* в отличие от *положительных* эмоций. Эти данные подтверждает исследования, показывающие наличие этого феномена как индикатора дисфункции в лимбической, паралимбической системах и снижение функциональной активности префронтальных отделов преимущественно медиобазальных (Langenecker, 2005). С другой стороны, как *компенсаторного* механизма снижения когнитивных ресурсов, форма социо-эмоциональной селективности направленной на обеспечение защиты, поиск поддержки. В позднем возрасте снижение распознавания эмоций можно наблюдать для всех негативных эмоций (печали, страха) (Mather, Carstensen, 2003). *Учитывая психоэволюционную теорию Р. Плутчика* в позднем возрасте избегание негативных эмоций, может быть связана с их когнитивной оценкой как несущих опасность, неопределенность. Эмоции радость и печаль – являются важными социальными маркерами. *Печаль и гнев* часто являются самыми избегаемыми эмоциями в позднем возрасте (Fredrickson, 2001). Эмоция *гнева* – это отсутствие безопасности, барьер на пути удовлетворения потребностей. По мнению П. Экмана распознавание печали является индикатором определения способности сострадать другому человеку. Печаль – это сдержанная форма горя или страдания (Экман, 2016). Также следует отметить, что в отличие от радости и печали, страх и гнев более сложные для распознавания эмоции, требующие более развернутое представление о психическом состоянии другого человека (Phillips, 2002). *Учитывая когнитивно-мотивационную теорию отношений Р.С. Лазаруса* эти эмоции связаны с различными когнитивными оценками события, а также согласно П. Фонаги могут быть связаны с прошлым опытом эмоциональных отношений (Mather, Knight, 2006), а также межличностным стрессом (Бейтман, Фонаги, 2014). Отметим, что единично отмечались трудности в распознавании *радости* у респондентов трех возрастных, что можно рассматривать как индикатор *негативного перцептивного смещения*, который наблюдается у лиц группы риска развития большого эпизода депрессии на что указывают как зарубежные (Shiroma, Thuras, 2016) так и отечественные авторы (Пуговкина,

Холмогорова, 2015; Балашова, Плужников, 2018). Эти аномальные перцептивные сбои в обработке эмоциональной информации связаны с наличием у наших респондентов с субдепрессией проявлений *социальной ангедонии*, которая является следствием и признаком личностно-конституциональных изменений в виде ожидания столкновения с негативной информацией в окружающей среде, избирательного безразличного отношения к положительным эмоциональным стимулам (Пуговкина, Холмогорова, 2015; Балашова, Плужников, 2018; Germine, 2011). Нами было отмечено, что высокая интенсивность эмоций способствует лучшему распознаванию эмоций, что согласуется с исследованиями О.А. Сидоровой (2001) и В.А. Барабанщикова (2012). В позднем возрасте требуется более *высокий порог интенсивности эмоций*, для более точного их распознавания (Shiroma, Thuras, 2016). Отметим, что трудности распознавания эмоций при низкой интенсивности являются индикатором социо-когнитивной *уязвимости*, характерной для людей с депрессией, что показал в своих исследованиях С.А. Лангенеcker (Langenecker, 2005).

- **Феномен атрибутивной проекции при распознавании эмоций.** При распознавании экспрессии спокойного лица у респондентов трех возрастных групп наблюдалось приписывание других эмоций, что говорит о наличии *ложной атрибуций, атрибутивной проекции* или осознаваемой атрибуции. Напомним, что у большинства респондентов пожилого и старческого возраста наблюдаются симптомы субдепрессии, при которой может наблюдаться депрессивный реализм или *гиперментализация*, когда нейтральным эмоциональным стимулам (выражение лица) приписывается отрицательная эмоциональная валентность. В нашем исследовании респонденты в большинстве случаев спокойному лицу приписывалась эмоцию *печали*, в меньшей степени *злость* и реже *страх*. Приписывание людьми позднего возраста нейтральному лицу более насыщенных, актуальных эмоциональных переживаний в какой-то мере это можно рассматривать, как подтверждение *гипотезы конгруэнтности* настроения в форме группироваться и готовиться к чему-то плохому (Shiroma, Thuras, 2016). Когда мы говорим о процессе ментализации, то она оценивается не в искусственных условиях теста, а в контексте отношений человека (Бейтман, Фонаги, 2014). Можно предположить, что приписывание нейтральному лицу в позднем возрасте негативных эмоция является проективной идентификацией и служит защитным механизмом человека. Чувства, мысли, которые не могут быть сознательно доступны, проецируются на другого человека. В основе этого феномена может лежать «погоня за травматическими призраками» (по Бейтман, Фонаги, 2014), напоминание о травматической ситуации, пробуждение актуальных переживаний человека позднего возраста. Нейтральное лицо другого человека для пожилого человека с субдепрессией может выступать как проекцией обидчика, так и фигурой привязанности (Бейтман, Фонаги, 2014).

Изменения в когнитивно-аффективных схемах в позднем возрасте в форме приписывание *печали* нейтральному лицу связано с стратегией «*гиперактивации привязанности*» (attachment hyperactivating strategies), т.е. попытками найти безопасность. Приписывание *злости* нейтральному лицу связано с *дезактивации привязанности* (attachment deactivating strategies), отрицанием потребности в привязанности, убеждением собственной автономии и независимости в попытке понизить уровень стресса. Убеждение, что другие не могут обеспечивать поддержку и комфорт. Соотносится с стилями привязанности избегание и пренебрежения (Luyten, Fonagy, 2017). Приписывание *печали* и *злости* нейтральным лицам согласуется с исследованием У. Канзмана (Kunzmann, 2014), который показал, что *печаль* символизирует оценку ситуации старения как потери, осознание конечности жизни и недостижимости целей. Утрату и желание возраста к тому, кто обеспечивал заботу (Mather, Knight, 2006). Приписывание *злости* следует оценивать, как индикатор гипербдительности, переоценку угрожающей ситуации. Согласно *интегративной модели возникновения депрессии* (см. раздел. 1.2.2) наличие этого феномена говорит о сбое или искажениях в когнитивно-аффективных схемах «Я» и «Другие». Указывает на *синдром дефицита вознаграждения* (reward deficiency syndrome), который сопровождается изменениями в социокультурных ожиданиях, в автономии и чувстве субъектности, отсутствием безопасного процесса привязанности, ощущением социальной потери и отторжения. Этот синдром сопровождается *гиперактивностью гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси*, что способствует изменению в активности префронтальной области мозга, что приводит к гиперментализации, как гипервозбуждению с целью уберечь себя от негативных намерений других людей. Это увеличивает риски развития большого эпизода депрессии (Бейтман, Фонаги, 2014).

- **Феномен гендерного уклона.** Женщины пожилого и старческого возраста лучше распознают женские лица, чем мужские что, согласуется с феноменом «*гендерного уклона*» (female own-gender mindreading bias) при распознавании экспрессий лица (Palmer, Brewer, 2013; Herlit, Lovén, 2013; Wacker, 2017). В основе этого феномена лежат следующие механизмы: 1) женщины лучше понимают чувства, эмоции, поведение других женщин, потому что взаимодействие с другими женщинами может предложить им более высокую взаимность навыков понимать психические состояния; 2) реализация мотивов отношений (например, обмен эмоциями); 3) саморефлексия с превосходящим «читателем» психических состояний (superior mindreader); 4) усиление эмоционально выразительных целей (Wacker, 2017).

- **Предикторы «эмоционального компонента» модели психического.** Выделенные нами *предикторы* свидетельствуют о том, что в отличие от хронологического, субъективный возраст позволяет детальнее описывать динамику изменений в распознавании и дифференциации эмоций. Субъективный возраст как *внутренний ресурс*, который позволяет гибко справляться с вызовами, неудачами и потерями в жизни вносит вклад в распознавание и

дифференциацию эмоций, что находит свое подтверждение в исследованиях У. Степхана (Stephan, 2013; 2015). При наличии *положительной когнитивной иллюзии возраста*, когда пожилой человек занижает свой возраст, наблюдаются *лучшее* распознавание эмоций страха, печали, а также дифференциация эмоций, чем у тех, кто оценивает «идентично» или завышает свой возраст. Полученные нами данные по субъективному возрасту согласуются с *мотивационной парадигмой* (Zhang,2013), согласно которой пожилой человек эффективность понимания психических состояний других людей зависит от *социальной мотивации*. *Уровень образования* вносит вклад в распознавание и дифференциацию эмоций. Этот компонент социодемографического статуса можно отнести к *защитным факторам* с опорой на *теорию социальной нервной системы* (Social Nervous System, S. Porges) и *социальных резервов* (theory social reserve, R.Fliss). Согласно этим теориям, наличие высокого уровня образования способствует повышению *нейротрофической активности*, формированию компенсаторных механизмов возрастнo-ассоциативных последствий старения мозга (Fliss, 2016).

В нашем исследовании было показано, что когнитивное функционирование в группах 61-74 лет и 75-90 лет вносит вклад в распознавание и дифференциацию интенсивности эмоций, что согласуется с рядом нейропсихологических исследований показывающих, что с возрастом происходят изменения в механизмах «социального мозга» (Cotter, 2017; Fliss, 2016; Лессе,2017; Ebner, Johnson,2009; Chaby, Narme,2009), приводящие к изменениям в когнитивных ресурсах. Такие защитные факторы благоприятного старения, как сохранный функциональный статус, наличие социальной активности поддерживают эту способность (Castelli,2010). На распознавание и дифференциацию интенсивности эмоций, в пожилом и старческом возрасте влияют *симптомы депрессии* и *субъективное чувство одиночества*, что согласуется с данными ряда исследований (Langenecker,2005; Natelson Love,2015; Shiroma,2016). Наличии субдепрессии у наших респондентов ассоциируется с высоким эмпатическим дистрессом. Они становятся менее открытыми для нового, затрачивают меньше времени на анализ собственных и чужих чувств, в результате этого у них снижается потребность распознавать эмоции других людей (Mill,2009). Этот феномен получил название *психологической социальной защиты* (Сидорова,2001) или *социальной ангедонии* (Germine,2011). Пожилые люди с симптомами субдепрессии могут не воспринимать некоторые части изображений (например, при распознавании и дифференциации эмоций) они кажутся им тусклыми, лишенными красок, невыразительными, либо вовсе отсутствующими (Germine,2011). В распознавание и дифференциацию эмоций в пожилом и старческом возрасте вносит вклад *удовлетворенность качеством жизни, физическим, психологическим здоровьем и социальными отношениями*, что соответствует данным Дж. Сиаррочи, показавший, что на способность понимать эмоции воздействует субъективное благополучие (Ciarrochi,2000). В зависимости от удовлетворенности *социальными отношениями*, как компонента качества жизни меняется частота социальных

взаимодействий, которая влияет на мотивацию человека пожилого и старческого возраста понимать психическое состояние другого человека (Wang, Su, 2013).

## **5.2. Специфика когнитивного компонента модели психического**

Изучение *когнитивного компонента*, обеспечивающего способность построения модели психического состояния другого человека позднем возрасте, было построено на выявлении особенностей *памяти на лица* и процесса *понимания обмана*. Распознавание ложных убеждений, являются центральным компонентом модели психического. В то время как прошлые исследования с детьми и подростками выявили значительный сдвиг в способности оценивать ложные убеждения, меньше известно о специфике и предикторах этой способности в пожилом и старческом возрасте (Bernstein, 2017; Wellman, 2018). Мы предполагаем, что способность понимать небуквальные высказывания претерпевает периоды «взлетов» и «падений» на протяжении всей жизни. Динамический характер понимания ложных убеждений в онтогенезе подтверждается рядом исследований (см. раздел.1.2.2), показывающими, что пожилые люди регулярно делают больше ошибок, чем молодые люди. В связи с этим проанализируем возрастно-специфические особенности, социо-демографические (уровень образования), медицинские (полиморбидность) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, когнитивное функционирование, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст) предикторы когнитивного компонента «модели психического» (память на лица, понимание обмана) в пожилом и старческом возрасте.

### **5.2.1. Память на лица других людей**

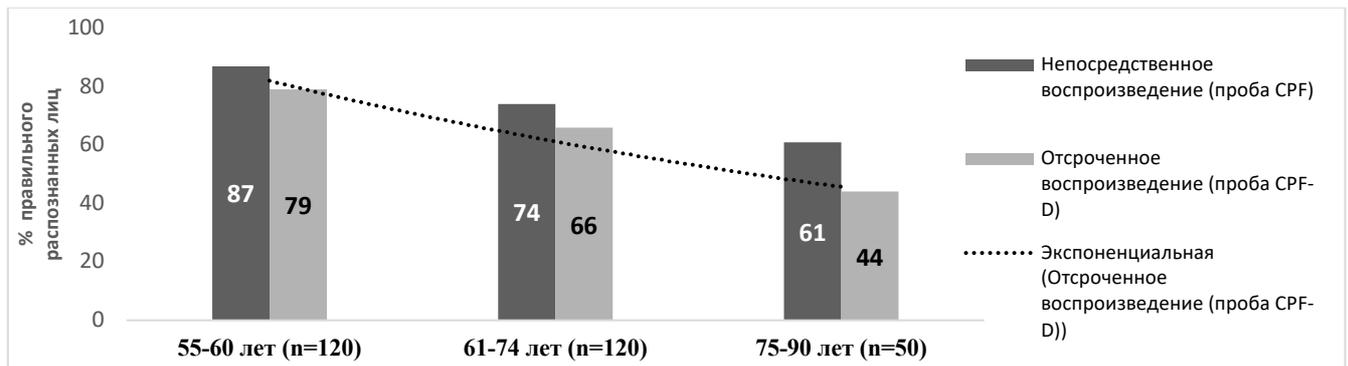
Показано, что наблюдаются качественные и скоростные изменения в непосредственном и отсроченном запоминании лиц по памяти у респондентов трех возрастных групп (табл.5.5).

**Таблица 5.5.** Память на лица (по Пенсильванскому тесту запоминания лиц) в трех возрастных группах респондентов

Показатели PFMT		55-60 лет (А)		61-74 лет (В)		75-90 (С)		Попарное сравнение
		n=120		n=120		n=50		
		М	SD	М	SD	М	SD	
Непосредственное воспроизведение	Индекс распознавания [40]	34,7	2,22	31,7	2,87	26,4	0,94	AB**, AC**, BC**
	Время, затраченное на правильный ответ (мс)	1633	452	1781	639	1893	541	AB**, AC**, BC**
	Кол-во воспроизведенных лиц [20]	17	1,69	15,3	1,10	9,7	1,43	AB**, AC**, BC**
Отсроченное воспроизведение	Индекс распознавания [40]	33,6	1,5	28,1	1,6	19,4	1,3	AB**, AC**, BC*
	Время, затраченное на правильный ответ (мс)	1714	325	1891	553	2052	432	AB**, AC**, BC**
	Кол-во воспроизведенных лиц [20]	15,1	1,11	11,1	1,33	6,9	1,16	AB**, AC**, BC**

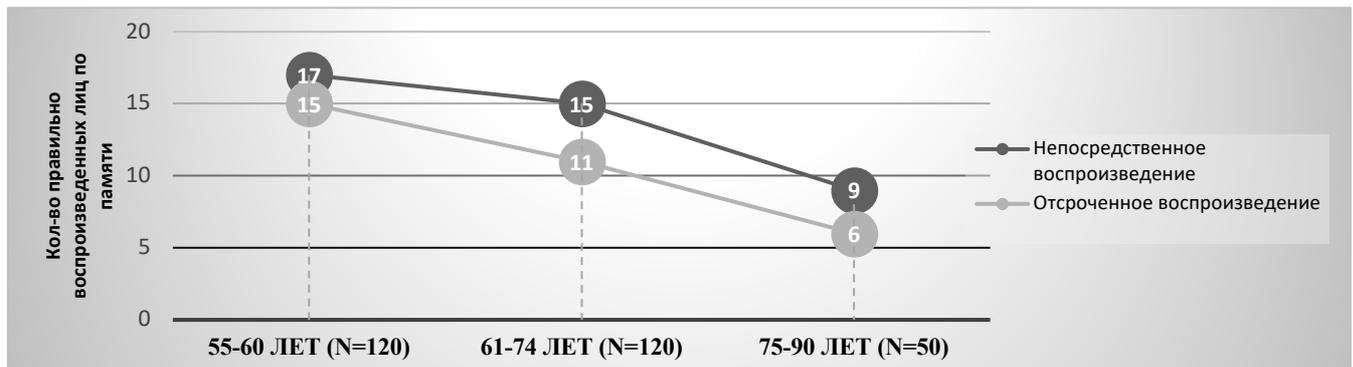
*Примечание.* В квадратных скобках указан максимальный баллы по компонентам теста. \*\* -  $p < 0,01$ , \* -  $p < 0,05$  при попарном сравнении возрастных групп респондентов - А, В, С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Больше трудностей в непосредственном и отсроченном распознавании ранее предъявленных лиц для запоминания (20 лиц) среди других 20 лиц-дистракторов наблюдается у респондентов *старческого возраста* по сравнению с респондентами пожилого возраста (рис.5.5)



**Рисунок 5.5.** - Правильное распознавание лиц при непосредственном и отсроченном воспроизведении (по Пенсильванскому тесту запоминания лиц) у респондентов трех возрастных групп

Меньше всего ошибок в распознавании ранее предъявленных лиц среди лиц-дистракторов наблюдается у респондентов 55-60 лет. У респондентов 61-74 лет и 75-90 лет *затрачивалось больше времени* на выбор правильного ответа как при непосредственном, так и отсроченном распознавании лиц (табл.4.1), что говорит о присутствии трудностей включения в выполнение заданий и истощаемость. Респонденты начинали сомневаться видели ли они предъявленные лица ранее. Преобладал выбор *неопределенных ответов* (наверно да/нет) при узнавании запоминаемых лиц. При *непосредственном воспроизведении* лиц по памяти респонденты 55-60 лет сумели вспомнить в среднем 17 (85%) лиц, 61-74 лет – 15 (75%) лиц, а в группе 75-90 лет – 9 (45%) из 20 предъявляемых для запоминания лиц (рис. 5.6), что говорит о наличии тормозимости следов памяти.



**Рисунок 5.6.** - Кривые непосредственного и отсроченного воспроизведения лиц по памяти (по Пенсильванскому тесту запоминания лиц) респондентами трех возрастных групп

При отсроченном воспроизведении через 40 минут с *гетерогенной интерференцией* респонденты 55-60 лет сумели вспомнить в среднем 15 (75%), 61-74 лет – 11 (55%) и группа 75-90 лет лишь 6 (30%) лиц из ранее предъявленных 20 лиц. При непосредственном и отсроченном распознавании лиц по памяти у респондентов наблюдается достаточно *высокий потенциал реорганизации ресурсов, который может протекать как неосознанно, так и осознанно* (табл.5.6 и 5.7).

**Таблица 5.6.** - Специфика кодирования эмоциональной информации при *непосредственном воспроизведении* лиц по памяти (по Пенсильванскому тесту запоминания лиц) у респондентов трех возрастных групп

Параметры оценки		55-60 лет (А)		61-74 лет (В)		75-90 лет (С)		Попарное сравнение
		n=120		n=120		n=50		
		М	SD	М	SD	М	SD	
Непосредственное воспроизведение	Воспроизведение лиц людей 26-45 лет [20]	13,9	0,61	12,4	0,59	9,3	0,65	AB*, AC**, BC**
	Воспроизведение лиц людей 46-65 лет [20]	18,8	1,114	18,4	0,75	17,05	0,51	AC*, BC*
	Воспроизведение европеоидных лиц [33]	30,2	0,69	29	0,9	26,1	0,59	AB*, AC**, BC*
	Воспроизведение негроидных лиц [7]	2,51	1,15	2,11	1,08	1,22	0,5	AC*

*Примечание.* В квадратных скобках указан максимальный баллы по компонентам теста. \*\* -  $p < 0,01$ , \* -  $p < 0,05$  при попарном сравнении возрастных групп респондентов - А, В, С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Из таблиц 5.6 и 5.7. видно, что наблюдается *феномен «смещения к своему возрасту»*, т.е. лучше вспоминаются лица примерно или около своего возрастного диапазона (46-65 лет), в отличии от лиц молодого возраста (26-45 лет).

**Таблица 5.7.** - Специфика кодирования эмоциональной информации при *отсроченном воспроизведении* лиц по памяти (по Пенсильванскому тесту запоминания лиц) у респондентов трех возрастных групп

Параметры оценки		55-60 лет (А)		61-74 лет (В)		75-90 лет (С)		Попарное сравнение
		n=120		n=120		n=50		
		М	SD	М	SD	М	SD	
Отсроченное воспроизведение	Воспроизведение лиц людей 26-45 лет [20]	11,1	0,49	9,4	0,59	8,1	0,65	AB*, AC**, BC*
	Воспроизведение лиц людей 46-65 лет [20]	14,8	1,10	13,1	0,72	12,05	0,44	AB*, AC**, BC*
	Воспроизведение европеоидных лиц [33]	28,2	0,61	27,3	0,8	26,1	0,59	AB*, AC**, BC*
	Воспроизведение негроидных лиц [7]	2,10	1,10	1,10	1,08	1,07	0,4	AC*

*Примечание.* В квадратных скобках указан максимальный баллы по компонентам теста. \*\* -  $p < 0,01$ , \* -  $p < 0,05$  при попарном сравнении возрастных групп респондентов - А, В, С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Из таблиц 5.6 и 5.7. также у респондентов трех возрастных групп наблюдается *эффект другой расы при распознавании эмоций*, т.е. лучше распознаются лица своей расы - европеоидные лица в отличии от негроидных.

## Корреляционный анализ

- **Уровень образования.** У респондентов трех возрастных групп распознавание эмоций при непосредственном и отсроченном воспроизведении сопряжено с уровнем образования, т.е. чем выше уровень образования (средне-специальное, высшее) тем лучше воспроизведение лиц по памяти (таблица И.25; И.29; И.34).

- **Семейный и рабочий статус.** У респондентов трех возрастных групп эффективность непосредственного и отсроченного воспроизведения лиц по памяти сопряжено с уровнем образования и семейным статусом. У респондентов 61-74 лет *рабочий статус* вносит вклад в непосредственное и отсроченное воспроизведение лиц по памяти. У респондентов 55-60 лет наличие *рабочей занятости* вносит вклад в отсроченное, а в группе 75-90 лет в непосредственное воспроизведение лиц по памяти (таблица И.25; И.29; И.34).

- **Субъективный возраст.** У респондентов трех возрастных групп наблюдается множество корреляционных связей с непосредственным и отсроченным воспроизведением лиц по памяти при наличии оценки субъективного возраста «*моложе*» хронологического возраста, в отличии от *идентичной* оценки. Большинство отрицательных связей у респондентов трех возрастных групп наблюдается *биологического* и *эмоционального* возраста с двумя видами воспроизведения лиц по памяти (таблица И.28; И.32; И.36).

- **Удовлетворенность качеством жизни.** У респондентов трех возрастных групп удовлетворенность качеством жизни вносит положительный вклад в оба вида воспроизведения лиц по памяти. У респондентов 61-74 и 75-90 лет удовлетворенность физическим здоровьем положительно сопряжена с непосредственным и отсроченным воспроизведением лиц по памяти (таблица И.27; И.31; И.35).

- **Когнитивное функционирование.** В группах 61-74 и 75-90 лет наблюдается сопряженность изменений в когнитивном функционировании с отсроченным воспроизведением лиц по памяти (таблица И.26; И.30; И.34).

- **Эмоциональное состояние.** У респондентов трех возрастных групп наблюдаются отрицательные связи наличия симптомов депрессии, субъективного чувства одиночества с непосредственным и отсроченным воспроизведением лиц по памяти (таблица И.26; И.30; И.34).

## Биопсихосоциальные предикторы памяти на лица

В таблице 5.8 и 5.9. показано, что в трех возрастных группах наблюдаются общие социо-демографические (уровень образования, семейное положение) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни,) влияющие на память на лица.

**Таблица 5.8.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи социо-демографических характеристик, гериатрического статуса и *непосредственного воспроизведения* лиц по памяти (по Пенсильванскому тесту запоминания лиц, PFMT) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Непосредственное воспроизведение лиц по памяти (по PFMT)	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,487	0,491	0,488
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	14,641**	15,525**	14,540**
	Уровень образования	0,210*	0,214*	0,211*
	Семейное положение	0,231*	0,220*	0,169*
	Рабочий статус	-	0,225*	-
	Полиморбидность	-	-	-
	Когнитивное функционирование	-	-	0,160*
	Симптомы депрессии	-0,321*	-0,329*	-0,340**
	Субъективное чувство одиночества	-0,271*	-0,375**	-0,325*
	Удовлетворенность качеством жизни	0,328*	0,379**	0,381**
Субъективный возраст	-0,300*	-0,310*	-	

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

Из таблицы 5.8. видно, что медицинский предиктор (полиморбидность) не влияет на непосредственное воспроизведение лиц по памяти в позднем возрасте. В группе 61-74 лет изменения в рабочем статусе начинают играть роль в непосредственном воспроизведении лиц по памяти. Субъективный возраст в пожилом возрасте (55-60 и 61-75 лет) выступает психологическим предиктором памяти на лица. В старческом возрасте *когнитивное функционирование* в отличии от других возрастных групп выступает предиктором непосредственного воспроизведения лиц по памяти, что видно из таблицы 5.9. видно, что в старческом возрасте медицинский фактор – полиморбидность, выступает предиктором отсроченного воспроизведения лиц по памяти.

**Таблица 5.9.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи социо-демографических характеристик, гериатрического статуса и *отсроченного воспроизведения* лиц по памяти (по Пенсильванскому тесту запоминания лиц, PFMT) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Отсроченное воспроизведение лиц по памяти (по PFMT)	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,443	0,494	0,511
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	14,512**	15,600**	14,610**
	Уровень образования	0,221*	0,210*	0,225*
	Семейное положение	0,241*	0,22*	-
	Рабочий статус	0,259*	0,266*	-
	Полиморбидность	-	-	0,163*
	Симптомы депрессии	-0,310*	-0,382**	-0,391**
	Субъективное чувство одиночества	-0,273*	-0,345*	-0,339*
	Удовлетворенность качеством жизни	0,310*	0,380**	0,377**
	Когнитивное функционирование	-	0,186*	0,195*
	Субъективный возраст	-0,255*	-0,210*	-

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном и рабочем статусе влияют на отсроченное воспроизведение лиц по памяти. В группах 61-74 и 75-90 лет изменения в когнитивном функционировании выступают психологическим предиктором отсроченного воспроизведения лиц по памяти.

### Ресурсное значение оценки памяти на лица в позднем возрасте

Дополнительно респондентам пожилого и старческого возраста нами задавался вопрос: «*Считаете ли Вы память на лица других людей ресурсом благополучного старения?*». Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди пожилого и старческого возраста ресурсным значением, данный социо-когнитивный процесс. Большинство респондентов 55-60 (92%), 61-74 (95%) и 75-90 (91%) лет отмечают, что умение запоминать и узнавать лица других людей является ресурсом благополучного старения, т.к. помогает лучше узнавать знакомых и незнакомых людей чтобы не стать жертвой обмана и махинаций. 8% респондентов 55-60, 5% – 61-74 лет и 9% - 75-90 лет, что память на лица – это не ресурс, а наоборот позволяет забыть людей и не обращать на них внимание, «зачем мне на старости лет эта память на лица, я уже на пенсии давно» (Ж,68).

### 5.2.2. Адаптация теста прагматической интерпретации ситуаций Е. Виннер

Для оценки способности распознавать обман и иронию респондентам предлагалось пройти тест *на оценку прагматической интерпретации событий* (Winner, 1998). Этот тест основывается на *нарративном подходе*. В отличие от традиционных батарей тестов построенных на основе Салли-Энн теста (sandbox task), нарративная форма подачи стимульного материала вызывает у респондента определенную ответную эмоциональную реакцию, основанную на идентификации с героями рассказа. Благодаря нарративной форме можно проникнуть во внутренний мир респондента, выявить специфику и тип интерпретации ситуации, понимания обмана, что показано в исследовании Н.И. Колесниковой и Е.А. Сергиенко (2010). Нарративы выступают схемами познания и понимания окружающего мира, собственного «Я» человека (Знаков, Рябикина, 2017). Ядром нарративному подходу событие – это ядро ситуации, каждая часть предъявленного респонденту сюжетного рассказа обязательно описывает событие, что позволяет понять специфику построения когнитивной модели ситуации (Знаков, Рябикина, 2017). Использование такого рода формата проведения оценки когнитивного компонента модели психического сближает его с реалиями повседневной социальной жизни (Turner, Felisberti, 2017).

Была проделана работа по адаптации данного теста, включающая в себя перевод текста с английского на русский язык, анализ грамматических конструкций и работа над формулировками. Под руководством Е. Виннер был проделан обратный перевод на английский язык и сопоставление с оригиналом методики. Переведенная версия теста, состоящая из 10 историй (5 на обман, 5 на иронию) была предложена для ознакомления научным сотрудникам Института психологии РАН. Перед ними ставилась задача оценить тест с позиций общей и стилистической грамотности содержания историй, адекватности подбора лексики. По результатам экспертной оценки часть вопросов была изменена по причине их неопределенности и двусмысленности. Дополнительно проводилась экспертная оценка историй, а также их соответствие социальному контексту (табл. 5.10). Для этого была разработан протокол экспертной оценки, в которой после прочтения каждой истории экспертов из ФГБУН ИП РАН просили ответить на вопрос: *соответствует ли содержание этой истории повседневной жизни?* Предлагалось выбрать ответ «Да» или «Нет». В *экспертной оценке* приняли участие 71 респондентов, амбулаторно посещающих ГБУЗ Консультативно-диагностический центр № 2 ДЗМ: из них 45 женщин (33±4,13 лет) и 26 мужчин (23,6±5,33 лет). Среди женщин: замужем - 27, не замужем - 19. Высшее образование – 30, средне-специальное – 11, среднее - 5. Среди мужчин: женат – 12, холост – 14. Высшее образование – 12, средне-

специальное -7, среднее – 6, начальное -1. В таблице 5.9. представлены результаты экспертной оценки (Мелёхин, Сергиенко, 2015).

**Таблица 5.10.** - Экспертная оценка теста прагматической интерпретации событий (по тесту на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий)

Тип истории	№ истории	Обман	Ирония	Социальный контекст	
				Да	Нет
Обман	1.	87%	13%	86%	14%
	2.	61%	39%	61%	39%
	3.	73%	27%	86%	14%
	4.	63%	37%	49%	51%
	5.	73%	27%	51%	49%
Ирония	1.	44%	56%	87%	13%
	2.	62%	38%	87%	13%
	3.	65%	35%	54%	46%
	4.	82%	18%	76%	24%
	5.	20%	80%	87%	13%

Большинство респондентов экспертной группы, лучше, распознают по содержанию истории на распознавание *обмана*, чем иронию. Большинство респондентов отмечают, что с такими ситуациями, описанными в историях, можно столкнуться в повседневной жизни. Надежность и согласованность теста проверялась с помощью коэффициента  $\alpha$ -Кронбаха. В таблицах 5.11 и 5.12. представлены значения коэффициента для компонентов теста и общего индекса по тесту.

**Таблица 5.11.** -  $\alpha$ -Кронбаха для компонентов теста на оценку прагматической интерпретации событий Е. Виннер (форма обман) в двух вариантах: общая выборка и эксперты

Компоненты теста	Эксперты (n=10)	Общая выборка (n=71)
Индекс распознавание обмана	0,88	0,91
Фактический вопрос	0,81	0,85
Репрезентации «первого» порядка	0,73	0,81
Репрезентации «второго» порядка	0,54	0,67
Вопрос ожидания «второго» порядка	0,55	0,64
Вопрос интерпретация	0,72	0,87

В переведенном нами тесте наблюдается высокая надежность-согласованность для оценки *обмана*, и низкая для оценки *иронии*. В связи с этим оценку иронии в респондентов пожилого и старческого возраста мы не проводили.

**Таблица 5.12.** -  $\alpha$ -Кронбаха для компонентов теста на оценку прагматической интерпретации событий Е. Виннер (форма ирония) в двух вариантах: общая выборка и эксперты

Компоненты теста	Эксперты (n=10)	Общая выборка (n=71)
Индекс распознавание иронии	0,38	0,27
Фактический вопрос	0,84	0,87
Репрезентации «первого» порядка	0,71	0,84
Репрезентации «второго» порядка	0,32	0,37
Вопрос ожидания «второго» порядка	0,35	0,39
Вопрос интерпретация	0,33	0,36

Отметим, что данные по коэффициенту  $\alpha$ -Кронбаха для компонентов данного теста в оригинальном варианте *отсутствуют*.

### 5.2.3. Понимание обмана

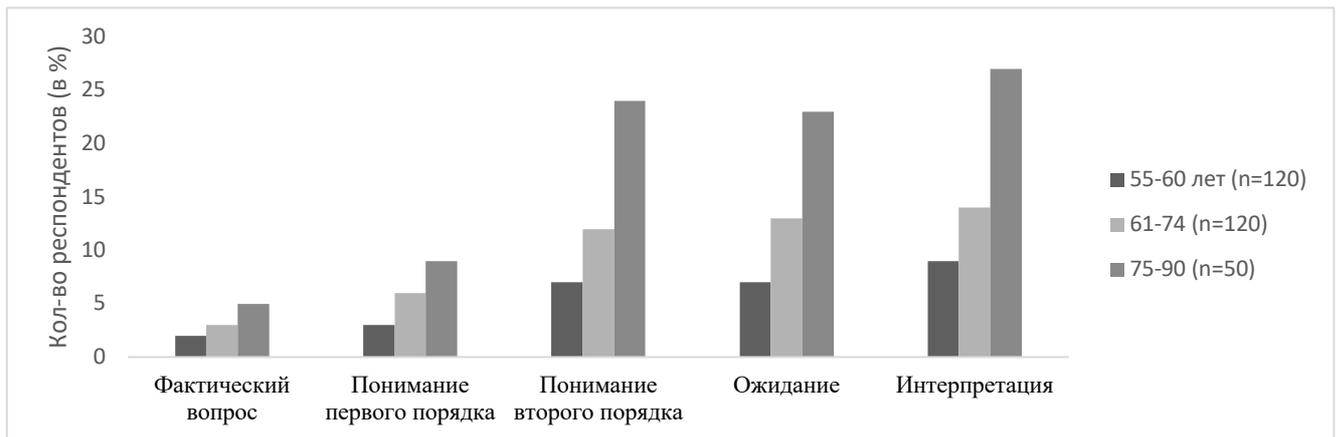
При понимании обмана меньше всего наблюдалось ошибок в *фактическом вопросе* понимания ситуации. Наличие этих ошибок указывало бы на трудности в общем понимании сюжета истории. Можно сделать вывод о том, что все респонденты во время чтения историй проявляли высокий уровень концентрации внимания и были заинтересованы в сюжете (табл.5.13).

**Таблица 5.13.** - Распознавание обмана (по тесту на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий) в трех возрастных группах респондентов

Компоненты Winner's task	55-60 лет (А)		61-74 лет (В)		75-90 лет (С)		р-значения
	n=120		n=120		n=50		
	М	SD	М	SD	М	SD	
Индекс распознавание обмана [30]	27,2	1,64	24,1	2,74	21,7	1,53	AB**, AC**, BC**
<b>Субкомпоненты</b>							
Фактический вопрос [5]	4,6	0,43	4,5	0,58	4,3	0,34	-
Репрезентации «первого» порядка [5]	4,5	0,59	4,3	0,81	3,9	0,95	-
Репрезентации «второго» порядка [5]	4,1	1,27	3,9	1,14	3,2	1,49	AC*
Вопрос ожидания «второго» порядка [5]	4,2	1,52	3,9	1,38	3,3	1,28	AC*
Вопрос интерпретация [5]	4,1	1,45	3,6	2,3	3,1	0,9	AC*

*Примечание.* Winner's task - тест на оценку способности прагматической интерпретации событий. М – среднее значение. SD-стандартное отклонение. N – кол-во респондентов. В квадратных скобках указан максимальный баллы по параметрам теста. \*\* -  $p < 0,01$ , \* -  $p < 0,05$  при попарном сравнении групп- А, В, С с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Также меньше всего трудностей наблюдалось в *вопросе на оценку репрезентаций первого порядка* о психическом состоянии другого человека, когда требуется понять только одну точку зрения. Наличие ошибок в этом вопросе указывало бы на дефицит оценки перцептивного доступа по Е. Виннер той информации, которую воспринимает человек. Также отметим, что вопросы на оценку первого порядка касались истинный убеждений, и наличие ошибок говорило бы о собственном мнении респондентов о фактах предложенной истории. У респондентов 55-60 и 75-90 лет наблюдались различия в оценке *репрезентаций второго порядка*, т.е. способности представить, что думает один герой о мнении, психическом состоянии другого героя. Дисперсионный анализ по схеме *тип истории (обман) × группы респондентов (55-60 и 75-90 лет)* показал, что у группы 75-90 лет выявлен значительный дефицит приписывания репрезентаций второго порядка в историях обмана ( $F=16,9$  df 1,17,  $p < 0,01$ ). При понимании обмана у респондентов 55-60 и 75-90 лет наблюдались различия в *интерпретации* намерений героя, который мог солгать чтобы избежать разоблачения или сострить, чтобы скрыть смущение (Мелёхин, Сергиенко, 2015).



**Рисунок 5.7.** - Ошибки в понимании вопросов (по тесту на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий) у респондентов трех возрастных групп

91% респондентов 55-60 лет, 88% 61-74 лет и 75% - 75-90 лет правильно распознавали обман.

### Дисперсионный анализ

Проводился анализ взаимосвязи возраста, типа истории (обман) и типа вопросов (фактический, вопрос первого и второго порядка, предвосхищение, интерпретация). Он рассчитывался по схеме  $3 \times 1 \times 5$ : фактор возраста группы, тип истории (обман) и тип вопросов (фактический, вопрос на репрезентации первого и второго порядка, ожидание, интерпретация). Выявлен вклад возраста в использование репрезентации второго порядка ( $F=17,1$  df 1,23,  $p<0,01$ ), что объясняется тем, что респонденты старческого возраста менее точны, чем респонденты пожилого возраста в ответе на этот вопрос. Не обнаружено влияние типа истории на трудности при ответе на данный вопрос. Одновременное понимание *двух точек зрения* вызывал трудности у респондентов трех возрастных групп. По Е. Виннер предполагалось, что респонденты обладают цельным пониманием убеждений второго порядка, если они отвечали согласно следующим моделям: 1) Отвечали правильно на вопрос-убеждение второго порядка, а затем отвечали на проверяющий вопрос, говоря, что герой думал, что он говорит правду (герой лгал неосознанно) или 2) они отвечали неправильно на вопрос-убеждение второго порядка, а затем отвечали на проверяющий вопрос, говоря что герой не думал, что он говорит правду (герой лгал сознательно) (Winner,1998).

Понимание вопроса ожидания вызывал трудности у респондентов трех возрастных групп. Напомним, что этот вопрос задавался по окончании истории и оценивал мотивацию респондента на использование репрезентаций второго порядка о психическом состоянии героя-нарушителя. Понимание вопроса ожидания второго порядка было лучше у респондентов 55-60 лет, нежели у 75-90 лет ( $U=141$ ,  $p<0,05$ ). Обнаружено влияние возраста ( $F=18,7$  df 2,11,  $p<0,01$ )

на точность при ответе на данный вопрос. Применение апостериорного критерия Шеффе для парных сравнений показало, что существует связь между пониманием когнитивных репрезентаций второго порядка и интерпретацией намерений ( $r=0,412$ ,  $p<0,01$ ). Это позволяет предположить, что люди пожилого и старческого возраста *используют свое понимание психического состояния* главного героя в отношении героя-свидетеля, чтобы построить соответствующую прагматическую интерпретацию намерения героя-нарушителя.

### Корреляционный анализ

- **Уровень образования.** Показано, что у респондентов трех возрастных групп уровень образования сопряжен с пониманием обмана (таблица И.37).
- **Рабочий и семейный статус.** Показано, что у респондентов трех возрастных групп изменения в семейном статусе сопряжены с пониманием обмана. Рабочая занятость вносит вклад в понимание обмана у респондентов пожилого возраста (таблица И.37).
- **Субъективный возраст.** У респондентов трех возрастных групп наблюдается множество отрицательных корреляционных связей показателей субъективного возраста с пониманием обмана при наличии оценки субъективного возраста «*моложе*» хронологического возраста, в отличие от *идентичной* оценки. Большинство отрицательных связей у респондентов трех возрастных групп наблюдается *биологического* и *эмоционального* возраста с пониманием ложных убеждений (таблица И.40; И.41; И.42).
- **Эмоциональное состояние.** У респондентов 75-90 лет наблюдается положительная сопряженность понимания обмана с изменениями в когнитивном функционировании. В трех возрастных группах наблюдаются отрицательные связи между симптомами депрессии и субъективного чувства одиночества и пониманием небуквальных высказываний (таблица И.38).
- **Состояние здоровья.** В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдается отрицательная сопряженность полиморбидного статуса с пониманием обмана (таблица И.38).
- **Когнитивное функционирование.** В группе 75-90 лет наблюдается положительная связь между когнитивным статусом и пониманием обмана (таблица И.38).
- **Удовлетворенность качеством жизни.** Удовлетворенность качеством жизни вносят вклад в понимание обмана у респондентов трех возрастных групп. Изменения в психологическом здоровье и социальных отношениях отрицательно сопряжены с пониманием

обмана. У респондентов 61-74 и 75-90 лет наблюдается отрицательная связь удовлетворенности физическим здоровьем и пониманием ложных убеждений (таблица И.39).

## Распознавание эмоций и понимание обмана

Нами проверялось предположение Т. Руффмана (Ruffman, 2012) о том, что изменения в распознавании и дифференциации интенсивности простых эмоций могут оказывать влияние на способность понимать небуквальные высказывания. Показано, что у респондентов трех возрастных групп наблюдается влияние распознавания эмоций по лицу ( $r=0,367; 0,431; 0,310$ , при  $p<0,01$ ) на понимание обмана. В группах 55-60 и 61-74 лет дифференциация (эмоций по лицу  $r=0,411; 0,325$ ,  $p<0,01$ ) сопряжена с пониманием ложных высказываний.

## Биопсихосоциальные предикторы понимания обмана

В таблице 5.14. показано, что в трех возрастных группах наблюдаются общие социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст), социо-когнитивные (распознавание эмоций) влияющие на понимание обмана.

**Таблица 5.14.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи социо-демографических характеристик, гериатрического статуса и *понимания обмана* (по тесту на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий) у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Индекс распознавание обмана (по Winner's Task)	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,510	0,588	0,470
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	17,443**	18,410**	16,421**
	Уровень образования	0,219*	0,200*	0,183*
	Семейное положение	0,221*	0,215*	-
	Рабочий статус	-	0,182*	-
	Полиморбидность	-	-	0,160*
	Когнитивное функционирование	-	-	0,147*
	Симптомы депрессии	-0,300*	-0,377**	-0,380**
	Субъективное чувство одиночества	-0,271*	-0,342**	-0,320*
	Удовлетворенность качеством жизни	0,301*	0,353**	0,376**
	Субъективный возраст	-0,200*	-0,257*	-
	Распознавание эмоций по лицу	0,284*	0,363**	0,281*
Дифференциация эмоций по лицу	0,325*	0,300*	-	

Примечание. \* $p<0,05$ , \*\* $p<0,01$ .

В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном статусе влияют на понимание обмана. Рабочий статус начинает выступать предиктором понимания обмана у респондентов 61-74 лет. Отметим, что у респондентов 55-60 и 61-74 лет к вышеизложенным предикторам добавляется такой социо-когнитивный фактор как дифференциация эмоций по лицу, а также психологический фактор – субъективный возраст. В старческом возрасте добавляются медицинский фактор – полиморбидности, и психологический фактор – когнитивное функционирование.

### **Ресурсное значение понимания обмана в позднем возрасте**

Дополнительно респондентам пожилого и старческого возраста задавался вопрос: *«Считаете ли Вы способность понимать обман ресурсом благополучного старения?»*. Этот вопрос позволяет выявить наделяют ли люди пожилого и старческого возраста ресурсным значением, данный социо-когнитивный процесс. Большинство респондентов 55-60 (93%), 61-74 (97%) и 75-90 (95%) лет отмечают, что умение понимать ложные убеждения является ресурсом благополучного старения, т.к. помогает не стать жертвой обмана и махинаций. 7% респондентов 55-60, 3% – 61-74 лет и 5% - 75-90 лет, что понимание обмана – это не ресурс, а сложная способность, которой нужно учиться и постигать всю жизнь.

#### **5.2.4. Обсуждение полученных результатов**

- **Память на лица.** При воспроизведении лиц по памяти больше трудностей наблюдалось у респондентов старческого возраста по сравнению с пожилым возрастом, что согласуется с зарубежными данными ряда исследований. Отметим, что в данных исследованиях предъявлялись лица с положительными и отрицательными эмоциями, нежели с нейтральным выражением лица как в нашем исследовании (Firestone, Turk-Browne, 2007; Lecce, Sessato, 2015; Shiroma, Thuras, 2016). К симптомам нарушения памяти на лица в позднем возрасте при нормальном старении следует относить: 1) трудности включения, т.е. *затрачивалось больше времени* на выбор правильного ответа как при непосредственном, так и отсроченном распознавании. Преобладает *неопределенная оценка* (наверно да/нет) при воспроизведении лиц по памяти, что по С. Лангенекеру (Langenecker, 2005) отражает колебание, замедление реакции при обработки эмоциональной информации, что является индикатором изменений в лимбической регуляции и указывает на наличие симптомов

депрессии.; 2) *истощаемость*, снижение объема запоминаемого материала при непосредственном воспроизведении; 3) *тормозимость следа*, трудности в распознавании запоминаемого материала среди лиц-дистракторов с преобладанием большего времени при выборе правильного ответа. У респондентов пожилого и старческого возраста наблюдается достаточно высокий спектр реорганизации ресурсов. Например, обнаружены следующие социо-перцептивные феномены: *смещения к своему возрасту при распознавании эмоций и эффекта другой расы при распознавании эмоций*. Если наблюдатель воспринимает лицо человека, который относится к его возрастной группе и расе, то траектория движения глаз направлена на большую дифференциацию признаков, что показано в исследовании А. Фаерстоуна (Firestone,2007). Наличие этих перцептивных феноменов указывает на наличие в позднем возрасте процессов *мотивационного положительного смещения* как ресурса, который компенсирует изменения в памяти на лица. Е.Ю. Балашова отмечает, что наличие «аутокомпенсаций» в пожилом возрасте, а точнее сказать реорганизации имеет прямое отношение к функционированию левого полушария, а также лобных структур, имеющих прямое отношение к обеспечению произвольной регуляции. Эти компенсаторные формы поведения извлекаются человеком позднего возраста из индивидуального прошлого опыта, сформированного в контексте определенной культуры и социальных взаимодействий. Выбор этих аутокомпенсаций происходит также может происходить неосознанно, интуитивно, в форме «проб и ошибок». В связи с этим попытки компенсаций не всегда приводят к эффективности, и часто приобретают гиперкомпенсаторные формы (Балашова,2016).

- **Биопсихосоциальные предикторы памяти на лица.** Нами были выделены *предикторы*, влияющие на запоминание лиц. Выявлена связь памяти на лица с состоянием социо-демографических и психологических факторов, что согласуется с *моделью социального конвоя* Т. Антонусси (Antonucci,2014) и *теорией кумулятивного преимущества* Д. Даннифера (Dannefer,2003). Показана роль *социального восприятия* в кодировании эмоциональной информации, что согласуется с данными С. Лечче (Lecce et al,2015). На непосредственное воспроизведение лиц по памяти в старческом возрасте влияют *изменения в когнитивном функционировании*, что согласуется с данными А.М. Сиили (Seelye, 2009). С возрастом происходят изменения в компонентах *исполнительных функций*, в способности организовать конструктивные стратегии для кодирования представленной эмоциональной информации (Rapcsak,2011). Изменения в удовлетворенности качеством жизни вносят вклад в память на лица в пожилом и старческом возрасте, что подтверждает исследования М. Сааджанахо (Saajanaho,2016) и С. Растинага (Rusting,1999), которые показали, что положительный и отрицательный фон настроения, изменения в качестве жизни человека связаны с изменениями в памяти на лица. Наши данные о влиянии изменений в психическом состоянии здоровья пожилого человека на воспроизведение лиц по памяти согласуются с как с отечественными

(Пуговкина, 2015; Савицкая, 2015; Скугаревская, 2013) так и зарубежными (Firestone, 2007; Guyer, 2011; Natelson Love, 2015; Shiroma, 2016). Стрессовые факторы в позднем возрасте часто сопровождаются подавлением эмоций и избегающей стратегией совладания со стрессом. Это согласно *модели влияния стресса*, Л. Перлина приводит к активации системных хронических воспалительных реакций оказывающие влияние на функционирование амигдаларного комплекса (Hilgeman, 2009). При аффективном спектре расстройств позднего возраста происходит снижение эмоциональной чувствительности, которое сопровождается изменениями в *траектории движений глаз* при распознавании эмоциональной и социальной информации (Firestone, 2007).

- **Специфика понимания обмана.** Полученные нами данные по специфике распознавания небуквальных высказываний согласуются с исследованием С. Дюваля и П. Пиолино, которое показало, что *тонкие изменения* в способности понимать небуквальные высказывания могут начинаться после 65 лет и выступают индикатором психологического неблагополучия (Duval, Piolino, 2011). Эти изменения следует рассматривать как один из *симптомов вторичного, дефицита в прагматической компетенции*. Нами показано, что *фактическое понимание ситуации* взаимодействия между людьми и построение репрезентаций первого порядка о психическом состоянии, вызывают меньше трудностей в позднем возрасте, что согласуется с исследованиями (Slessor et al., 2007; Bernstein, 2017; Grainger, 2018). Этот факт указывает на *парциальные* изменения в способности понимать психические состояния в пожилом и старческом возрасте, а на снижении *когнитивных ресурсов* необходимых для более сложных суждений о психическом состоянии другого, а также мотивационного смещения, т.е. *желания понимать другого* (спонтанной ментализации) (Bottiroli, Cavallini, 2016). Показано, что в пожилом и старческом возрасте происходят изменения в использовании *репрезентаций второго порядка* о психическом состоянии другого с помощью, которой пожилой человек может оценить психическое состояние одного человека по отношению к другому человеку, что влияет на понимание обмана. Полученные нами данные согласуются с рядом исследований (Bottiroli, Cavallini, 2016; Gaudreau, 2013; Gutiérrez-Rexach, Schatz, 2016; Bernstein, 2017; Grainger, 2018), которые показали, что по сравнению с пожилым возрастом, люди старческого возраста испытывают значительные трудности при одновременном понимании двух точек зрения. Л. Монетта считает, что понимание психических состояний второго порядка больше полагается на *когнитивные процессы*, которые часто изменяются с возрастом (Monetta et al., 2009). Показала связь между пониманием когнитивных репрезентаций второго порядка и интерпретацией намерений. Этот факт позволяет предположить, что люди пожилого и старческого возраста используют *свое понимание психического состояния главного героя* в отношении героя-свидетеля, чтобы построить соответствующую прагматическую интерпретацию намерения героя-нарушителя, что согласуется с данными Р. Флисса (Fliss, 2016)

и наличием с феноменом *эмоционально-эгоцентрического сдвига* в позднем возрасте (Riva et al, 2016). Опирающийся на *собственное понимание* следует рассматривать как компенсаторный механизм, позволяющим минимизировать трудности в понимании психических состояний других людей. При наличии у человека позднего возраста *положительной когнитивной иллюзии возраста* наблюдаются лучше распознавание обмана, чем при оценке своего субъективного возраста «идентично» хронологическому возрасту. Полученные нами данные подтверждают наличие феномена *положительного смещения* (Reed, Carstensen, 2012) или «ментальной» слепоты (Bernstein, 2017), когда люди позднего возраста более склонны оценивать себя «моложе» и стремятся игнорировать негативную социальную информацию.

- **Биопсихосоциальные предикторы понимания обмана.** Показано, что уровень образования, семейный и рабочий статус вносят вклад в понимание обмана в позднем возрасте, что согласуется с исследованием М. Шампань-Лавау, которое интерпретирует этот факт через призму *когнитивного резерва У. Стерна* как защитного фактора от нейродегенеративных расстройств (Champagne-Lavau, Joannette, 2009). Влияние *уровня образования* на понимание небуквальных высказываний в позднем возрасте согласуется с исследованием Р. Флисса, которое рассматривает *уровень образования* как когнитивный ресурс (Fliss, 2016). Нами было показано, что удовлетворенность качеством жизни вносит вклад в понимание обмана в пожилом и старческом возрасте. Изменения в состоянии эмоционального благополучия вносят вклад в понимание небуквальных высказываний в пожилом и старческом возрасте, что подтверждает данные ряда исследований (Cusi et al., 2013; Washburn, 2016; Cotter, 2017) рассматривающие изменения в социо-когнитивных функциях как один из маркеров наличия симптомов депрессии. Изменения в распознавании и дифференциации интенсивности эмоций в пожилом возрасте воздействуют на понимание *обмана*, что согласуется с *интегративной теорией модели психического* (German, Nehman, 2006) о связи когнитивного и эмоционального компонентов. Таким образом на распознавание обмана также может воздействовать *модально-специфический дефицит*, который заключается в изменениях распознавании и дифференциации интенсивности эмоций, эмоциональные сигналы утечки (leak out) обмана в мимике в ситуациях лицо-к-лицу (Halberstadt, 2011). По нашему мнению, факт изменения в распознавании небуквальных высказываний в пожилом и старческом возрасте не означает, что эта способность снижается, с возрастом. В позднем возрасте могут происходить изменения в *отношении к феномену обмана*. Это предположение о неразрывности понимания и отношения соответствует исследованиям В.В. Знакова (2016).

## Выводы по пятой главе

Проведенное исследование позволило выявить:

### I. Ресурсный потенциал когнитивно-эмоциональной компетентности.

Большинство людей пожилого и старческого возрастов, способность понимать психические состояния других людей, наделяют ресурсным значением для обеспечения благополучного старения.

### II. Общие особенности модели психического в позднем возрасте:

- Основываясь на показателях хронологического возраста в пожилом и старческом возрастах, наблюдаются селективные изменения в процессе понимания психических состояний других людей, которые нарастают с возрастом. Со стороны эмоционального компонента модели психического наблюдаются симптомы вторичного, избирательного, эмоционально-специфического дефицитов, состоящие из изменений в запоминании лиц, распознавании и дифференциации эмоций по лицевой экспрессии.

- В отличие от хронологического, *субъективный возраст* позволяет детальнее описывать динамику изменений в компонентах модели психического в позднем возрасте. Показывает нелинейную, вариативную траекторию изменений в способности понимать психические состояния других людей. Люди позднего возраста, которые оценивают свой субъективный возраст «моложе», лучше запоминают лица, распознают, дифференцируют интенсивность эмоции и небуквальные высказывания (обман) других людей в отличие от тех, кто оценивает «идентично» или «старше» хронологического возраста. Те, кто оценивает свой возраст «старше» хронологического, хуже оценивают психические состояния других людей в отличие от тех, кто оценивает «идентично».

- В связи с преобладанием среди участников женщин пожилого и старческого возрастов (феномен феминизации стареющего населения), выделены половые особенности модели психического: *феномен гендерного смещения*, т.е. женщины лучше распознают эмоции по лицу у лиц своего пола.

### III. Специфика эмоционального компонента модели психического

- В позднем возрасте наблюдается эмоциональная гетерогенность при точности распознавания и дифференциации интенсивности эмоций по лицу другого человека. Лучше распознаются положительные эмоции. В старческом возрасте (75-90 лет) наблюдаются большие трудности в распознавании негативных эмоций по экспрессии лиц по сравнению с пожилым возрастом (55-60 и 61-74 лет). Наблюдаются изменения в дифференциации тонких эмоциональных проявлений радости и печали. В позднем возрасте лучше дифференцируются интенсивность эмоции радости, чем печали.

- В пожилом и старческом возрастах были выделены следующие симптомы изменений в обработке эмоциональной информации: изменения во времени отклика; увеличение частоты ошибок в распознавании эмоций (гнев, печаль и страх); трудности распознавания эмоций при низкой интенсивности, эффект высокого порога интенсивности эмоций.

- В пожилом и старческом возрастах наблюдаются: ложная атрибуция, негативное перцептивное смещение или эффекта конгруэнтности настроения (печаль, страх) при распознавании эмоциональной информации, что следует рассматривать как компонент синдрома дефицита вознаграждения, который сформировался для мобилизации ресурсов с целью защиты себя от негативных намерений других людей и является индикатором повышенной чувствительности к стрессу.

- Выделены общие предикторы, влияющие на способность распознавать, дифференцировать эмоции по лицу в позднем возрасте: социо-демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст). В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном и рабочем статусе влияют на распознавание и дифференциацию эмоций по лицу. В группах 61-74 и 75-90 лет к вышеизложенным факторам добавляются *медицинский* (полиморбидность) и дополнительный *психологический* (когнитивное функционирование) факторы.

- В позднем возрасте, при распознавании эмоций, наблюдаются следующие формы социо-когнитивных компенсаторных механизмов: феномены положительного перцептивного смещения и гендерного уклона.

#### **IV. Специфика когнитивного компонента «модели психического»**

- Больше качественных и скоростных изменений в воспроизведении лиц по памяти наблюдаются у людей 75-90 лет в отличие от 55-60 и 61-74 лет. К *симптомам нарушения памяти на лица* в позднем возрасте следует относить: 1) трудности включения, т.е. *затрачивалось больше времени* на выбор правильного ответа как при непосредственном, так и отсроченном распознавании. Преобладает неопределенная оценка (наверное, да/нет) при воспроизведении лиц по памяти; 2) *истощаемость*, изменения в объеме запоминаемого материала как при непосредственном, так и отсроченном воспроизведении; 3) *тормозимость следа* при отсроченном воспроизведении, трудности в распознавании запоминаемого материала среди лиц-дистракторов с преобладанием большего времени при выборе правильного ответа.

- Выделены общие предикторы памяти на лица в позднем возрасте: социо-демографические (уровень образования, семейный статус) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни). В группе 61-74 лет изменения в рабочем статусе начинают играть роль в непосредственном воспроизведении лиц

по памяти. В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном и рабочем статусе влияют на отсроченное воспроизведение лиц по памяти. Субъективный возраст в пожилом возрасте (55-60 и 61-75 лет) выступает психологическим предиктором памяти на лица в целом. В старческом возрасте *когнитивное функционирование* в отличие от других возрастных групп выступает предиктором непосредственного и отсроченного воспроизведения лиц по памяти. Также полиморбидность, выступает предиктором отсроченного воспроизведения лиц по памяти.

- В позднем возрасте наблюдаются следующие социо-когнитивные компенсаторные механизмы при воспроизведении лиц по памяти: смещение к своему возрасту и эффект другой расы при распознавании эмоций другого человека.

- В пожилом и старческом возрастах наблюдаются симптомы вторичного дефицита прагматической компетенции в форме трудности понимания обмана.

- В позднем возрасте не наблюдаются трудности в общем понимании социального контекста, репрезентациях «первого порядка» о психическом состоянии другого человека, в отличие от репрезентаций «второго порядка», т.е. одновременного понимания двух точек зрения в ситуации обмана. Это свидетельствует о наличии дефицита оценки перцептивного доступа той социальной информации, которую воспринимает пожилой человек.

- Выделены общие предикторы понимания обмана в позднем возрасте: демографические (уровень образования) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, субъективный возраст, распознавание эмоций). В пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) изменения в семейном статусе влияют на понимание обмана. Рабочий статус начинает выступать предиктором понимания обмана только у людей 61-74 лет. У людей 55-60 и 61-74 лет к вышеизложенным предикторам понимания обмана добавляется способность к дифференциации эмоций по лицу и изменения в субъективном возрасте. В старческом возрасте по сравнению с пожилым к предикторам понимания обмана добавляются полиморбидность и изменения в когнитивном функционировании.

- С целью минимизации трудностей в понимании обмана, люди позднего возраста используют такой социо-когнитивный компенсаторный механизм как эмоционально-эгоцентрический сдвиг, т.е. понимание психического состояния другого, его намерений с опорой на собственные предпочтения и жизненный опыт.

## ГЛАВА 6. СПЕЦИФИКА РЕОРГАНИЗАЦИИ МЕНТАЛЬНЫХ РЕСУРСОВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Современная социальная ситуация турбулентности с преобладанием аномии, культов потребления, молодости и красоты, повышенными требованиями к готовности принимать вызовы неопределённости и ситуаций риска требуют от человека позднего возраста интенсифицировать, использовать те *ментальные ресурсы*, которые позволяют эффективно адаптироваться к меняющимся условиям жизнедеятельности (Толочек, 2017; Dumitrache, 2018). В отечественной (Лебедева, 2004; Курьшева, 2013; 2014; Балашова, 2016; Вологодина, Рощина, 2014; Киреева, 2010; Микеладзе, 2016) и зарубежной (Cotter, 2017; Fortier, 2018; Teixeira, 2013; Thönes, 2015; Gabrian, 2017) психологии только начинаются исследования по ресурсной роли *временной* и *когнитивно-эмоциональной компетентностям*. Неоднократно подчеркивалось, что эти процессы включены в регуляцию разных аспектов жизнедеятельности человека позднего возраста и выступают факторами благополучного старения (Grainger, 2018). Отметим, что изменения в восприятии времени, модели психического, являются составными элементами ряда неврологических и психических расстройств позднего возраста, что позволяет рассматривать эти изменения, как биопсихосоциальный маркер течения старения (Cummings, 2017; Henry et al., 2016; Shiroma et al., 2016; Njomboro, 2017; Thönes, 2015; Teixeira, 2013; Bahadırli, 2013; Allman, Meck, 2012; Olivera-Figueroa, 2015). Эти процессы демонстрируют высокую эффективность в предсказании стратегий, адаптации к процессу старения, преодолении психологических последствий травматизации и возможности благополучного старения (Laureiro-Martine, 2017; Natelson Love, 2015). Мы предполагаем, что эти ментальные ресурсы в пожилом возрасте выступают опорой для метакогнитивной осведомленности или метаперсональной самоинтерпретации. Обеспечивают *метакогнитивный сдвиг*, развитие новой позиции по отношению к собственному старению. Это позволяет смещать акцент с результат-ориентированного на процесс-ориентированный подход, т.е. на что пожилой человек обратил внимание, что он подчерпнул и что может использовать для улучшения качества жизни. В пожилом и старческом возрастах происходят изменения в *когнитивно-эмоциональной* (Phillips, Slessor, 2014; Lesce, 2017; Gonçalves, 2018) и *временной* (Стрижицкая, 2006; Киреева, 2010; Микеладзе, 2016; Балашова, 2016; Teixeira et al., 2013; Laureiro-Martinez, 2017; Pethtel, 2018) *компетентностях*. Наблюдается неустойчивость в равновесии между истощением и мобилизацией этих ментальных ресурсов, что отражается на способности адаптации к проблемам старости и старения (Kahana, 2012; Bowling, 2011; Löffler, 2012; Lundgren, 2015). В связи с этим возрастает значимость исследований таких ментальных ресурсов благополучного

старения, как восприятие времени и модель психического, которые напрямую связаны удовлетворенностью качеством жизни, состоянием физического и психологического здоровья.

### **6.1. Ментальные ресурсы как предикторы удовлетворенности качеством жизни**

В пожилом и старческом возрасте в отличие от других возрастов чаще встречаются *изменения в удовлетворенности качеством жизни и социальным функционированием* (Amonkar, 2018). Поэтому каждый год увеличивается потребность в исследованиях, сосредоточенных на выявлении факторов, которые повышают удовлетворенность качеством жизни, что позволит добиться активного старения, благополучия и снизить риски возникновения психических расстройств у людей позднего возраста (Saliba El Habre, 2018). Несмотря на свою важность по-прежнему нет консенсуса в понимании компонентов качества жизни в пожилом и старческом возрасте.

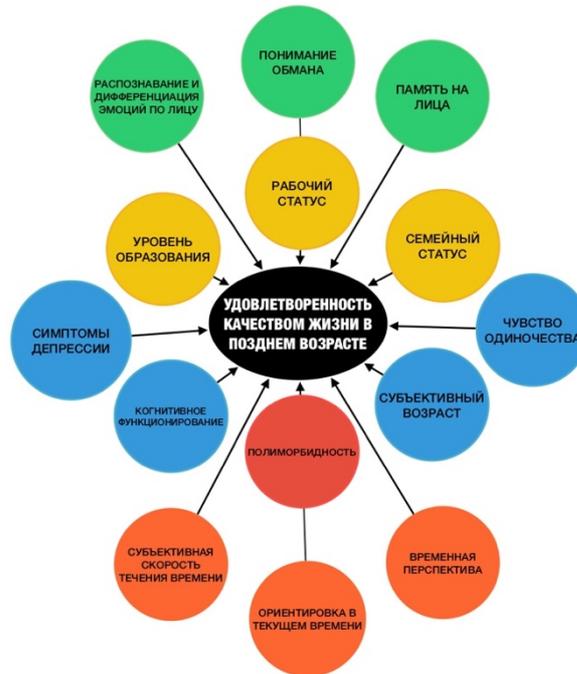
Концепция качества жизни включает в себя два ракурса: *субъективное благополучие* (feeling of well-being) и *оценку физического здоровья* (health related quality of life, Saliba El Habre, 2018). Оба этих ракурса качества жизни, являются сильными индикаторами благополучного течения старения (Phelan, Larson, 2002; Moody, 2005; Depp, Jeste, 2006; Martin, 2015), становясь важными элементами оценки старости и старения (Kanning, Schlicht, 2008). Они служат защитным фактором против снижения физического и когнитивного функционирования, потери значимых ролей, связанных со старением (Friedman et al., 2017; Mejía, 2017). Индикаторами положительного ответа на лечение в позднем возрасте и прогноз (Robinson, 2018). Различать эти ракурсы качества жизни важно, поскольку субъективное благополучие более чувствительно к психологическим аспектам, чем показатель, связанный с физическим здоровьем. Благополучное старение зависит не только от физического состояния здоровья, но и от состояния когнитивных, ментальных и социальных ресурсов (Bowling, 2011; Ingrand, 2018).

К *общим предикторам* влияющим на удовлетворенность качеством жизни в пожилом и старческом возрастах относят: физическое, когнитивное и психологическое здоровье, социо-демографические переменные, положительные эмоции, социальные отношения, здоровьесберегающее, профилактическое поведение (Saliba El Habre, 2018). Однако, этих факторов недостаточно для усиления благополучного старения в связи с тем, что современная социальная ситуация турбулентности предъявляет повышенные требования к способностям человека позднего возраста адекватно *воспринимать время* и быстро строить *модели психических*

*состояний*, т.е. способности понимать, как собственные психические состояния, так и других людей для успешного социального взаимодействия (Droit-Volet, 2013; Delle Fave, 2018).

Благоприятное старение тесно связано с *моделью психического* как компонентом социального познания, чем с нейрокогнитивным функционированием. Эта способность сильнее предсказывает изменения в качестве жизни пожилого человека (Cooper, 2016). Модель психического является необходимым условием для благоприятного социального и межличностного взаимодействия, терапевтического альянса между врачом и пожилым пациентом, гибкой реакции на изменяющийся социальный контекст, социализации и ресоциализации, что в свою очередь влияет на удовлетворенность качеством жизни (Hasson-Ohayon, 2017; Reiter, 2017; Grainger, 2018). Изменения в этой способности приводит к концептуальному сбою в понимании социального контекста. Негативному, настороженному толкованию намерений других людей как злонамеренных. Неправильное понимание психических состояний других людей приводит пожилого человека к избеганию социальных контактов, увеличению проблемного социального поведения, что отражается на таких компонентах качества жизни как психологическое здоровье и социальные отношения (Cotter, 2017). Изменения в модели психического и восприятии времени, являются составным элементом практически каждого неврологического и психического заболевания (Teixeira, 2013; Bahadırılı, 2013; Derntl, 2011; Cotter, 2017), что позволяет рассматривать эти процессы как один из потенциальных биопсихосоциальных маркеров течения старения (см. главу 1). Восприятие времени и модель психического обеспечивают в позднем возрасте *метакогнитивный сдвиг*, развитие новой гибкой позиции по отношению к происходящим событиям, проблемам старости и старения (Palmer, 2014; Ferreira, 2016; Saliba El Habre, 2018). Изменения в обработке темпоральной информации о временной перспективе, субъективной скорости течения времени выступают независимым прогностическим фактором психологического дистресса, неврологических расстройств и функциональных нарушений (Julayanont, Phillips, Chertkow, 2013; Kazakina, 2013; Stolarski, Fieulaine, 2015; Webster, Ma, 2013). В позднем возрасте часто мир воспринимается нестабильным, неясным и часто угрожающим. Наблюдается большее давление времени, появляется ощущение ограниченности оставшегося времени жизни, что приводит к ощущению *быстрого течения времени* (Lang, Carstensen, 2002; 2006; Wittmann, 2016). Согласно *модели адаптации, к временным ограничениям Д. Джона* (см. раздел. 1.3.3) у пожилого человека, воспринимающего время как быстро текущее, формируется мотивация получить максимальную отдачу от оставшегося времени в жизни и не допустить пустую трату времени, что способствует формированию новых эффективных стратегий оптимизации собственных ресурсов (John, Lang, 2015). Таким образом, сохранная ориентировка во времени, связанность временных зон, быстрое субъективное течение времени способствуют реализации собственного потенциала для большей удовлетворенности качеством жизни (Wittmann, 2016).

Насколько нам известно, предыдущие исследования не включали роль восприятия времени и модели психического в оценку удовлетворенности качеством жизни людей позднего возраста. Мы предполагаем, что такие ментальные ресурсы благополучного старения как способность к пониманию психических состояний других людей (модель психического) и восприятие времени наряду с социо-демографическими, медицинскими (полиморбидность, психологическими (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность КЖ, субъективный возраст) являются предикторами *удовлетворенности качеством жизни* в пожилом и старческом возрастах (рис.6.1).



**Рисунок 6.1.** - Предикторы удовлетворенности качеством жизни в позднем возрасте. *Примечание.* Зеленый цвет – эмоциональный и когнитивный компоненты «модели психического». Оранжевый цвет – «ситуативный» и «биографический» масштабы восприятия времени. Желтый цвет – социо-демографические предикторы. Синий цвет -психологические предикторы. Красный цвет – медицинский предиктор.

В связи с этим необходимо рассмотреть способности к пониманию психических состояний («модель психического») и воспринять время как предикторы удовлетворенности качеством жизни в пожилом и старческом возрасте. Для проверки данного предположения нами с помощью *множественного регрессионного анализа* был проведен анализ биопсихосоциальных предикторов, определяющих субъективную оценку удовлетворенности качеством жизни в пожилом и старческом возрастах. В качестве предикторов выступали компоненты восприятия времени и способности к построению модели психического состояния других людей. В качестве зависимой переменной общий показатель удовлетворенности качеством жизни по краткому *опроснику качества жизни Всемирной организации здравоохранения* (WHOQOL-BREF). Для построения моделей был использован *метод*

пошагового включения. В таблице 6.1 и на рис. 6.2. представлена модель биопсихосоциальных предикторов удовлетворенности КЖ на последней стадии иерархизации.

**Таблица 6.1.** - Результаты регрессионного анализа (методом пошагового включения) связи ментальных ресурсов, социо-демографических, психологических характеристик и удовлетворенности качеством жизни у респондентов трех возрастных групп

Зависимая переменная	Факторы (предикторы)	Значения бета-коэффициентов		
		55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
	N	120	120	50
	R <sup>2</sup>	0,683	0,759	0,674
	Значимость модели (p)	0,001	0,001	0,001
	Константа	20,410**	22,423**	19,100**
Общий показатель удовлетворенности качеством жизни (по WHOQOL-BREF)	Уровень образования	0,221*	0,237*	-
	Семейный статус	0,300*	0,244*	0,200*
	Рабочий статус	0,311*	0,345*	-
	Симптомы депрессии	-0,321*	-0,392*	-0,375**
	Субъективное чувство одиночества	-0,223*	-0,319*	-0,355*
	Индекс полиморбидности	-	-0,169	-0,189*
	Когнитивное функционирование	-	-	0,174*
	Субъективный возраст	-0,326	-0,311*	-0,298*
	Субъективная скорость течения времени	0,254*	0,238*	0,200*
	Распознавание эмоций по лицу	0,241*	0,270*	0,214*
	Дифференциация эмоций по лицу	0,210*	0,223*	-
	Память на лица (непосредственное воспроизведение)	-	-	0,177*
	Память на лица (отсроченное воспроизведение)	0,173*	0,211*	0,232*
	Понимание обмана	-	0,221*	0,289*

Примечание. \*p < 0,05, \*\*p < 0,01

В трех возрастных группах общие предикторы удовлетворенности КЖ представлены социо-демографическими (семейный статус) и психологическими факторами (симптомы депрессии, чувство одиночества, изменения в динамике субъективного возраста, скорость течения времени, распознавание эмоций и память на лица).



**Рисунок 6.2.** - Предикторы удовлетворенности качеством жизни в пожилом и старческом возрасте

Из рис. 6.2 видна возрастная динамика изменений предикторов удовлетворенности КЖ в позднем онтогенезе. Наряду с общими предикторами мы отметили, что в отличие от старческого (75-90 лет) в пожилом (55-60 и 61-74 лет) уровень образования, рабочий статус,

дифференциация эмоций по лицу выступают предикторами удовлетворенности КЖ. В 61-74 и 75-90 лет медицинский (уровень полиморбидности) и психологический (понимание обмана) предикторы начинают предсказывать изменения в удовлетворённости КЖ. В отличие от других возрастных групп, в старческом возрасте изменения в непосредственном воспроизведении лиц по памяти и когнитивном функционировании влияют на удовлетворенность КЖ.

## 6.2. Возрастно-специфические ментальные ресурсы благополучного старения и риски их истощения

В ходе проведенного исследования нами было получено большое количество корреляционных связей между компонентами восприятия времени (см. главу 4), моделью психического (см. главу 5) и состояния здоровья. Эти связи изменяются у респондентов трех возрастных групп. Для описания специфики реорганизации ментальных ресурсов, более точной квалификации устойчивых констелляций параметров, входящих в характеристики благополучного старения в пожилом и старческом возрастах, был проведен *эксплораторный факторный анализ* по методу главных компонент, с вращением факторов по методу Varimax. В факторный анализ были включены следующие переменные: полиморбидность, когнитивное функционирование, симптомы депрессии, чувство одиночества, субъективный возраст, компоненты модели психического, ситуативного и биографического масштаба восприятия времени. Факторный анализ был также направлен на изучение взаимосвязей между этими переменными в пожилом и старческом возрастах. Эти взаимосвязи образуют функциональную систему ментальных ресурсов для эффективного функционирования. Результаты факторизации исследовательских параметров (табл.6.2, 6.3, 6.4) показывают наличие множества корреляционных связей между ментальными ресурсами, физическим и психологическим здоровьем. Детальнее рассмотрим специфику выделенных факторов благополучного старения в пожилом и старческом возрастах.

**Респонденты 55-60 лет.** Были выделены **16** наиболее информативных компонентов, входящих в три фактора, суммарная дисперсия которых составила **72,4%**, что характеризует полноту и достоверность их общности (табл.6.2). Мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина равная 0,613 и критерий сферичности Барлетта  $p < 0,001$ , указывают на приемлемость факторного анализа к данной группе респондентов.

**Таблица 6.2.** - Данные факторного анализа (вращение факторов по методу Варимакс) параметров социо-демографического статуса, состояния здоровья, «модели психического» и восприятия времени для группы респондентов **55-60 лет**

Переменные	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Уровень образования	-	0,319	-
Семейный статус	0,410	-	-
Рабочий статус	-	-	0,400
Когнитивное функционирование	-	-	-
Распознавание простых эмоций по лицу	0,685	-	-
Дифференциация простых эмоций по лицу	0,421	-	-
Память на лица (непосредственное воспроизведение)	-	0,667	-
Память на лица (отсроченное воспроизведение)	-	0,519	-
Понимание обмана	0,546	-	-
Связанность временных зон	0,611	-	-
Ориентировка в текущем времени	0,574	-	-
Субъективная скорость течения времени	0,535	-	-
Субъективный возраст	-	-0,535	-
Удовлетворенность качеством жизни	-	0,683	-
Симптомы депрессии	-	-	-0,751
Субъективное чувство одиночества	-	-	-0,679
Полиморбидный статус	-	-	-0,582
<b>% дисперсии</b>	<b>32,4%</b>	<b>24,8%</b>	<b>15,2%</b>

*Примечание.* В таблице переменные, включаемые в интерпретацию фактора, их факторные нагрузки выше 0,5.

- *Первый фактор* (доля объяснимой дисперсии 32,4%) обозначен нами, как **«Психологические ресурсы благоприятного старения»** и имеет высокие нагрузки на следующие переменные: распознавание (0,685), временная перспектива (связанность временных зон, 0,611), ориентировка в текущем времени (0,574), понимание обмана (0,546), субъективная скорость течения времени (0,535), дифференциация эмоций (0,421) и семейный статус (0,410). При наличии у пожилого человека партнера, заинтересованности понимать психические состояния других людей, ориентироваться в текущем времени, обращать внимание на изменения в скорости течения времени и эффективно использовать время в своей повседневной жизни, понимать возможные причинно-следственные связи, обеспечивают когнитивную гибкость в динамически меняющемся социальном контексте, что увеличивает самоэффективность.

- *Второй фактор* (доля объяснимой дисперсии 24,8%) обозначенный нами, как **«потенциал старения»** представлен удовлетворенностью качеством жизни (0,683), непосредственным (0,667) и отсроченным (0,519) воспроизведением лиц других людей по памяти, оценкой субъективного возраста (-0,535) и уровнем образования (0,319). Несмотря на физические, когнитивные и социальные изменения, происходящие в пожилом возрасте, именно субъективное отношение к ним играет центральную роль в прогнозировании благополучия. Запоминание и узнавание лиц других людей, наличие образования, удовлетворенность качеством жизни, наличие положительной когнитивной иллюзии возраста, т.е. оценка себя «моложе» хронологического возраста, обеспечивают и выступают социо-когнитивными стратегиями, которые повышают устойчивость противостоять рискам неблагоприятного течения старения.

- *Третий фактор* (доля объяснимой дисперсии 15,2%) имеет высокие нагрузки по симптомам депрессии (-0,751), субъективному чувству одиночества (-0,679), индексу полиморбидности (-0,582) и рабочему статусу (0,411) можно интерпретировать как **«риски неблагоприятного течения старения»**. Наличие длительного повседневного стресса, нарастание болезней (полиморбидности), изменения в эмоциональной стабильности (симптомы депрессии, выраженное чувство одиночества), потеря рабочего статуса составляют риски неблагоприятного течения старения.

**Респонденты 61-74 лет.** Были выделены 16 наиболее информативных параметра, входящих в три фактора, суммарная дисперсия которых составила **82,2%**, что характеризует полноту и достоверность их общности (табл.6.3). Мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина равная 0,674 и критерий сферичности Барлетта  $p < 0,001$  указывают на приемлемость факторного анализа к данной группе респондентов.

**Таблица 6.3.** - Данные факторного анализа (вращение факторов по методу Варимакс) параметров социо-демографического статуса, состояния здоровья, «модели психического» и восприятия времени для группы респондентов **61-74 лет**

Переменные	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Уровень образования	-	0,345	-	-
Семейный статус	0,413	-	-	-
Рабочий статус	-	0,411	-	-
Когнитивное функционирование	-	-	-	-
Полиморбидный статус	-	-0,582	-	-
Субъективное чувство одиночества	-	-0,738	-	-
Ориентировка в текущем времени	-	-	0,647	-
Симптомы депрессии	-0,754	-	-	-
Субъективный возраст	-0,532	-	-	-
Удовлетворенность качеством жизни	0,549	-	-	-
Распознавание простых эмоций по лицу	0,619	-	-	-
Дифференциация простых эмоций по лицу	0,511	-	-	-
Память на лица (непосредственное воспроизведение)	-	0,510	-	-
Память на лица (отсроченное воспроизведение)	-	0,525	-	-
Понимание небуквальных высказываний. Обмана.	-	-	-	0,516
Связанность временных зон	-	-	0,682	-
Субъективная скорость течения времени	-	-	0,615	-
<b>% дисперсии</b>	<b>31,2%</b>	<b>30,4%</b>	<b>15,9%</b>	<b>4,7%</b>

*Примечание.* В таблице переменные, включаемые в интерпретацию фактора, их факторные нагрузки выше 0,5.

- *Первый фактор* (доля объяснимой дисперсии 31,2%) имеет высокие нагрузки на следующие переменные: симптомы депрессии (-0,754), распознавание (0,619), дифференциация (0,511) эмоций, субъективный возраст (-0,532), удовлетворенность качеством жизни (0,549) и семейный статус (0,413). Исходя из содержания, фактор может быть назван **«ресурсы психологической устойчивости»**. Чем менее выражены симптомы депрессии, «моложе» субъективный возраст, выше уровень образования, есть партнер, лучше распознавание эмоций, обеспечивающих ориентацию при социальных взаимодействиях, наличие семьи, тем выше удовлетворенность качеством жизни, включающая оценку физического и психологического здоровья, что означает ресурсы старения.

- *Второй фактор* (доля объяснимой дисперсии 30,4%) обозначен нами, как **«ресурсы продуктивности старения»**, имеет высокие нагрузки по следующим переменным: субъективное чувство одиночества (-0,738), индекс полиморбидности (-0,582), память на лица (непосредственное - 0,510 и отсроченное - 0,525), рабочий статус (0,411) и уровень образования (0,345). Чем менее выражены изменения в состоянии здоровья (полиморбидном статусе), ниже субъективное чувство одиночества, выше образование, рабочая занятость, способность воспроизведения лиц других людей по памяти, обеспечивающее социальную ориентацию - все это обеспечивает продуктивность в пожилом возрасте.

- *Третий фактор* (доля объяснимой дисперсии 15,9%) обозначенный нами, как **«временная компетентность»** представлен временной перспективой (связанностью временных зон, 0,682), ориентировкой во времени (0,647) и субъективной скоростью течения времени (0,615). Изменения в отношении ко времени жизни сопровождаются процессом когнитивной оценки актуальной жизненной ситуации, в ходе которой происходит пересмотр образа жизни, и активации эффективного использования оставшегося времени жизни. У пожилого человека формируется мотивация получить максимальную отдачу от оставшегося времени в жизни и не допустить пустую трату времени, точнее ориентироваться во времени. Эта мотивация способствует формированию новых эффективных стратегий оптимизации собственных ресурсов для достижения не только краткосрочных, но и долгосрочных целей.

- Четвертый фактор (доля объяснимой дисперсии 4,7%) может быть интерпретирован как **«понимание отношений»**. Максимальную нагрузку по нему имеет одна переменная - *понимание обмана* (0,516). Прагматическое понимание небуквальных высказываний других людей позволяет усиливать чувство уверенности за счет формирования концептуальной модели ситуации. Позволяет структурировать, интерпретировать и предсказать происходящее (события, собственные психические состояния и другого человека), чтобы не стать жертвой обмана, а также поддерживать благоприятные социальные отношения.

**Респонденты 75-90 лет.** Были выделены **16** наиболее информативных параметра, входящих в три фактора, суммарная дисперсия которых, составила **86,3%**, что характеризует полноту и достоверность их общности (табл.6.4). Мера выборочной адекватности Кайзера-Мейера-Олкина равна 0,682 и критерий сферичности Барлетта  $p < 0,001$ , что указывает на приемлемость факторного анализа к данной группе респондентов.

**Таблица 6.4.** - Данные факторного анализа (вращение факторов по методу Варимакс) параметров социо-демографического статуса, состояния здоровья, «модели психического» и восприятия времени для группы респондентов **75-90 лет**

Показатели	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Уровень образования	0,277	-	-	-
Семейный статус	0,310	-	-	-
Рабочий статус	0,200	-	-	-
Когнитивное функционирование	-	-	-0,625	-
Субъективное чувство одиночества	-	-0,578	-	-
Симптомы депрессии	-	-0,622	-	-
Полиморбидный статус	-	-0,519	-	-
Субъективный возраст	-0,375	-	-	-
Удовлетворенность качеством жизни	-	0,583	-	-
Ориентировка в текущем времени	-	0,535	-	-
Распознавание простых эмоций по лицу	0,621	-	-	-
Дифференциация эмоций	0,423			
Память на лица (непосредственное воспроизведение)	0,510	-		
Память на лица (отсроченное воспроизведение)	0,525	-		
Понимание обмана	-	-	0,689	-
Связанность временных зон	-	-	0,536	-
Субъективная скорость течения времени	-	-	-	0,619
<b>% дисперсии</b>	<b>37,2%</b>	<b>31,5 %</b>	<b>13,1%</b>	<b>4,1%</b>

*Примечание.* в таблице переменные, включаемые в интерпретацию фактора, их факторные нагрузки выше 0,5.

- *Фактор первый* (доля объяснимой дисперсии 41,3%) обозначенный нами, как **«когнитивно-аффективный ресурс понимания окружения»** представлен распознаванием (0,621), дифференциацией (0,423) эмоций, непосредственным (0,510) и отсроченным (0,525) воспроизведением лиц других людей по памяти, субъективным возрастом (-0,375), семейным положением (0,310), уровнем образования (0,277), рабочим статусом (0,200). Чем выше выражены социо-когнитивные способности, присутствует тенденция оценивать себя «моложе» хронологического возраста, выше уровень образования, присутствует партнер и рабочая занятость, тем эффективнее понимание социального окружения и социальных взаимодействий.
- *Второй фактор* (доля объяснимой дисперсии 31,5%) имеет высокие нагрузки на следующие переменные: субъективное чувство одиночества (-0,578), удовлетворенность качеством жизни (0,549), ориентировка в текущем времени (0,535), симптомы депрессии (-0,522) и индекс полиморбидности (-0,511). Исходя из содержания, фактор может быть назван: **«риски неблагоприятного течения старения»**. Чем ниже выраженность симптомов депрессии, полиморбидности, чувства одиночества, лучше ориентировка во времени, тем выше удовлетворенность качеством жизни, а, следовательно, минимальны риски неблагоприятного течения старения.
- *Третий фактор* (доля объяснимой дисперсии 13,1%) обозначен нами, как **«ресурс когнитивной сохранности»** представлен пониманием обмана (0,689), когнитивным функционированием (-0,625), и временной перспективой (0,536). Отсутствие когнитивных нарушений, способность понимать возможные причинно-следственные связи, между тем, что произошло, то, что происходит, и что может произойти, а также прагматическое понимание высказываний других людей обеспечивают ориентацию в окружении.

• *Четвертый фактор* (доля объяснимой дисперсии 4,1%) может быть интерпретирован как фактор «**осознание скорости течения времени**», т.к. максимальную нагрузку по нему имеет переменная субъективная скорость течения времени (0,619). Оценка изменений в субъективном течении времени выступает ситуацией вызова, направленной на то, чтобы пожилой человек мог пересмотреть свои ресурсы так, чтобы эффективно использовать время жизни для достижения целей.

Таким образом проведенный факторный анализ позволил показать, что когнитивно-эмоциональная и временная компетентности как ментальные ресурсы взаимосвязаны с социо-демографическими характеристиками (уровень образования), состоянием физического (полиморбидность) и психологического (симптомы депрессии, одиночество, удовлетворенность КЖ, субъективный возраст) здоровья. Это взаимодействие образуют факторные структуры или новые психологические системы (по В.А. Толочек, 2017) обеспечивающие благополучное течение старения, а также факторы неблагоприятного течения старения (рис. 6.3).

55-60 лет	61-74 лет	75-90 лет
Фактор: «Психологические ресурсы благоприятного старения» (32,4%)	Фактор: «Ресурсы психологической устойчивости» (31,2%)	Фактор: «Когнитивно-аффективный ресурс понимания отношений» (37,2%)
Фактор: «Потенциал старения» (24,8%)	Фактор: «Ресурсы продуктивности» (30,4%)	Фактор: «Ресурс когнитивной сохранности» (31,5%)
Фактор: «Риски неблагоприятного течения старения» (15,2%)	Фактор: «Временная компетентность» (15,9%)	Фактор: «Осознание скорости течения времени» (13,1%)
	Фактор «Понимание отношений» (4,7%)	Фактор: «Риски неблагоприятного течения старения» (4,1%)

**Рисунок 6.3.** – Психологические системы благополучного течения старения (на основе данных факторного анализа)

Их рис. 6.3. видно, что наблюдается усложнение ментальных ресурсов у респондентов 61-74 и 75-90 лет по сравнению с 55-60 лет, что вызвано столкновением с новыми условиями как «внешней», так и «внутренней» среды. Наряду с этим были выделены риски неблагоприятного течения старения, которые можно разделить на соматические (полиморбидный статус), психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни), когнитивные (нарушения в ориентировке в текущем времени) и социальные (рабочий статус).

## 6.2. Обсуждение полученных результатов

Результаты факторизации исследованных параметров показали наличие множества корреляционных связей между медицинскими, психологическими и социо-демографическими

характеристиками в пожилом и старческом возрастах. Эти факты подтверждает мнение И.М. Серрало о том, что в позднем возрасте наблюдается ментальная реактивация моделей поведения, человек формирует свою, неповторимую систему ресурсов для достижения благополучного старения (Cerrato,1998). Также это согласуется с *моделью селективной оптимизации и компенсации ресурсов П. Балтеса* (Baltes, Carstensen,2003). Пожилой человек так оптимизирует свои способности, чтобы двигаться в направлении получения наилучшего функционирования в определенном количестве сфер жизни. Можно сказать, что благоприятное течение старения определяется ментальными ресурсами.

- **Ментальные ресурсы и удовлетворенность КЖ.** Показано, что на удовлетворенность качеством жизни как компонентом благополучного течения старения у респондентов пожилого и старческого возрастов влияют изменения в компонентах восприятия времени и модели психического. Отметим, что количество предикторов, влияющих на удовлетворенность качеством жизни у респондентов 61-74 и 75-90 лет больше, чем у респондентов 55-60 лет. Это связано с тем, что эти две возрастные группы более сензитивны к внешним и внутренним факторам рисков неблагоприятного течения старения. Это увеличение предикторов, влияющих на динамику удовлетворенности качеством жизни, обеспечивает здоровье-сберегающее и профилактическое поведение, направленное на достижение более адаптивных результатов и благополучного течения старения. Нами выделены *общие социо-демографические и психологические предикторы*, влияющие на удовлетворенность качеством жизни в позднем возрасте. *Ориентировка в текущем времени* выступает возрастнo-специфическим предиктором качества жизни у респондентов 61-74 и 75-90 лет, что согласуется с зарубежными данными (Guerrero-Berroa, Luo, 2009; Keeffe, Mukhtar, 2010; Iwamoto, Hoshiyama, 2012; Tseng, Hung,2013; Julayanont, 2014; Ryan, 2015), показывающими изменения в этой ориентировке как независимый прогностический фактор когнитивных нарушений и рисков падений. Эти результаты интересны тем, что изменения в качестве жизни могут быть связаны не только с медицинскими, но и психологическими характеристиками состояния человека пожилого и старческого возрастов. Полученные нами предикторы можно рассмотреть через призму *стресс-копинг модели* (stress-coping conceptual model) как модификации теории стресса Р., Лазаруса состоящую из антецедентных, оценочных и копинг переменных, которые предсказывают удовлетворенность качеством жизни (Kershaw, 2008). В нашем исследовании больший акцент был сделан на набор *антецедентных переменных*, который состоит из временной (субъективный возраст, связанность временных зон, ориентировки в текущем времени, субъективной скорости течения времени) и когнитивно-эмоциональной (распознавание и дифференциация эмоций по лицу, память на лица, понимание обмана) компетенций. Изменения в этих переменных у человека позднего возраста приводят к дисфункциональным, менее конструктивным способам решения проблемных вопросов

старости и старения, что связано с отрицательной оценкой собственного старения, безнадежностью и неопределенностью. Эти повышенные отрицательные оценки впоследствии приведут к избегающим, пассивным копинг-стилям, что сказывается на физическом, психическом и социальном компонентах качества жизни.

- **Модель психического и удовлетворенность КЖ.** Основываясь на данных зарубежных исследований, оценивающих связь между социальным познанием и удовлетворенностью качеством жизни как при нормальном развитии (Brüne et al., 2011; Schmidt et al., 2011), так и при шизофрении (Dziwota, 2018), онкологии (Hoffman, 2013), нейродегенеративных расстройствах (Christidi, 2018), в настоящем исследовании была протестирована модель предикторов качества жизни в позднем возрасте при нормальном старении, в которую были включены: распознавание, дифференциация эмоций по лицу, память на лица и понимание обмана. Результаты подтверждают влияние изменений в эмоциональном и когнитивном компонентах модели психического на удовлетворенность качеством жизни в пожилом и старческом возрасте. Наличие изменений в модели психического в позднем возрасте увеличивают вероятность атрибутивного смещения или предвзятости, т.е. восприятия других людей как враждебных, что в свою очередь приводит к снижению социального функционирования и уровня жизни. Показанное нами влияние распознавания эмоций на удовлетворенность качеством жизни согласуются с данными С. Соопера и соавт, которые показали, что точное восприятие эмоций по выражению лица другого человека вызывает положительные эмоции, что увеличивает удовлетворенность КЖ (Cooper, 2016). Также зарубежные данные (Couture et al., 2006; Kee et al., 2004), указывающие на адаптивный функциональный результат распознавания психических состояний. Полученные данные указывают на то, что изменения в способности точно распознавать, дифференцировать эмоции по лицу, запоминать лица и понимать обман у людей пожилого и старческого возрастов приводят к изменениям в социальном функционировании, которые в свою очередь влекут за собой неудовлетворенность качеством жизни, что согласуется с зарубежными данными (Cotter, 2017; Hasson-Ohayon, 2017; Fortier, 2018; Reiter, 2017), которые рассматривают социо-когнитивный дефицит как маркер неблагоприятного старения. Напомним (см. [раздел 1.2.2](#)), что состояние компонентов социального познания в позднем возрасте выступает медиатором между когнитивным функционированием пожилого человека и удовлетворенностью социальным качеством жизни (Ofir-Eyal et al., 2014; Hasson-Ohayon, 2017). Полученная связь компонентов модели психического с удовлетворенностью качеством жизни согласуется также с исследованиями *социо-эмоционального старения* (Ciarrochi, 2000; Wang, Su, 2006) и *коммуникативной моделью успешного старения Дж. Нуссбаума*, которая помещает в центр социального компонента благополучного течения старения, стремление взаимодействовать с другими людьми, близость пожилого человека с семьей и его друзьями (Nussbaum, 1985).

Изменения в распознавании простых эмоций и последующей их обработке, запоминание лиц людей приводит к недопониманию, развитию межличностных конфликтов и нарушению социального взаимодействия, что способствует увеличению социальных проблем в поздних возрастах. Эти трудности могут приводить к снижению социальной активности, дистанцированию от круга значимых людей, что увеличивает чувство одиночества, неостребованности, способствует рискам развития спектра соматических и аффективных расстройств с последующим ухудшением состояния здоровья вплоть до инвалидизации. Как известно, социальная изоляция в позднем возрасте является одним из факторов, увеличивающих риски развития большого эпизода депрессии (Singh, 2009). Наличие когнитивно-эмоциональной компетентности в позднем возрасте, в основе которой, как мы показали, лежит распознавание, дифференциация простых эмоций и запоминание лиц, выступают ресурсом психологической устойчивости (Delle Fave, 2018).

- **Субъективный возраст и удовлетворенность КЖ.** Нами было показано, что оценка себя «моложе» хронологического возраста в позднем возрасте выступает предиктором удовлетворенности качеством жизни, что подтверждают, как отечественные (Сергиенко, Киреева, 2015), так и зарубежные данные (Westerhof, Barrett, 2005; Proyer, 2013; Gana, Alaphilippe, Bailey, 2004). Эти исследования показали, что субъективный возраст на поздних этапах онтогенеза выступает биопсихосоциальным индикатором старости и старения и является сильным предиктором психологического функционирования и удовлетворенности качеством жизни, в отличии от хронологического возраста (Montepare, 2009; Schafer, Shippee, 2010; Stephan, Caudroit, Chalabaev, 2011; Montepare, Lachman, 1989). Лучше предсказывает изменения в качестве жизни среди людей 55 лет и старше (Saliba El Habre, 2018). Связан с динамикой следующих аспектов качества жизни: физическое здоровье, самооффективность, когнитивное и психическое здоровье (Proyer, 2013; Westerhof, Barrett, 2005; Stephen et al., 2011). Нами показано, что изменения в субъективном возрасте, являются большим предиктором удовлетворенности качеством жизни у людей 61-74 лет, по сравнению с 55-60 и 75-90 лет.

- **Восприятие времени и удовлетворенность КЖ.** Нами показано, что связанность временных зон, ориентировка во времени и субъективная скорость течения времени выступают предикторами удовлетворенности жизни в позднем возрасте, что говорит о важности психологического времени в многомерной оценке качества жизни на поздних этапах онтогенеза. Изменения в ситуативном и биографическом масштабах восприятия времени следует рассматривать как потенциальные психологические детерминанты качества жизни в пожилом и старческом возрастах. Эти изменения чувствительны к ухудшениям в физическом, психологическом и социальном компонентах качества жизни. Полученные нами данные согласуются с теорией социо-эмоциональной селективности Л. Карстенсен, согласно которой в пожилом возрасте происходят изменения в отношении ко времени, что увеличивается

ценность эмоционально значимых целей. Это перераспределение ресурсов способствует более эффективному регулированию эмоций, посредством которого пожилой человек контролирует свои эмоциональные переживания и больше удовлетворен качеством своей жизни (Carstensen et al., 1998). Напомним, что согласно *эпигенетической теории развития личности Э. Эриксона*, основной задачей пожилого возраста является достижение целостности-Я, которая осуществляется через поиск смысла своей жизни, интеграцию своего прошлого, настоящего и будущего, понимания связей между событиями собственной жизни (Альперович, 2004). Соединение событий жизни в единое целое, принятие ее такой, какая она есть, понимание что достижений было больше, чем неудач, способствует высокой самоэффективности в позднем возрасте, что показано Н. Настаушевой и Е. Шакшиной (Настаушева, Шакшина, 2013) и *когнитивной теорией адаптации к старению* (theory of cognitive adaptation, Н. Thomaе, 1970) согласно которой, слегка позитивные иллюзорные убеждения о себе и собственном будущем влияют на самоконтроль, смыслообразование и удовлетворенность качеством жизни (по Нeskhausen, 2006). Изменения на различных уровнях восприятия времени рассматривают важной детерминантой психологического компонента качества жизни. Наличие изменений во временной перспективе влияет на широкий диапазон как общих, так и специфических компонентов качества жизни (Laureiro-Martinez, 2017), что нашло подтверждение в нашем исследовании. Нами теоретически (раздел 1.3.4) и эмпирически (раздел 4.5) было показано что, наличие у людей позднего возраста ориентации на *негативное прошлое* и неопределенное будущее являются психологический стрессом. Наличие у пожилого человека ориентации на негативное прошлое и отсутствие временной перспективы будущего, или восприятие будущего, наполненного страхами, сопровождается более низким качеством жизни (Kazakina, 1999; Laureiro-Martinez, 2017).

- **Возрастно-специфические ментальные ресурсы благополучного старения.** В группах 61-74 лет и 75-90 лет по сравнению с 55-60 лет происходит существенное расширение, дифференциация набора компонентов когнитивно-эмоциональной и временной компетентностей в связке с показателями состояния здоровья и социо-демографической характеристикой. Так, интересно отметить, что группе 75-90 лет было выделено **3** факторные структуры («когнитивно-аффективный ресурс понимания отношений», «ресурс когнитивной сохранности», «осознание скорости течения времени»), 61-74 лет – **4** («ресурсы психологической устойчивости», «ресурсы продуктивности», «временная компетентность», «понимание отношений»), 55-60 лет – **2** («психологические ресурсы благоприятного старения», «потенциал старения»). Эти новые психологические системы (по В.А. Толочек, 2017) позволяет людям пожилого и старческого гибко ориентироваться и решать актуальные задачи в ситуациях-вызова. Выделенные нами ментальные ресурсы благополучного старения подтверждают наличие реструктуризации психических способностей, что согласуется с

данными М.А. Холодной, С.А. Хазовой (Холодная, Хазова,2017) и Е.А. Сергиенко (2012). В пожилом и старческом возрастах происходят изменения в когнитивно-эмоциональной (см. главу 5), временной компетентностях (см. главу 4), соматическом и психологическом здоровье (см. главу 3). Однако, эти изменения следует рассматривать как подготовительные (антиципирующие, по Е.А. Сергиенко), они позволяют человеку позднего возраста гибко адаптироваться к ограничениям, проблемам старости, старения и неопределенности. Так у респондентов 61-74 и 75-90 лет были выделены **факторы «понимание отношений»** и **«когнитивная сохранность»**, которые обеспечивают способность понимать других людей (психические состояния, намерения, поведение) и их переживания. В основе этих факторов лежат когнитивные (понимание обмана, память на лица) и эмоциональные (распознавание, дифференциация эмоций) компоненты модели психического, что согласуется с мнением Д.В. Ушакова, что к индивидуальным ментальным ресурсам следует относить и компоненты социального познания (цит. по Ларионова,2017). У респондентов 61-74 лет был выделен **фактор «понимание отношений»**, в котором способность *понимать обман* выступает в качестве самостоятельного фактора, что согласуется с А. Граинкера о том, что понимание обмана является центральным компонентом, обеспечивающим способность к построению моделей психических состояний других людей в возрасте 60+ (Grainger,2018). Люди в возрасте 61-74 лет часто становятся жертвами мошенников (Shany-Ur,2011). Выделенный фактор обеспечивает функцию категоризации, интерпретации, образования системы представлений о намерениях, ложных убеждениях других людей. С большим весом в **факторе «ресурс когнитивная сохранность»** у респондентов 75-90 лет является переменная понимание обмана, что согласуется с данными Дж. Коттер о том, что изменения в понимании небуквальных высказываний способствуют ухудшению психосоциального функционирования и их следует рассматривать как маркер социо-когнитивного дефицита (Cotter,2017). Выделенный нами в группе 75-90 лет **фактор «ресурс когнитивной сохранности»**, является важным индивидуальным ментальным ресурсом, который определяет *чувство когерентности* обеспечивающий способность понимать, управлять и осмысливать события, что позволяет более гибко человеку позднего возраста справляться с повседневными жизненными вызовами (Eriksson, 2016).

Нами в пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) были выделены также такие факторы как **«потенциал старения»** (память на лица, субъективный возраст, удовлетворенность качеством жизнью), **«ресурсы психологической устойчивости»** (симптомы депрессии, субъективный возраст, удовлетворенность качеством жизни, распознавание и дифференциация эмоций и уровень образования) и **«ресурсы продуктивности старения»** (индекс полиморбидности, память на лица, субъективное чувство одиночества и рабочий статус). Это согласуется с *эвристической моделью субъективного старения* Дж. Весторха (Westerhof,2010) и

исследованием М. Ваорисалми (Vuorisalmi,2006), которые показали, что наряду с клиническими показателями здоровья, *самооценка* соматического и психического здоровья, удовлетворенности качеством жизни, субъективный возраст, удовлетворенность рабочей занятостью (реализацией), более важны для оценки и прогноза благоприятного течения старения (Windsor, Hunter,2015). Таким образом мы показали, что внутренняя картина старения играет ключевую роль в системе возрастнo-специфических ментальных ресурсов благополучного старения, обеспечивая вариативный анализ ситуации старения, выделение рисков, их категоризацию, выявление причинно-следственных связей для их объяснения и организации стратегий совладания. В основе самооценки здоровья в пожилом возрасте лежат процессы нисходящего и восходящего социального сравнения с другими людьми с учетом их черт, мнений и способностей. Для достижения положительного или позитивного здоровья пожилые люди сравнивают себя с стереотипом «хрупкого» пожилого человека, а также снимают важность состояния здоровья путем сравнения себя с высоким уровнем заболеваемости среди своих ровесников (Vuorisalmi,2006).

Выделенный нами *фактор «потенциал старения»* у людей 55-60 лет представлен переменными удовлетворенности качеством жизни и памятью на лица. Наличие связи между КЖ и памятью на лица указывает, что оценка старения во многом зависит от удовлетворенности *социальным качеством жизни*, затрагивающим как метапознание, так и социальное познание (Hasson-Ohayon, 2017).

У людей 61-74 лет фактор *«ресурсы психологической устойчивости»* состоит из способности *распознавать эмоции по лицу и эмоциональной стабильности*, которая определяется наличием или отсутствием симптомов депрессии. Наличие этой взаимосвязи согласуется с *интегративной моделью возникновения депрессии П. Лаутена и П. Фонаги*. Согласно этой модели, депрессивные симптомы выступают в качестве важных индикаторов психологического благополучия, но также являются значимыми прогностическими факторами функционального здоровья и долголетия (Luytena, Fonagy,2017). Наличие эмоциональной стабильности позволяет людям пожилого возраста успешно решать проблемы и ограничения, накладываемые физиологическим процессом старения, что согласуется с *моделью селективной оптимизации и компенсации ресурсов П. Балтеса* (Baltes, Carstensen,2003).

Фактор *«ресурс продуктивности старения»* у респондентов 61-74 лет включает субъективное чувство одиночества как индикатор состояния психологической адаптации. Одиночество является одним из трех факторов, которые приводят к депрессии, причиной суицидального поведения в пожилом возрасте (Kaasa, 1998). Степень выраженности чувства одиночества в пожилом возрасте рассматривают как предиктор благополучного старения и рисков смертности (Smith, 2008).

Выделенный нами в старческом возрасте (75-90 лет) **фактор «когнитивно-аффективный ресурс понимания окружения»** согласуется с исследованиями социо-эмоционального старения (Ciarrochi,2000; Wang, Su,2006) и *коммуникативной моделью успешного старения* Дж. Ниссбаума, которая помещает в центр социального компонента благополучного течения старения, стремление взаимодействовать с другими людьми, близость пожилого человека с семьей и его друзьями (Nussbaum,1985). Изменения в распознавании простых эмоций и последующей их обработке, запоминание лиц людей приводит к недопониманию, развитию межличностных конфликтов и нарушению социального взаимодействия, что способствует увеличению социальных проблем в поздних возрастах. Эти трудности могут приводить к снижению социальной активности, дистанцированию от круга значимых людей, что увеличивает чувство одиночества, невостребованности, способствует рискам развития спектра соматических и аффективных расстройств с последующим ухудшением состояния здоровья вплоть до инвалидизации. Как известно, социальная изоляция в позднем возрасте является одним из факторов, увеличивающих риски развития большого эпизода депрессии (Hess, Blanchard-Fields,1999). Наличие когнитивно-эмоциональной компетентности в позднем возрасте, в основе которой, как мы показали, лежит распознавание, дифференциация простых эмоций и запоминание лиц, выступает ресурсом психологической устойчивости (Delle Fave, 2018).

В возрастной группе 55-60 в факторе **«психологический ресурс благоприятного старения»** выделяется с большим весом переменная *социо-когнитивная способность* распознавания простых эмоций по экспрессии лиц. Эта способность является необходимым условием для благоприятного социального и межличностного взаимодействия, терапевтического альянса между врачом и пациентом, гибкой реакцией на изменяющийся социальный контекст, социализации и ресоциализации, которые в свою очередь влияют на когнитивное и физическое функционирование (Hasson-Ohayon, 2017; Reiter, 2017; Grainger,2018). Изменения в этих процессах приводят к концептуальному сбою в понимании социального контекста. Негативному, настороженному толкованию намерений других людей как злонамеренных. Неправильное восприятие эмоциональной экспрессии других людей приводит пожилого человека к избеганию социальных контактов, увеличению проблемного социального поведения, что может частично отразиться на его социо-когнитивной эффективности (Cotter, 2017). Этот ресурс согласно *теории социальных действий* (social action theory, A. Duner) и *модели адаптации* (model of developmental adaptation P. Martin) относятся к корректирующему, активному подходу преодоления жизненных трудностей, который направлен на их преодоление, изменение образа жизни, формирование нового восприятия жизни и смерти, усиление надежды (Wrosch,2005). Отметим, что среди компонентов фактора **«психологический ресурс благоприятного старения»** были выделены такие уровни

восприятия времени, как связанность временных зон, ориентировка во времени и субъективная скорость течения времени, которая согласуется с *теорией социо-эмоциональной селективности Л. Карстенсен*, согласно которой, процесс старения приводит людей к тому, что увеличивается ценность эмоционально значимых целей. Это перераспределение ресурсов способствует более эффективному регулированию эмоций, посредством которого пожилой человек контролирует свои эмоциональные переживания и выражения (Carstensen et al., 1998). Напомним, что согласно *эпигенетической теории развития личности Э. Эриксона*, основной задачей пожилого возраста является достижение *целостности-Я*, которая осуществляется через поиск смысла своей жизни, интеграцию своего прошлого, настоящего и будущего, понимания связей между событиями собственной жизни (цит. по Альперович, 2004). Соединение событий жизни в единое целое, принятие ее такой, какая она есть, понимание, что достижений было больше, чем неудач, способствует высокой самоэффективности в позднем возрасте, что показано Н. Настаушевой и Е. Шакшиной (Настаушева, Шакшина, 2013) и *когнитивной теорией адаптации к старению* (theory of cognitive adaptation, Н. Thomaе, 1970), согласно которой, слегка позитивные иллюзорные убеждения о себе и собственном будущем влияют на самоконтроль, смыслообразование и удовлетворенность качеством жизни (по Neckhausen, 2006).

В группе 61-74 лет компоненты «ситуативного» и «биографического» масштабов восприятия времени образуют фактор *«временная компетентность»*. Это говорит о том, что в данный возрастной период изменения в обработке временной (темпоральной) информации о временной перспективе, субъективной скорости течения времени выступают *биопсихосоциальным маркером течения старения* или *взаимодействия с жизнью* (Kazakina, 2013; Stolarski, Fieulaine, 2015; Webster, Ma, 2013).

В старческом возрасте (75-90 лет) фактор *«осознание скорости течения времени»* представлен способностью воспринимать скорость течения времени. Это связано с тем, что в позднем возрасте часто мир воспринимается нестабильным, неясным и часто угрожающим. Наблюдается большее «давление времени», появляется ощущение ограниченности оставшегося времени жизни, что приводит к ощущению *быстрого течения времени*. Согласно *модели адаптации к временным ограничениям Д. Джона* у человека позднего возраста, воспринимающего время как быстро текущее, формируется мотивация получить максимальную отдачу от оставшегося времени в жизни и не допустить пустую трату времени, что способствует формированию новых эффективных стратегий оптимизации собственных ресурсов (John, Lang, 2015). Таким образом, восприятие и управление субъективным течением времени способствуют реализации собственного потенциала для благополучного течения старения.

- ***Риски неблагоприятного течения старения.*** В ходе исследования в пожилом (55-60 лет) и старческом (75-90 лет) возрастах нами был выделен фактор *«риски*

*неблагоприятного течения старения*». Эти риски включают в себя *соматические* (полиморбидный статус), *психологические* (симптомы депрессии, чувство одиночества, удовлетворенность КЖ, субъективный возраст) и *социальные* (рабочий статус). Полученный нами фактор указывает на то, что на изменения в ментальных ресурсах благоприятного старения протекают на соматическом, эмоциональном и социальном уровнях, что согласуется с отечественными (Хазова, 2014) и зарубежными (Smith, Gerstorf, 2008) исследованиями. Согласно этим исследованиям, процесс истощения ментальных ресурсов в пожилом возрасте – это дезадаптивный феномен, который сопровождается функциональными соматическими нарушениями, симптомами депрессии, субъективным чувством одиночества, симптомами тревожного расстройства, когнитивными изменениями, что может снижать эффективность справляться с трудными ситуациями. Выделенные соматические, психические и социальные риски выступают факторами повышенной стресс-реактивности. Индикаторами истощения ресурсов саморегуляции (истощению «ЭГО», Соколова, 2015). Отметим, что значимыми составляющими *фактора «риски неблагоприятного течения старения»* у респондентов 55-60 и 75-90 лет является психическое состояние, т.е. наличие симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества, что согласно ряду исследований, сопровождается подавлением эмоций, избегающими, пассивными стратегиями совладания со стрессом (эмоционально-ориентированный копинг), приводящими к развитию старческой астении (Lundgren, 2015). Отметим, также что одним из компонентов рисков неблагоприятного течения старения относятся изменения в *рабочем статусе*, что согласуется с исследованием К. Крюгер, которое показало, что отсутствие социальной интеграции и наличия социальных обязательств в позднем возрасте влияет на социо-когнитивное функционирование, удовлетворенность качеством жизни (Krueger, 2009). Тоже Т. Хагхес отмечает, что управляющие должности или занятость усиливают *познавательный образ жизни*, что благоприятно влияет на когнитивное функционирование (Hughes, 2008). Нами показано, что *уровень образования* вносит вклад в риски истощения ментальных ресурсов в позднем возрасте, что согласуется с *проактивной моделью успешного старения* Е. Кахана, Б. Кахана, согласно которой наличие высшего образования является компонентом, обеспечивающим контроль и регуляцию качества жизни, гибкий поиск информации в позднем возрасте (Kahana, 2012). Согласно *теории когнитивного резерва*, Я. Стерна (Scarmeas, Stern, 2003) и *теории кумулятивного преимущества* Д. Даннифера (Dannefer, 2003), стремление к получению образования сопровождается ориентацией на познавательный образ жизни и большим позитивным стилем, что увеличивает адаптационно-компенсаторные возможности, которые накапливаются и развиваются на протяжении жизни. Отметим, что наличие высшего образования наряду с другими факторами предполагает больше форм здоровье-сберегающего и профилактического поведения (Dannefer, 2003).

## Выводы по шестой главе

- Способность понимать психические состояния (модель психического) и воспринимать время наряду с медицинскими, психологическими и социо-демографическими характеристиками выступает предиктором удовлетворённости качеством жизни в пожилом и старческом возрастах. Общие предикторы представлены социо-демографическими (семейный статус) и психологическими факторами (симптомы депрессии, чувство одиночества, изменения в динамике субъективного возраста, скорость течения времени, распознавание эмоций и память на лица). В отличие от старческого (75-90 лет) в пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) уровень образования, рабочий статус, дифференциация эмоций по лицу выступают предикторами удовлетворенности КЖ. В 61-74 и 75-90 лет медицинский (уровень полиморбидности) и психологический (понимание обмана) факторы начинают предсказывать изменения в качестве жизни. В отличие от других возрастных групп, в старческом возрасте изменения в непосредственном воспроизведении лиц по памяти и когнитивном функционировании определяют удовлетворенность качеством жизни.

- В пожилом и старческом возрастах эмоциональная и временная компетентности как ментальные ресурсы взаимосвязаны с социо-демографическими характеристиками (уровень образования, рабочий и семейный статусы), состоянием физического (полиморбидность) и психологического здоровья (симптомы депрессии, одиночество, удовлетворенность КЖ, субъективный возраст), образуя новые психологические системы, обеспечивающие благополучное старение.

- В группах 61-74 лет и 75-90 лет по сравнению с 55-60 лет происходит существенное расширение, дифференциация набора компонентов когнитивно-эмоциональной и временной компетентностей взаимосвязанных с показателями состояния здоровья и социо-демографическими характеристиками. Это связано с усложнением жизни, ростом рисков физических, социальных потерь и психологических проблем. В группе 75-90 лет выделено 3 факторные структуры («когнитивно-аффективный ресурс понимания отношений», «ресурс когнитивной сохранности», «осознание скорости течения времени»), 61-74 лет – 4 («ресурсы психологической устойчивости», «ресурсы продуктивности», «временная компетентность», «понимание отношений»), 55-60 лет – 2 («психологические ресурсы благоприятного старения», «потенциал старения»).

- У респондентов 55-60 лет был выделен *фактор «психологические ресурсы благоприятного старения»*, который представлен семейным статусом, способностями распознавать и дифференцировать эмоции по лицу, временной перспективой, пониманием обмана, адекватной ориентировкой в текущем времени, быстрой субъективной скоростью течения времени, которые позволяют эффективно достигать не только краткосрочные, но и долгосрочные цели.

- У респондентов 55-60 лет *фактор «потенциал старения»* представлен уровнем образования, памятью на лица, оценкой субъективного возраста и удовлетворенностью качеством жизни. В то время как у респондентов 61-74 лет содержательно похожий *фактор «ресурсы старения»*, обеспечивающий благополучную траекторию течения старения, представлен более широким, сложным спектром компонентов: семейным статусом, симптомами депрессии, распознаванием и дифференциацией эмоций, удовлетворенностью качеством жизни и субъективным возрастом. Также у респондентов 61-74 лет был выделен *фактор «ресурсы продуктивности старения»*, который показывает, что, изменения в здоровье, субъективное чувство одиночества, уровень образования, способность воспроизведения лиц людей по памяти, определяют благополучное течение старения.

- Если в пожилом возрасте (55-60 и 61-74 лет) такие социо-когнитивные способности как распознавание, дифференциация эмоций и память на лица входят в различные факторы, то в старческом возрасте (75-90 лет), приобретая важное значение для эффективного понимания социального окружения и социальных взаимодействий, они образуют самостоятельный *фактор «когнитивно-аффективный ресурс понимания окружения»*.

- Если в группах 55-60 и 75-90 лет понимание обмана входит в различные факторы, то в группе 61-74 лет эта социо-когнитивная способность, приобретая важное значение для эффективных социальных отношений, образует самостоятельный *фактор «понимание отношений»*.

- Непосредственное и отсроченное воспроизведение лиц по памяти совместно входят в факторы у респондентов 55-60 лет - *«потенциал старения»*, 61-74 лет - *«ресурсы продуктивности старения»* и 75-90 лет - *«когнитивно-аффективный ресурс понимания окружения»*, что говорит о значимости данной когнитивно-эмоциональной компетентности для эффективного функционирования человека позднего возраста

- Если в группах 55-60 и 75-90 лет компоненты «ситуативного» и «биографического масштабов» восприятия времени входят в различные факторы, то в группе 61-74 лет они, приобретая важное значение в благополучном течении старения, образуют самостоятельный *фактор «временная компетентность»*. В старческом возрасте (75-90 лет) был выделен *фактор «субъективная скорость течения времени»*, в котором фокус временной

компетенции смещается на динамику изменений в субъективной скорости течения времени в сторону его замедления.

- Выделен фактор «*риски неблагоприятного течения старения*» в пожилом (55-60 лет) и старческом (75-90 лет) возрастах. Эти риски были разделены: соматические (полиморбидный статус) и психологические (симптомы депрессии, чувство одиночества), когнитивные (нарушения в ориентировке, в текущем времени), социальные (удовлетворенность качеством жизни, изменения в рабочем статусе). В возрасте 55-60 лет ведущими факторами риска являются: симптомы депрессии и чувство одиночества. В старческом возрасте (75-90 лет) в отличии от предыдущей группы к факторам риска добавляются неудовлетворенность качеством жизни, изменения в ориентировке во времени и полиморбидность.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В диссертационной работе представлено исследование, рассматривающее способности воспринимать время и понимать психические состояния (модель психического) как ментальные ресурсы благополучного старения. В ходе данного исследования был проведен обширный теоретический анализ последних исследований, посвященный специфике ментальных ресурсов человека пожилого и старческого возрастов. Представлена структура, закономерности формирования, функции, группы, виды и формы нарушений ментальных ресурсов позднего возраста.

Впервые в отечественной геронтопсихологии показано, что для гибкой адаптации к повседневным ситуациям-вызова, человеку позднего возраста требуется наличие *когнитивно-эмоциональной компетентности* как способности понимать не только собственные психические состояния, но и других людей (модель психического) в динамически изменяющемся социальном контексте. Нами дополнена дифференциация понятий, описывающих психологическую реальность понимания себя и другого человека (модель психического, ментализация, социальное познание и эмоциональный интеллект), которая была предложена в работе Е.А. Сергиенко, Е.И. Лебедевой, А.Ю. Улановой (2018). Показано, что модель психического, является структурным компонентом процесса ментализации, но не сводится к нему. Оба этих процесса выступают ментальными механизмами социального познания и эмоционального интеллекта. Они направлены на концептуальный анализ понимания отношений, т.е. понимание особенностей формирования концептуализации окружающего мира человеком и себя в нем. Впервые были выделены: структура, закономерности формирования, функции, общие нейрокогнитивные механизмы, формы нарушения способности к построению модели психического. Показано, что изменения в модели психического в позднем возрасте являются индикатором ряда психических и неврологических расстройств. Также они выступают биопсихосоциальным маркером благополучного течения старения. Впервые описана *интегративная модель возникновения депрессии П. Лаутена и П. Фонаги*, которая в отличии от ранних теорий показывает, что депрессия является результатом взаимодействующих нарушений в системе ответа на стрессовые события, что приводит к проблемам в системе внутреннего подкрепления (вознаграждения), а также к проблемам понимания психических состояний (модель психического). Согласно данной модели искажения в когнитивно-

аффективных схема Я-Другие являются центральным поддерживающим фактором депрессии позднего возраста. Нами был описан «первичный» и «вторичный» дефицит модели психического в позднем возрасте. По категориям были систематизированы симптомы изменений в модели психического в позднем возрасте. Эти симптомы необходимо учитывать при проведении *социо-когнитивного скрининга*, который позволяет улучшить раннюю диагностику и дифференциацию различных форм кортикальных деменций и аффективного спектра расстройств. Представлены особенности когнитивного и эмоционального компонентов модели психического при нормальном старении.

В связи с тем, что в основе изменений в способности понимать психические состояния других людей лежит полиморфность и полиэтиологичность, то впервые сравнивались два подхода (дефицитарный, ресурсный) к пониманию изменений в модели психического в позднем возрасте. Описаны социо-когнитивные компенсаторные процессы в позднем возрасте. Показано, что эффективность социального взаимодействия в пожилом возрасте опирается на *временную компетентность* как компонент социального познания, что позволяет ментально превосходить угрозы или стрессовые события, извлекать и упорядочивать собственный ментальный опыт во времени для моделирования, планирования и проблемно-ориентированного решения сложившихся проблем старости и старения. В связи с этим мы предлагаем рассматривать эмоциональную и временную компетентности как ментальные ресурсы благополучного течения старения. Описаны компоненты временной компетентности. Показано, что субъективный возраст является компонентом временной компетентности, который позволяет описывать динамику возрастной идентичности, также он становится тем якорным представлением, относительно которого человек воспринимает себя на своем жизненном пути. Описана структура, динамика изменений и факторы, влияющие на оценку субъективного возраста в пожилом и старческом возрастах. Впервые выделены информационный и мотивационный подходы к пониманию феномена положительной когнитивной иллюзии возраста, т.е. субъективно оценивать себя «моложе» хронологического возраста. Представлена структурно-уровневая модель индивидуальной возрастной идентичности человека пожилого возраста. Систематизирована специфика, предикторы ситуативного (ориентировка во времени) и биографического масштаба (временная перспектива, субъективная скорость течения времени) восприятия времени в позднем возрасте. Впервые описана *модель адаптации к ограниченности времени Д. Джона* (model of adaptation to lifetime constraints), которая показывает, что ощущение конечности оставшегося времени жизни у человека позднего возраста может вызывать различные изменения в субъективном течении времени, усиливать или ослаблять контроль за временем. Представлены информационно-процессуальный и мотивационный подходы к пониманию изменений в субъективной скорости течения времени в пожилом и старческом возрастах. Систематизировано влияние временного уклона (прошое, настоящее, будущее), влияние на субъективное благополучие (физическое, психологическое здоровье) в позднем возрасте.

На основе проведенного обзора исследований по ментальным ресурсам в пожилом и старческом возрастах, мы показали, что в отечественной геронтопсихологии не рассматривалось, что к ключевым ментальным ресурсам благополучного течения старения следует относить когнитивно-эмоциональную и временную компетентности. В связи с распространенностью таких форм неблагоприятного течения старения как пре-астения и старческая астения в рамках данного исследования, нами был предложен набор методик и алгоритм проведения комплексной гериатрической оценки здоровья человека позднего возраста. Впервые детализирован алгоритм интерпретации результатов по гериатрической шкале оценки депрессии (GDS-30). Нами был систематизирован набор методик для оценки

*ситуативного* (ориентировка во времени, субъективный возраст) и *биографического* (временная перспектива, субъективная скорость течения времени) масштабов восприятия времени. Для облегчения оценки субъективного возраста по шкале оценки когнитивного возраста Б. Барака, нами впервые был представлен алгоритм проведения обследования и интерпретации полученных результатов. Представлен алгоритм интерпретации полученных данных по круговому тесту Т. Коттла, методики «Кто Я» М. Куна.

Впервые в геронтопсихологической практике для оценки специфики эмоционального компонента модели психического в позднем возрасте была применена онлайн *Пенсильванская нейропсихологическая батарея*, которая обладает рядом преимуществ: доступ через веб-браузер; охват различных доменов социального познания с улучшенной стандартизацией предъявления стимулов и сбора данных; простой интерфейс и интерпретация полученных результатов. Для оценки понимания обмана в позднем возрасте применялся нарративный подход с применением *теста на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий Е. Виннер*. Этот тест был переведен и апробирован нами. Показано, что в адаптированном нами данном тесте наблюдается высокая надежность-согласованность для оценки обмана, и низкая для оценки иронии.

#### **Представим общие выводы по проведенному эмпирическому исследованию:**

I. В пожилом и старческом возрастах когнитивно-эмоциональная и временная компетентности как ментальные ресурсы взаимосвязаны с социо-демографическими характеристиками: (уровень образования, рабочий и семейный статусы), состояния физического (полиморбидность) и психологического здоровья (симптомы депрессии, одиночество, удовлетворенность КЖ, субъективный возраст), которые образуют новые психологические системы, обеспечивающие благополучное старение. В группах 61-74 лет и 75-90 лет по сравнению с 55-60 лет происходит существенное расширение, дифференциация набора компонентов когнитивно-эмоциональной и временной компетентностей во взаимосвязи с показателями состояния здоровья и социо-демографическими характеристиками. Это связано с усложнением жизни, ростом рисков физических, социальных потерь и психологических проблем. Так в группе 75-90 лет выделено 3 факторных структуры («когнитивно-аффективный ресурс понимания отношений», «ресурс когнитивной сохранности», «осознание скорости течения времени»), 61-74 лет – 4 («ресурсы психологической устойчивости», «ресурсы продуктивности», «временная компетентность», «понимание отношений»), а 55-60 лет - 2 («психологические ресурсы благоприятного старения», «потенциал старения»).

II. С возрастом наблюдаются парциальные изменения на всех уровнях восприятия времени, которые начинают наблюдаться в группе 61-74 лет и нарастают к старческому возрасту (75-90 лет). Эти изменения проявляются в форме ошибок в ориентировке в текущем времени (число, месяц), вербальных и невербальных когнитивных репрезентациях времени, неопределенности в оценке субъективного течения времени, изменении временной перспективы, т.е. сниженной связанности временных зон между собой.

- Больше в группах 61-74 и 75-90 лет наблюдалась путаница со стороны вербальной оценки ориентировки во времени (дата и месяц), чем 55-60 лет. Выделены общие предикторы ориентировки в текущем времени в пожилом и старческом возрастах: симптомы депрессии и удовлетворенности качеством жизни. Помимо общих, выделены возрастно-специфические предикторы. В группах 55-60 и 61-74 лет общим предиктором выступает рабочий статус. В группах 61-74 и 75-90 лет – субъективное чувство одиночества и уровень образования. В группе 61-74 лет семейное положение, рабочий статус, изменения в субъективном возрасте. В

старческом возрасте (75-90 лет): индекс полиморбидности и изменения в когнитивном функционировании.

- Вербальные и невербальные репрезентации времени у людей пожилого и старческого возрастов характеризуются описанием времени через призму жизненного пути, единиц измерения времени, а также метафорических образов, описывающих свойства и характер течения времени.

- В целом люди пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) отмечают быстрое течение времени, в отличие от людей старческого возраста, которые отмечают его замедление. В позднем возрасте наблюдается неоднозначность в субъективной скорости течения времени в зависимости от вида деятельности. В отличие респондентов 55-60 лет у которых наблюдается акселерация субъективного течения времени *в настоящем* по сравнению с прошлым временем, в группах 61-74 и 75-90 лет, наоборот, наблюдается ретардация субъективного течения времени. Показано, что уровень образования, состояние социальных ресурсов, изменения в физическом и психологическом здоровье, выступают предикторами субъективной скорости течения времени в позднем возрасте. Также у людей 61-74 и 75-90 лет изменения в оценке субъективного возраста выступают предиктором субъективного течения времени.

- В пожилом и старческом возрастах обнаружена трансформация временной перспективы. Отмечалось преобладание неопределенной временной ориентации. У респондентов 55-60 лет наблюдается большая интеграция трех временных зон, при которой прошлое, настоящее и будущее непрерывны, но не связаны между собой. В группе респондентов 61-74 лет наблюдается большая преемственность прошлого и настоящего времен, по сравнению с группами 55-60 и 75-90 лет. Показано, что в позднем возрасте уровень образования связан со связанностью временных зон. У респондентов пожилого возраста (55-60 и 61-74 лет) состояние социальных ресурсов (рабочий, семейный статусы) выступает предиктором временной идентичности. Изменения в самооценке возраста, удовлетворенности качеством жизни, наличие симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества сопряжены со спецификой связи временных зон друг с другом в определенный жизненный период человека позднего возраста. В старческом возрасте (75-90 лет) изменения в полиморбидном статусе и в когнитивной функции воздействуют на степень связанности временных зон.

III. В отличие от хронологического, субъективный возраст является более мощным предиктором физиологических и психологических изменений в позднем возрасте. Наблюдается гетерогенность при оценке субъективного возраста: «моложе», «идентично» и «старше» хронологического возрастов. В большинстве случаев наблюдается стратегия снижения возраста к более молодому. Показано, что среди респондентов меньше наблюдается «идентичная» хронологическому возрасту оценка субъективного возраста. Некоторые респонденты 55-60 лет оценивали себя *«старше»* на 15 лет, 61-74 и 75-90 лет на 5-6 лет своего хронологического возраста. Выделены общие биопсихосоциальные предикторы динамики субъективного возраста: уровень образования, симптомы депрессии, субъективное чувство одиночества и удовлетворенность качеством жизни. Помимо общих, были выделены возрастнo-специфические предикторы. В группах 55-60 и 61-74 лет: семейное положение, рабочий статус. В группах 61-74 и 75-90 лет к вышеизложенным предикторам добавляется индекс полиморбидности.

IV. Показано, что выраженные изменения в способности понимать психические состояния других людей начинают наблюдаться в группе 61-74 лет и нарастать к старческому возрасту (75-90 лет). Большие изменения происходят в когнитивном (понимание обмана,

память на лица), чем эмоциональном (распознавание эмоций) компоненте модели психического.

- Со стороны *эмоционального компонента модели психического* наблюдаются симптомы парциального эмоционально-специфического дефицита, состоящее в изменениях распознавания и дифференциации эмоций по лицевой экспрессии. Эти изменения больше наблюдаются в группах 61-74 и 75-90 лет, чем в 55-60 лет. Выделены следующие формы реорганизации ресурсов: лучшее распознавание лиц своего возраста; лучшее распознавание лиц своей расы; позитивное перцептивное смещение, то есть лица своего пола более успешно распознаются. В позднем возрасте наблюдается ложная атрибуция, т.е. нейтральному лицу приписываются негативные эмоции. Выделены общие предикторы распознавания и дифференциации эмоций: уровень образования, невыраженность симптомов депрессии и чувства одиночества, удовлетворенность качеством жизни. Также представлены возрастнo-специфические предикторы процесса распознавания и дифференциации эмоций по лицу, к которым относят: семейное положение, рабочий статус, полиморбидный статус, когнитивное функционирование и изменения в субъективном возрасте.

- Со стороны *когнитивного компонента модели психического* наблюдается больше трудностей в воспроизведении лиц по памяти у людей 75-90 лет в отличие от 55-60 и 61-74 лет. Отмечаются следующие формы реорганизации ресурсов при воспроизведении лиц по памяти: смещение к своему возрасту; эффект другой расы при распознавании эмоций другого человека. При понимании обмана не наблюдается трудностей в общем понимании социального контекста, репрезентациях первого порядка о психическом состоянии другого человека, в отличие репрезентаций второго порядка. Эти изменения чаще отмечаются в группах 61-74 и 75-90 лет, чем в 55-60 лет. Для минимизации трудностей в понимании обмана, люди позднего возраста используют эмоционально-эгоцентрический сдвиг. Выделены общие предикторы понимания обмана в позднем возрасте: невыраженные симптомы депрессии и чувство одиночества, удовлетворенность качеством жизни, уровень образования и распознавание простых эмоций по лицу. Также представлены возрастнo-специфические предикторы процесса понимания обмана у людей пожилого и старческого возрастов: семейный и рабочий статус, полиморбидность, когнитивное функционирование, дифференциация эмоций по лицу, изменения в субъективном возрасте.

V. На удовлетворенность качеством жизни как показателя благополучного течения старения у респондентов пожилого и старческого возрастов влияют не только изменения в социо-демографическом статусе, физическом и психологическом здоровье, но и в компонентах восприятия времени и модели психического. К общим предикторам относятся: субъективный возраст, связанность временных зон, скорость течения времени, распознавание и дифференциация эмоций по лицу, отсроченное воспроизведение лиц по памяти. К возрастнo-специфическим предикторам (61-74 и 75-90 лет) относят: ориентировку в текущем времени, непосредственное воспроизведение лиц по памяти и понимание обмана.

Полученные в результаты позволяют сформулировать следующие **практические рекомендации**:

- Внедрить оценку субъективного возраста, когнитивно-эмоциональной и временной компетентностей в комплексную гериатрическую оценку состояния здоровья людей пожилого и старческого возрастов, что позволит идентифицировать людей позднего возраста с более высоким риском истощения ментальных ресурсов и развития старческой астении;

- Оценка вербальных и невербальных когнитивных репрезентаций времени как проективной техники, позволяют глубже понимать особенности переживания времени, а также специфику субъективного благополучия людей пожилого и старческого возрастов.

- Внедрять усиление когнитивно-эмоциональной, временной компетентности, положительного самовосприятия старости, оценке субъективного возраста моложе хронологического в структуру протоколов когнитивно-поведенческой психотерапии депрессий, тревожного спектра расстройств в позднем возрасте, а также стратегий профилактики благоприятного течения старения.

**Перспективы дальнейшей разработки темы:**

- Установление закономерностей когнитивно-эмоциональной и временной компетентностей у людей пожилого и старческого возрастов с умеренным когнитивным дефицитом, нейродегенеративными расстройствами, депрессией позднего возраста и тревожным спектром расстройств;

- Установление закономерностей когнитивно-эмоциональной и временной компетентностей у долгожителей (90 и старше);

- Разработать и апробировать социо-когнитивный тренинг усиления когнитивно-эмоциональной компетентности в позднем возрасте, с целью снижения эмпатического дистресса.

## Список литературы

1. Абульханова К.А. Время личности и ее жизненного пути// Человек и мир. 2017. Т.1. № 1. С. 165-200.
2. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. М.: Медицина, 1969, 286 с.
3. Александров Ю.И., Сварник О.Е. Регрессия как этап развития. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2017. 191 с.
4. Александрова Л.А., Леонтьев Д.А. Ограниченные возможности здоровья как источник позитивного развития Жизнеспособность человека: индивидуальные, профессиональные и социальные аспекты/отв. Ред. А.В. Махнач, Л.Г. Дикая М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 676-691.
5. Андреева Г.М. Психология социального познания. М.: «Аспект пресс». 2000, 370 с.
6. Анцыферова Л.И. Психология старости: особенности развития личности в период поздней взрослости. //Вопросы психологии. 2001. № 3. С. 85–99.
7. Анцыферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М.: Изд-во: «Институт психологии РАН». 2006, 512 с.
8. Балашова Е.Ю. Опосредование и саморегуляция психической деятельности при нормальном старении и аффективных расстройствах позднего возраста (на примере памяти и восприятия времени). //Психологические исследования, 2016. Т 9. № 46. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n46/1255-balashova46.html>
9. Балашова Е.Ю. Опосредование и саморегуляция психической деятельности при нормальном старении и аффективных расстройствах позднего возраста // Психологические исследования. 2016. Т. 9. № 46. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n46/1255-balashova46.html> (дата обращения: 1.02.19)
10. Балашова Е.Ю., Микеладзе Л.И. Особенности временной перспективы при нормальном старении и депрессиях позднего возраста // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 39. С. 3. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1087-balashova39.html> (дата обращения: 1.02.19).
11. Балашова М.В., Плужников И.В., Рупчев Г.Е. Особенности обработки эмоциональной информации у больных с депрессивными расстройствами //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. № 8. С. 11-17.
12. Барабанщиков В.А. Экспрессии лица и их восприятие. М.: Изд-во: Институт психологии РАН. 2012, 352 с.
13. Бейтман Э., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию. Практическое пособие. М.: Институт общегуманитарных исследований. 2014, 248 с.
14. Белинская Е.П., Давыдова И.С. Графический тест Коттла: специфика показателей временной перспективы // Психологическая наука и образование. 2007. № 5. С. 28–37.
15. Бицадзе Н.О. Диагностика депрессивных расстройств у пациентов позднего возраста в общемедицинской практике (особенности течения, психосоматические соотношения) // Российский психиатрический журнал. 2002. № 3. С. 25-28
16. Бороздина Л.В., Молчанова О.Н. Особенности самооценки в позднем возрасте //Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1988. № 1, С.11-21.
17. Брудный А.А. Психологическая герменевтика. М.: Лабиринт, 1998. 335 с.
18. Бушов Ю.В. Системные механизмы восприятия времени. Уфа.: 2006. 422 с.
19. Бычков В.В. Эстетика. М: Гардарики, 2004. 556 с.
20. Василевская Е.Ю., Молчанова О.Н. Возможные Я: обзор зарубежных исследований// Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2016. Т. 13. № 4. С. 801-815.
21. Василенко Т.Д. Трудная жизненная ситуация: методологический анализ // Медицинская психология в России. 2014. Т. 29. № 6. URL: [http://mprj.ru/archiv\\_global/2014\\_6\\_29/nomer/nomer05.php](http://mprj.ru/archiv_global/2014_6_29/nomer/nomer05.php) (дата обращения: 1.02.19).
22. Верткин А.Л. Коморбидный пациент. М.: Изд-во «Э», 2015. 160 с.
23. Виценко В.О. Образ времени у представителей различных религиозных конфессий: дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 195 с.
24. Волкова Е.В. Технологии развития ментальных ресурсов. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. 256 с.
25. Воловикова М.И. Образ времени в православном сознании Древней Руси // Образ в регуляции деятельности. М., 1997. С. 53-54.
26. Вологодина Я.О., Рощина И.Ф. Особенности психологического времени личности и когнитивного функционирования при аффективной патологии в позднем возрасте [Электронный // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 3. URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Vologdina\\_Roschina.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n3/Vologdina_Roschina.shtml) (дата обращения: 1.02.19)
27. Воронин А.Н., Горюнова Н.Б. Когнитивный ресурс: структура, динамика, развитие. М.: Изд-во: «Институт психологии РАН», 2016, 275 с.

28. Гериатрия: национальное руководство/ ред. О.Н. Ткачева, Е.В. Фролова, Н.Н. Яхно, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018, 608 с.
29. Герокова Т.И., Крутько В.Н. Новая позитивная психология в геронтоцентрах России. М.: Издатель Мархотин П.Ю., 2015. 144 с.
30. Головаха Е.И., Кроник А.А. Психологическое время личности. М.: Смысл, 2008. 272 с.
31. Голубев А.М., Дорошева Е.А., Мишенина Л.Г. Психологическое время женщин пенсионного возраста// Вестник НГУ. Серия: Психология. 2012. Т.7. № 4. С. 19–31.
32. Гуревич А.Я. Категории средневековой культуры. М: Искусство, 1984. 318 с.
33. Гусев Е.И., Боголепова А.Н. Депрессивные расстройства у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. М.: медпресс-Информ, 2014, с.208
34. Гуторова Д.А., Васенина Е.Е., Левин О.С. Скрининг когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста с помощью шкалы 3-КТ// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т.116. № 6. С.35-40.
35. Дружинина С.В. Ментальные ресурсы как основа творческой самореализации в подростковом возрасте // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2015. №2. С. 19-27.
36. Захаров В.В., Вахнина Н.В. Клинический спектр недементных когнитивных расстройств: субъективные, легкие и умеренные нарушения// Журнал неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. Т.7. № 4. С. 83-91.
37. Зимина С.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Дневная динамика восприятия времени при заторможенной и тревожной депрессии у больных биполярным расстройством II типа// Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2016. № 12. С.34-38.
38. Знаков В.В. Психология понимания мира человека. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016, 496 с.
39. Знаков В.В., Рябикина З.И. Психология человеческого бытия. М.: Смысл, 2017, 416 с.
40. Иванец Н.Н., Авдеева Т.И. Аффективные расстройства позднего возраста: новые возможности психометрической оценки, диагностика и терапия. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2014, 544 с.
41. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. Изучение возможностей применения стандартизированных шкал самооценки тревоги и депрессии при обследовании больных пожилого возраста: шкалы-опросники депрессии// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2016. № 6. С.31-41.
42. Иванова Т.Ю. Функциональная роль личностных ресурсов в обеспечении психологического благополучия: дисс... канд. псих. наук. М.: 2016. 194 с.
43. Интегративная психология жизненного пути. / под ред. Е.Ю. Коржовой. СПб.: ООО Фирма «Стикс», 2016. 232 с.
44. Ишмухаметов И.Н. Психометрические характеристики шкалы одиночества UCLA (версия 3): Изучение студентов вуза // Computer Modelling and New Technologies. 2006. Т.10. № 3. С. 89–95
45. Калашникова С.А. Личностные ресурсы как интегральная характеристика личности // Молодой ученый. 2011. №8. Т.2. С.84-87. URL <https://moluch.ru/archive/31/3534/> (дата обращения: 1.02.19)
46. Карандашев В.Н. Жизнь без страха смерти. М.: Смысл, 1999, 335 с.
47. Карсаевская Т.В., Шаталов А.Т. Философские аспекты геронтологии. М.: Изд-во «Наука», 1978, 203 с.
48. Киреева З.А. Развитие сознания, детерминированного временем. Монография. Одесса, 2010. 380 с.
49. Киселева М.В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. Речь, 2007. 336 с
50. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение. Возможности определения и пути коррекции. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2000, с. 976.
51. Козлов В.В., Кукина М.В. Психология смерти. М.: Институт консультирования и системных решений, 201. 376 с.
52. Колесникова Н.И., Сергиенко Е.А. Личностные аспекты понимания психического у взрослых // Психологические исследования. 2010. Т. 14. № 6 <http://psystudy.ru/num/2010n6-14/409-kolesnikova-sergienko14.html> (дата обращения: 1.02.19)
53. Кольгуненко И.И. Основы геронтокосметологии. М.: Медицина. 1974, 224 с.
54. Коркушко О.В., Чеботарева. Д.Ф., Калиновская Е.Г. Гериатрия в терапевтической практике. Киев. Изд-во: Здоровье. 1993, 840 с.
55. Корнилова Т.В. Интеллектуально-личностный потенциал человека в условиях неопределенности и риска. Спб.: Нестор-История. 2016, 344 с.
56. Корсакова Н.К. Взаимосвязь качества жизни и особенностей психики пожилых. //Научно-практическая конференция «Пожилкой больной. Качество жизни» 1996. С.37-38
57. Кригер Б. Метаболическая модель возрастного ускорения хроноперцепции в процессе биологической регрессии URL: <http://www.krigerland.com/articles/Time/chronopercepia.htm> (дата обращения: 1.02.19)
58. Кузьмина О. В. Типологические особенности временной компетентности личности // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2012. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tipologicheskie-osobennosti-vremennoy-kompetentnosti-lichnosti> (дата обращения: 1.02.19).

59. Кулагина И.Ю. Становление мотивации надситуативного уровня в подростковом возрасте // Сборник тезисов участников Третьей Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития. М.: МГППУ. 2011. С. 77-85.
60. Курьшева О.В. Возраст как критерий социального сравнения// Журнал Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии. 2013. № 2. С. 108-114.
61. Курьшева О.В. Субъективный возраст как категория самооценивания// Журнал Известия Волгоградского государственного педагогического университета. 2010. Т.53. № 9. С. 155-158.
62. Лазебник Л.Б. Одиночество пожилого человека и роль семьи//Материал XX Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» 2016. С.3-7.
63. Ларионова Л.И. Проблема ресурсного подхода в психолого-педагогической литературе // Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches. 2017, Т. 6. № 6. Vol. 6. С. 50-58.
64. Лебедева Е.В. Особенности восприятия времени людьми пожилого и старческого возраста: дисс... канд. псих. наук. Екатеринбург: УГУ, 2004. 185 с
65. Левин К. Динамическая психология: избранные труды. М.: Смысл, 2001, 568 с.
66. Логунова Л.В. Время понятие или метафора? //Журнал Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2009. Т.6. № 2. С.61-70.
67. Мартысюк Л.С. Экзистенциальные мотивы в рекламе. М., 2014, 129 с.
68. Медведев Н.В. Функциональная недостаточность и качество жизни лиц пожилого и старческого возраста с полиморбидностью: дисс... канд. мед. наук. М. 2004, 125 с.
69. Мелёхин А.И. Влияние гериатрического статуса на субъективную скорость течения времени в пожилом и старческом возрасте // Экспериментальная психология. 2018. Том 11. № 1. С. 128–155.
70. Мелёхин А.И., Киреева З.А. Специфика когнитивных репрезентаций времени в пожилом и старческом возрасте // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 95–115.
71. Мелехин А.И., Сергиенко Е.А. Ориентировка во времени у пациентов позднего возраста в амбулаторной практике // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2017. Т. 9, № 2(43). С. 2-10. Ментальные ресурсы личности: теоретические и прикладные исследования: Материалы третьего международного симпозиума/ Ред. М.А. Холодная, Г.В. Ожиганова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 383.
72. Мелёхин А.И., Сергиенко Е.А. Предикторы субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте // Экспериментальная психология. 2015. Том 8. № 3. С. 185–201.
73. Мелёхин А.И., Сергиенко Е.А. Специфика социального познания в пожилом и старческом возрасте // Социальная психология и общество. 2015. Том 6. № 4. С. 60–77.
74. Микеладзе Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте: дисс... канд. псих. наук. Москва, 2016, 196 с.
75. Минковский Э. Проживаемое время. Феноменологические и психопатологические исследования. М. ИД «Городец», 2018, 496 с.
76. Михайлова Н.М. Депрессии в позднем возрасте // РМЖ. 2004. №14. URL: [http://www.rmj.ru/articles/psikhiatriya/Depressii\\_v\\_pozdnem\\_vozraste/#ixzz4a5c5ciaop](http://www.rmj.ru/articles/psikhiatriya/Depressii_v_pozdnem_vozraste/#ixzz4a5c5ciaop) (дата обращения: 1.02.19)
77. Молчанова Е. Пространственно-визуальные и семантические репрезентации времени. Определение и характеристики «депрессивных» временных репрезентаций. //Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17. № 3. С. 26-32.
78. Молчанова О.Н. Специфика Я концепции в позднем возрасте и проблема психологического витоакта // Мир психологии. 1999. № 2. С. 133-141.
79. Муздыбаев К. Переживание времени в период кризисов. //Психологический журнал. 2000. Т.21. № 4. С.5-21.
80. Налчаджян А.А. Атрибуция, диссонанс и социальное познание.М.: Изд-во: «Когито-центр», 2006, 415 с.
81. Наумова В.А. Оптимизация личностных ресурсов на этапе поздней взрослости: дисс... канд. псих. наук. М., 193 с.
82. Некоторые аспекты клинической геронтологии/ред. Мустафин Х.М., Муталова Э.Г. Уфа, ГУП РБ «Уфимская типография № 1». 2009. 331 с
83. Некрасова Е.В. Пространственно-временна организация жизненного мира человека: дисс. ... д-ра психол. наук. Барнаул, 2005. 344 с.
84. Нестик Т.А. Социальная психология времени. М.: Изд-во Когито-центр, 2014. С. 496
85. Нуркова В.В. Культурно-исторический подход к автобиографической памяти: дисс. ... докт. Психол. Наук. М. 2009. 661 с.
86. Обухов Я.Л. Символдрама: Кататимно-имагинативная психотерапия детей и подростков. М.: Изд-во: «Эйдос», 1997, 42 с.
87. Оганезова И.А., Барышникова Н.В., Белоусова Л.Н. Возрастные изменения психоэмоционального статуса при язвенной болезни// Клиническая геронтология, 2016. №. 1. С.26-30.
88. Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Дифференциальный опросник переживания одиночества (ДОПО). М.: Смысл, 2016. 88 с.
89. Попова Н.С. Субъективные образы времени в когнитивном аспекте // Новая Россия: традиции и инновации в языке и науке о языке: материалы докладов и сообщений Международной научной конференции. Москва, 2016. С. 594-599.

90. Посохина О.В., Смирнова А.Ю. Монреальская шкала оценки когнитивных функций // Здоров'я України, 2011 с. 44-45.
91. Прохоров А.О. Образ психического состояния. М.: изд-во: «Институт психологии РАН», 2016, 245 с.
92. Психиатрия: национальное руководство / ред. Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018, 1008 с.
93. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Нарушения социального познания при депрессиях// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 1. С. 20-22.
94. Розенова М.И. Психосемантические аспекты отношения ко времени: дисс... канд. псих. наук М., 1998, 234 с.
95. Роик В.Д. Пожилые и стареющий социум России: выбор модели жизнедеятельности: монография, Москва: Проспект, 2016 336 с.
96. Романов Ю.А., Гусев Е.И. Состояние отмирания хронотопа пожилыми людьми с дисциркуляторной энцефалопатией до и после лечения // Геронтология и гериатрия. Альманах. 2005. № 4. С. 78-84.
97. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир. СПб.: Питер, 2003, 512 с.
98. Руководство по гериатрической психиатрии/ под ред. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2014. 384 с.
99. Савицкая В.В. Особенности эмоционального процессинга у женщин, страдающих депрессией // Инновации в медицине и фармации. Минск, 2015. С. 368-372.
100. Свирепо О.А., Туманова О.С. Образ, символ, метафора в современной психотерапии. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2004, 270 с
101. Семенова М.Н. Ментальные репрезентации времени и пространства: дисс...канд. псих.наук. Пермь, 214 с.
102. Семенова Н.В. Особенности качества жизни геронтопсихиатрических больных. дисс... канд. мед. наук. СПб, 2005, 216 с.
103. Сергиенко Е.А. Модель психического и социального познание // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 42. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n42/1163-sergienko42.html> (дата обращения: 1.02.19)
104. Сергиенко Е.А. Принципы психологии развития: современный взгляд // Психологические исследования. 2012. Т. 5, № 24. С. 1. URL: <http://psystudy.ru/num/2012v5n24/711-sergienko24.html> (дата обращения: 1.02.19)
105. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст человека – расширение понятия возрастной идентичности//Разработка понятий современной психологии/ отв. Ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, 2018 с. 561-592
106. Сергиенко Е.А. Субъективный и хронологический возраст человека // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 30. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n30/853-sergienko30.html> (дата обращения: 1.02.19)
107. Сергиенко Е.А. Уровневое развитие модели психического и ее значение для понимания внутреннего мира ребенка// Журнал вестник Костромского Государственного Университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2008. № 4. Т. 14. С.11-21.
108. Сергиенко Е.А., Е.И. Лебедева, Прусакова О.А. Модель психического в онтогенезе. М.: Изд-во: «Институт психологии РАН». 2010, 335 с.
109. 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.
110. Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Уланова А.Ю. Модель психического – способность понимания мира людей//Разработка понятий современной психологии/ отв. Ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, 2018 с. 269-343.
111. Серкин В.П. Опыт исследования субъективной семантики времени// Вестник МГУ. 1984. Сер.14. Психология. № 4. С.73-74.
112. Сидоров П.И. Ментальная медицина: адаптивное управление сознанием и здоровьем: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 736 с.
113. Сидорова О.А. Нейропсихология эмоций. М.: Наука, 2001, 152 с.
114. Симуткин Г.Г. Искажение индивидуального времени, как проявление десинхроноза при сезонных аффективных расстройствах// Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3. С.16-20.
115. Скугаревская М.М. Нарушение распознавания эмоций и памяти как маркер риска развития психоза. //Психич. Здоровье. 2013. № 11. С. 32–36.
116. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015. 895 с.
117. Соломин И.Л. Методика рисуночных метафор «Жизненный путь»: методическое руководство. Санкт-Петербург: Иматон, 2007. 64 с.
118. Спиридонова И.А. Временная транспектива субъекта: влияние возраста и раннего предметного обучения: дисс... канд. Псих. Наук. М. 2002, 165 с.
119. Стрижицкая О.Ю. Самоотношение и временная транспектива личности в период поздней зрелости: дисс... канд. псих. наук. СПб, 2006, 221 с.
120. Стрижицкая О.Ю. Психология позитивного старения: условия, факторы и социальные эффекты геротрансцендентности: автореф. Дисс. канд. Псих. Наук. М., 2018. – 50 с.

121. Сурнина О.Е. Возрастная динамика субъективного отражения времени: дис... докт. биол. наук. М., 1999. – 219 с.
122. Сурнов К.Г., Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Часы как предмет культуры: попытка психологического анализа // Вопросы психологии. 2007. № 3. С. 99-105.
123. Толочек В.А. Феномен «Ресурсы»: стадии и ситуации актуализации условий среды как ресурсов // Изв. Сарат. У-та. Нов. Сер. Аннеология образования. Психология развития. 2017. Т.6. № 21. С.16-22.
124. Толстых Н.Н. Хронотоп: культура и онтогенез. М.: Универсум, 2010. 320 с.
125. Трошихина Е.Г. Сосуд и зеркало. Развитие эмоционального ресурса личности в психотерапии. Спб.: Питер, 2014, 256 с.
126. Трубин В., Николаева Н., Палеева М. Социальный бюллетень март. Пожилое население России: проблемы и перспективы. 2016. 44 с.
127. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М., Наука, 1989. 456 с.
128. Функциональный диагноз в психиатрии/ А.П. Коцюбинский, Н.С. Шейнина, Г.В. Бурковский. СПб.: Спецлит, 2013, 231 с.
129. Хазова С.А. Ментальные ресурсы субъекта в разные возрастные периоды. Дисс...докт. Псих. Наук., Кострома, 2014, 428 с.
130. Хазова С.А., Холодная М.А. Феномен концептуализации как основа продуктивности интеллектуальной деятельности и совладающего поведения // Психологический журнал. 2017. Т. 38. № 5. С. 5–17
131. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: «Форум», 2016, 288 с.
132. Хоменко Н.В. Распознавание эмоций и память на лица у пациентов с шизофренией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2012. № 4. С. 46–55.
133. Экман П. Психология сострадания. Спб.: Питер, 2016. 112 с.
134. Ялом И. Вглядываясь в солнце. Жизнь без страха смерти. М.: «Эксмо», 2016, 384 с.
135. Сергиенко Е.А. Роль субъективного возраста в регуляции жизнедеятельности // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание/ отв. Ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабрина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С.50-84.
136. Adams R., et al. Social Support Buffers the Impact of Depressive Symptoms on Life Satisfaction in Old Age // Clinical Gerontologist. 2016. Vol. 39. № 2. P. 139-157. doi: 10.1080/07317115.2015.1073823
137. Agogo D., et al. Time benders: a model of subjective aging in aging adults. // Health Mark Q. 2014. Vol. 31. № 4. P. 383-98. doi: 10.1080/07359683.2014.966010.
138. Agrigoroaei S., et al. Stress and Subjective Age: Those With Greater Financial Stress Look Older. // Res Aging. 2016. Vol. 39. № 10. P. 1075-1099. doi: 10.1177/0164027516658502
139. Aikman G.G., Oehlert M.E. Geriatric Depression Scale Long Form Versus Short Form // Clinical Gerontologist. 2001. Vol. 22. P. 63-70. doi: 10.1300/J018v22n03\_07pp. 361–376.
140. Allman M.J., Meck W.H. Pathophysiological distortions in time perception and timed performance // Brain. 2012. Vol. 135. № 3. P. 656-677. doi: 10.1093/brain/awr210
141. Apperly I.A., Butterfill S.A. Do humans have two systems to track beliefs and belief-like states? // Psychol Rev. 2009. Vol. 116. № 4. P. 953-970. doi: 10.1037/a0016923.
142. Aström E., et al. Insights into features of anxiety through multiple aspects of psychological time. // J Integr Psychol Ther. 2014. Vol. 2. №3. P. 1-7. doi: 10.7243/2054-4723-2-3
143. Bach L., et al. Cognitive A Neuropsychological Investigation of Theory of Mind in an Elderly Lady with Frontal Leucotomy // Neuropsychiatry. 1998. Vol. 3. № 2. P. 139-159. doi: 10.1080/135468098396215
144. Bahadırli N., et al. Time Perception and Psychiatric Disorders // Psikiyatride Guncel Yaklasimlar — Current Approaches in Psychiatry. 2013. Vol. 5. № 3. P. 355-377. doi: 10.5455/cap.20130524
145. Baltes P.B., Baltes M.M. Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. / In Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. Edited by P.B. Baltes and M.M. Baltes. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 1990. P. 1–34.
146. Baltes P.B., Smith J. New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age // Gerontology. 2003. Vol. 49. №2. P.123-35. doi:10.1159/000067946
147. Barak B. Cognitive age: a multidimensional approach to measuring age identity, // International Journal of Aging and Human Development. 1987. Vol. 25 №. 2, pp. 109-125. doi: 10.2190/RR3M-VQT0-B9LL-GQDM
148. Barak B., Rahtz D. Perceived youth: Appraisal and characterization. // The International Journal of Aging & Human Development. 1999. Vol. 49. P. 231–257 doi: 10.2190/11CW-WKLJ-40KW-7KG9
149. Barak B., Schiffman L.G. Cognitive Age: a Nonchronological Age Variable / in NA - Advances in Consumer Research Volume 08, eds. Kent B. Monroe, Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, 1981, P. 602-606.
150. Batista S., Alves C., d'Almeida O.C. Disconnection as a mechanism for social cognition impairment in multiple sclerosis. // Neurology. 2017. Vol. 89. № 1. P. 38-45. doi: 10.1212/WNL.0000000000004060.
151. Baum S.K., et al. Time perception and psychological well-being in the elderly. // Psychiatr Q. 1984. Vol. 56. №1. P. 54-61. doi: 10.1007/BF01324632
152. Beddington J. The mental wealth of nations // Nature. 2008. Vol. 455, P. 1057-1060. doi:10.1038/4551057a
153. Benton A.L., Van Allen M.W. Temporal orientation in cerebral disease. // J Nerv Ment Dis. 1964. Vol.139. P.110-119. doi: 10.1038/4551057a.

154. Bergland A., et al. 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 Ment Health*. 2014. Vol. 18. №5. P. 653-661. doi: 10.1080/13607863.2013.869545.
155. Bernstein D. M., et al. Theory of mind through the ages: Older and middle-aged adults exhibit more errors than do younger adults on a continuous false belief task. // *Experimental Aging Researc*. 2011. Vol. 37. № 5. P. 481–502. Doi:10.1080/03610 73X.2011.619466
156. Bernstein D.M., Coolin A., Fischer A.L. False-belief reasoning from 3 to 92 years of age. // *Plos One*. 2017. Vol. 12. № 9. P.1-12 doi: 10.1371/journal.pone.0185345.
157. Bibby H., Mcdonald S. Theory of mind after traumatic brain injury. // *Neuropsychologia*. 2005. Vol. 43. № 1. P. 99-114. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.04.027
158. Block R.A., et al. Human aging and duration judgments: a meta-analytic review. // *Psychol. Aging*. 1998. Vol. 13. P. 584–596. doi: 10.1037/0882-7974.13.4.584
159. Bodnar A., Rybakowski J.K. Mentalization deficit in bipolar patients during an acute depressive and manic episode: association with cognitive functions. // *Int J Bipolar Disord*. 2017. Vol. 5. № 1. P. 38-56 doi: 10.1186/s40345-017-0107-3.
160. Böger A., Huxhold O. Do the antecedents and consequences of loneliness change from middle adulthood into old age? // *Dev Psychol*. 2018. Vol. 54. № 1. P. 181-197. doi: 10.1037/dev0000453.
161. Bohn L., et al. Time perspective and positivity effects in Alzheimer's disease. // *Psychology and Aging*. 2016. Vol 31. № 6. P. 574-582. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000084>
162. Bond G.D., Thompson L.A. Vulnerability of older adults to deception in prison and nonprison contexts // *Psychology and Aging*. 2005. Vol. 20. P. 60-70. Doi:10.1037/0882-7974.20.1.60
163. Bora E., Berk M. Theory of mind in major depressive disorder: A meta-analysis. // *J Affect Disord*. 2016. Vol. 191. P. 49-55. doi: 10.1016/j.jad.2015.11.023.
164. Bora E., et al. Theory of mind in Parkinson's disease: A meta-analysis. // *Behav Brain Res*. 2015. Vol. 292. P. 515-520. doi: 10.1016/j.bbr.2015.07.012.
165. Bora E., Velakoulis D., Walterfang M. Social cognition in Huntington's disease: A meta-analysis // *Behav Brain Res*. 2016. Vol. 297. P. 131-40. doi: 10.1016/j.bbr.2015.10.001.
166. Bora E., Walterfang M., Velakoulis D. Theory of mind in behavioural-variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: a meta-analysis. // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015. Vol. 86. № 7. P. 714-719. doi: 10.1136/jnnp-2014-309445.
167. Bora E., Yener G. Meta-Analysis of Social Cognition in Mild Cognitive Impairment. // *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2017. Vol. 30. № 4. P. 206-213. doi: 10.1177/0891988717710337.
168. Boroditsky L. Metaphoric structuring, understanding time through spatial metaphors. // *Cognition*. 1999. Vol. 75. P. 1–28. doi: 10.1016/S0010-0277(99)00073-6
169. Borzumato-Gainey C., et al. Life Satisfaction, Self-Esteem, and Subjective Age in Women Across the Life Span. // *Adultspan Journal*. 2009. №. 8. P. 29-42. doi:10.1002/j.2161-0029.2009.tb00055.x
170. Bottiroli S., Cavallini E. Theory of Mind in aging: Comparing cognitive and affective components in the faux pas test. // *Arch Gerontol Geriatr*. 2016. Vol.62. P. 152-162. doi: 10.1016/j.archger.2015.09.009.
171. Bowling A., Iliffe S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. // *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011. Vol. 9. № 13. P. 1-10. doi: 10.1186/1477-7525-9-13
172. Brotchie J., Brenna J. Temporal Orientation in the Pre-Senium and Old Age. // *British Journal of Psychiatry*. 1985. Vol. 147. № 6. P. 692-695. Doi: 10.1192/b
173. Brothers A., et al. Future time perspective and awareness of age-related change: Examining their role in predicting psychological well-being. // *Psychol Aging*. 2016. Vol. 31. № 6. P. 605-17. doi: 10.1037/pag0000101.
174. Butler J., Ciarrochi J. Psychological acceptance and quality of life in the elderly // *Qual Life Res*. 2007. Vol. 16. P. 607–615. Doi:10.1007/s11136-006-9149-1
175. Canli T., et al. Amygdala response to happy faces as a function of extraversion. // *Science*. 2002. Vol. 296. № 5576. P. 2191-2197. doi: 10.1126/science.1068749
176. Carrasco M.C., et al. Time estimation and aging: a comparison between young and elderly adults. // *Int J Aging Hum Dev*. 2001. Vol. 52. № 2. P. 91-101. doi: 10.2190/7NFL-CGCP-G9E1-P0H1
177. Carstensen L.L. The Influence of a Sense of Time on Human Development // *Science*. 2006. Vol. 312. № 5782. P. 1913–1915. doi: 10.1126/science.1127488
178. Carstensen L.L., Mikels J.A. At the Intersection of Emotion and Cognition: Aging and the Positivity Effect // *Current Directions in Psychological Science*. 2005. Vol 14. № 3. P. 117-121. doi: [10.1111/j.0963-7214.2005.00348.x](https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00348.x)
179. Castelli I., et al. Effects of aging on mindreading ability through the eyes: an fmri study // *Neuropsychologia*. 2010. Vol. 48. № 9. P. 2586—2594. Doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2010.05.005
180. Castelo M.S., Coelho-Filho J.M. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients // *International Psychogeriatrics*. 2009. Vol. 22. №1. P. 109-113. doi: 10.1017/S1041610209991219
181. Castle E., et al. Neural and behavioral bases of age differences in perceptions of trust// *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2012. Vol. 109. № 51. p. 1-5. doi: 10.1073/pnas.1218518109
182. Cavallini E., et al. Beyond false belief: theory of mind in young, young-old, and old-old adults. // *Int J Aging Hum Dev*. 2013. Vol. 76. № 3. p. 181-98. doi: 10.2190/AG.76.3.a

183. Chaby L., Narme P. Processing facial identity and emotional expression in normal aging and neurodegenerative diseases. // *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2009. Vol. 7. № 1. P. 31-42. doi: 10.1684/pnv.2008.0154.
184. Chambon M., Droit-Volet S., Niedenthal P.M. The effect of embodying the elderly on time perception. // *Journal of Experimental Social Psychology*. 2008. Vol. 44. № 3. P. 672-678. doi:10.1016/j.jesp.2007.04.014
185. Champagne-Lavau M., Jean-Louis S. Effect of aging on the processing of non-literal language // *Canadian Journal on Aging-Revue Canadienne Du Vieillessement*. 2006. Vol. 25. № 1. P. 55—64. doi:10.1353/cja.2006.0020
186. Champagne-Lavau M., Joannette Y. Pragmatics, theory of mind and EF after a right-hemisphere lesion: Different patterns of deficits. // *J Neuroling*. 2009. Vol. 22. P. 413-426.
187. Charlton R.A., et al. Theory of mind associations with other cognitive functions and brain imaging in normal aging. // *Psychol Aging*. 2009. Vol.24. №2. P. 338-48. doi: 10.1037/a0015225.
188. Chen S.M. Time perspective, death anxiety and emotional regulation processes in older adults. Retrieved from City University of Hong Kong, cityu Institutional Repository. 2011. 53 p.
189. Choong C. Can theory of mind deficits be measured reliably in people with mild and moderate Alzheimer's dementia? // *BMC Psychol*. 2013. Vol. 1. № 1. P. 1-9. doi: 10.1186/2050-7283-1-28
190. Ciarrochi J.V., et al. A critical evaluation of the emotional intelligence construct. // *Personality and Individual Differences*. 2000. Vol. 28, № 3 P. 539–561. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00119-1
191. Clarke L.H. Older women's bodies and the self: The construction of identity in later life. // *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 2001. Vol. 38. P. 441-464. doi: 10.1111/j.1755-618X.2001.tb00981.x
192. Cocks N., Morgan G. Iconic gesture and speech integration in younger and older adults // *Gesture*. 2011. Vol. 11. № 1. P. 24-39. doi:10.1075/gest.11.1.02coc
193. Coelho M., et al. Assessment of time perception: the effect of aging. // *Int Neuropsychol Soc*. 2004. Vol.10. №3. P. 332-341. doi: 10.1017/S1355617704103019
194. Cohen-Mansfield J., et al. Changes in Religiosity in Old Age: An Exploratory Study. // *Int J Aging Hum Dev*. 2016. Vol. 83. № 3. P. 256-73. doi: 10.1177/0091415016651883.
195. Coricelli G. Two-levels of mental states attribution: from automaticity to voluntariness // *Neuropsychologia*. 2005. Vol. 43. P. 294–300. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.11.015
196. Cotelli M., Adenzato M., Cantoni V. Enhancing theory of mind in behavioural variant frontotemporal dementia with transcranial direct current stimulation. // *Cogn Affect Behav Neurosci*. 2018 Vol. 11. P. 1-11. doi: 10.3758/s13415-018-0622-4.
197. Cotter J., et al. Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. // *Neurosci Biobehav Rev*. 2018. Vol. 84. P. 92-99. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.11.014.
198. Cottle T.J. The Circles Test: an investigation of perceptions of temporal relatedness and dominance. // *Journal of Projective Techniques & Personality Assessment*, 1967. Vol. 31. P. 58–71. doi: 10.1080/10091651X.1967.10120417.
199. Cottle T.J. Temporal correlates of the achievement value and manifest anxiety. // *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. 1969. Vol. 5. P. 541–550. doi: 10.1037/h0028290
200. Coyne J.C., Downey G. Social factors and psychopathology: stress, social support, and coping processes. // *Annu Rev Psychol*. 1991. Vol. 42. P. 401-425. doi: 10.1146/annurev.ps.42.020191.002153
201. Cummings L. *Pragmatic Disorders / Perspectives in Pragmatics, Philosophy & Psychology*. NY. Springer Science, 2014. P. 31—65. doi:10.1007/978-94-007-7954-9\_2
202. Cusi A.M., et al. Theory of mind deficits in patients with mild symptoms of major depressive disorder. // *Psychiatry Res*. 2013. Vol. 210. P. 672–674. doi: 10.1016/j.psychres.2013.06.018
203. Cuthbert B.N., Insel T.R. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of rdoc. // *BMC Med*. 2013. Vol. 11. № 126. P. 1-8. doi: 10.1186/1741-7015-11-126.
204. Dai B., Zhang B., Li J. Protective factors for subjective well-being in Chinese older adults: the roles of resources and activity. // *Journal of Happiness Studies*, 2013. Vol.14. P.1225–1239. doi:10.1007/s10902-012-9378-7
205. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. // *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003. Vol. 58. №6. P. 327-337. doi: 10.1093/geronb/58.6.S327
206. Davidson P.M., et al. The feminization of aging: how will this impact on health outcomes and services? // *J.Health Care Women Int*. 2011. Vol. 32. № 12. P. 1031-45. doi: 10.1080/07399332.2011.610539.
207. Deci E.L., Vansteenkiste M. Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology // *Ricerche di Psicologia*. 2004. № 1 .Vol. 27. P. 17-34.
208. Delle Fave A., Bassi M., Boccaletti E.S. Promoting Well-Being in Old Age: The Psychological Benefits of Two Training Programs of Adapted Physical Activity. // *Frontiers in Psychology*, 2018. Vol. 9, № 828. P. 1-13. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00828
209. Delpolyi A.R., et al. Spatial cognition and the human navigation network in AD and MCI. // *Neurology*. 2007. Vol. 69. P. 986–997. doi: 10.1212/01.wnl.0000271376.19515.c6.
210. Demenescu L.R., Mathiak K.A., Mathiak K. Age- and gender-related variations of emotion recognition in pseudowords and faces. // *Exp Aging Res*. 2014. Vol. 40. № 2. P. 187-207. doi: 10.1080/0361073X.2014.882210.
211. Derntl B., Habel U. Deficits in social cognition: a marker for psychiatric disorders? // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011. Vol. 261. № 2. P. 145-149. doi: 10.1007/s00406-011-0244-0
212. Desmyter F., De Raedt R. The Relationship between Time Perspective and Subjective Well-being of Older Adults. // *Psychologica Belgica*. 2012. Vol. 52. № 1. P. 19–38. doi: 10.5334/pb-52-1-19

213. Dickerson B.C. Dysfunction of social cognition and behavior. //Behavioral Neurology and Neuropsychiatry. 2015. Vol. 21. № 3. P. 660-677. doi:10.1212/01.CON.0000466659.05156.1d.
214. Doerwald F., Susanne S., Hannes Z. Emotional Competencies Across Adulthood: State of Knowledge and Implications for the Work Context // Work, Aging and Retirement. 2016. Vol. 2, № 2, P. 159-216. Doi: [10.1093/workar/waw013](https://doi.org/10.1093/workar/waw013)
215. Dolcos F., et al. Hemispheric asymmetry and aging: right hemisphere decline or asymmetry reduction. //Neurosci Biobehav Rev. 2002. Vol. 26. №7. P. 819-25. doi: 10.1016/S0149-7634(02)00068-4
216. Dousti Y., et al. Time Perspective in Healthy Individuals and Patients Suffering from Cancer and Diabetes// Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica. 2013. Vol. 6. № 1.P. 157-165,
217. Drake L., et al. Time Perspective and Correlates of Wellbeing. //Time & Society, 2008, Vol. 17. № 1. P.47-61. doi: 10.1177/0961463X07086304
218. Droit-Volet S. Time does not fly but slowdown in old age //Time & Society. 2016. Vol. 26. P.17-24. doi: 10.1177/0961463X16656852
219. Dumurgier J., et al. Time orientation and 10 years risk of dementia in elderly adults: the three-city study. // Journal of Alzheimer's disease. 2016. Vol. 53. №. 4. P. 1411-1418. doi: 10.3233/JAD-160295
220. Duner A., Nordstrom M. Intentions and strategies among elderly people: coping in everyday life. //Journal of Aging Studies. 2005. Vol. 19. № 4. P. 437-451. doi: 10.1016/j.jaging.2004.10.001
221. Duval C., Piolino P. Age effects on different components of theory of mind. // Conscious Cogn. 2011. Vol. 20. № 3. P. 627-642. doi: 10.1016/j.concog.2010.10.025.
222. Dvash J., Shamay-Tsoory S.G. Theory of Mind and Empathy as Multidimensional Constructs Neurological Foundations. //Top Lang Disorders. 2014. Vol. 34. №. 4. P. 282-295. doi: 10.1097/TLD.0000000000000040
223. Ebner N.C., Johnson M.K. Young and older emotional faces: Are there age group differences in expression identification and memory? //Emotion. 2009. Vol 9. № 3. P. 329-339. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0015179>
224. Ebner N.C., Fischer H. Emotion and aging: evidence from brain and behavior //Front Psychol. 2014. Vol. 5. P. 1-6. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00996
225. El Haj M., Nandrino J.L., Kessels R.P Retrospective Time Perception in Korsakoff's Syndrome.// J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2017. Vol.29. № 4. P. 319-325. doi: 10.1176/appi.neuropsych.16100206.
226. El Haj M. Prospective and retrospective time perception are related to mental time travel: Evidence from Alzheimer's disease. // Brain and Cognition. 2013. Vol. 83. № 1. P. 45-51. doi:10.1016/j.bandc.2013.06.008.
227. Eriksson M. The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. /The Handbook of Salutogenesis Cham C.H. Springer. 2017. P. 91-96 doi: 10.1007/978-3-319-04600-6\_11
228. Erwin J. The Effects of Sleep Quality on Theory of Mind Undergraduate Honors. Thesis Collection. 2016. 334 p.
229. Erwin R.J., et al. Facial Emotion Discrimination: 1. Task construction and behavioral findings in normal subjects. //Psychiatry Res. 1992. Vol. 42. № 3. P. 231-240.
230. Estill A., Mock S.E., Schryer E. The Effects of Subjective Age and Aging Attitudes on Mid- to Late-Life Sexuality. //J Sex Res. 2018. Vol. 55. № 2. P. 146-151. doi: 10.1080/00224499.2017.1293603.
231. Evans V. Language and time. New York: Cambridge University Press, 2013. 266 p.
232. Fernandez-Mendoza J., Vgontzas A.N. Insomnia and its impact on physical and mental health. //Current Psychiatry Reports. 2013. Vol. 15. P. 1-14. doi:10.1007/s11920-013-0418-8
233. Fingerman K.L., Perlmutter M.J. Future time perspective and life events across adulthood. //Gen Psychol. 1995. Vol. 122. № 1. P. 95-111. doi: 10.1080/00221309.1995.9921225
234. Firestone A. Age-related deficits in face recognition are related to underlying changes in scanning behavior //Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn. 2007. Vol.14. № 6. P.594-607. doi: 10.1080/13825580600899717
235. Fischer A.L., et al. Vascular health modifies theory of mind performance in older adults. //Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2014. Vol. 69. № 2. P. 219-227, doi:10.1093/geronb/gbs120.
236. Flaherty M.G. How time flies// Sociological Quarterly. 2005. Vol. 35. № 4. P. 705-721. doi: 10.1111/j.1533-8525.1994.tb00424.x
237. Fliss R., Lemerre M., Mollard A. Performances on a cognitive theory of mind task: specific decline or general cognitive deficits? Evidence from normal aging. //Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2016. Vol. 14. № 2. P. 221-230. doi: 10.1684/pnv.2016.0603.
238. Fölster M., Hess U., Werheid K. Facial age affects emotional expression decoding. //Front Psychol. 2014. Vol. 5. № 30. P. 1-13 doi: 10.3389/fpsyg.2014.00030.
239. Fontes A.P., Neri A.L. Resilience in aging: literature review. //Cien Saude Colet. 2015. Vol.20. № 5. P. 1475-95. Doi: 10.1590/1413-81232015205.00502014.
240. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report. The Government Office for Science. London. 2008. 317 p.
241. Fortier J., Besnard J., Allain P. Theory of mind, empathy and emotion perception in cortical and subcortical neurodegenerative diseases. //Rev Neurol. 2018. Vol. 174. № 4. P. 237-246. doi: 10.1016/j.neurol.2017.07.013.
242. Franklin B., Creighton H. The rise and rise of the silver separator. London. International Longevity Centre. 2014. 15 p. URL: [http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publicationpdfs/The\\_rise\\_and\\_rise\\_of\\_the\\_silver\\_separator.pdf](http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publicationpdfs/The_rise_and_rise_of_the_silver_separator.pdf) (дата обращения: 27.09.2018).

243. Fredrickson B.L. The Role of Positive Emotions in Positive Psychology The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions// *Am Psychol.* 2001. Vol. 56. №3. P. 218–226. doi: 10.1037/0003-066X.56.3.218
244. Fuchs T. Temporality and psychopathology // *Phenomenology and the Cognitive Sciences.* 2013. Vol. 12. № 1. P 75-104. doi:10.1007/s11097-010-9189-4
245. Fung H.H., Isaacowitz D.M. The Role of Time and Time Perspective in Age-Related Processes: Introduction to the Special Issue// *Psychol Aging.* 2016. Vol. 31. № 6. P. 553-557. doi: 10.1037/pag0000119.
246. Gable P.A., Poole B.D. Time flies when you're having approach-motivated fun: effects of motivational intensity on time perception. // *Psychol Sci.* 2012. Vol. 23. № 8. P. 879-86. doi: 10.1177/0956797611435817.
247. Gabrian M., Dutt A.J., Wahl H.W. Subjective Time Perceptions and Aging Well: A Review of Concepts and Empirical Research - A Mini-Review. // *Gerontology.* 2017. Vol. 63. № 4. P. 350-358. doi: 10.1159/000470906.
248. Gana K., Alaphilippe D., Bailly N. Positive illusions and mental and physical health in later life. // *Aging Ment Health.* 2004. Vol. 8. № 1. P. 58-64. doi: 10.1081/13607860310001613347
249. Gaudreau G., et al. Verbal irony comprehension in older adults with amnesic mild cognitive impairment.// *Neuropsychology.* 2013. Vol 27. № 6. P. 702-712. Doi: [10.1037/a0034655](https://doi.org/10.1037/a0034655)
250. German T.P., Hehman J.A. Representational and executive selection resources in 'theory of mind': evidence from compromised belief-desire reasoning in old age. // *Cognition.* 2006. Vol. 101. № 1. P. 129-52. doi: [10.1016/j.cognition.2005.05.007](https://doi.org/10.1016/j.cognition.2005.05.007)
251. Germine L.T., et al. Social anhedonia is associated with neural abnormalities during face emotion processing. // *Neuroimage.* 2011. Vol. 58. № 3. P. 935-945. doi: 10.1016/j.neuroimage.2011.06.059.
252. Glicksohn, J., Hadad, Y. Sex differences in time production revisited. // *Journal of Individual Differences,* 2012. Vol. 33. № 1. P. 35-42. <http://dx.doi.org/10.1027/1614-0001/a000059>
253. Gonçalves A.R., Fernandes C., Pasion R. Effects of age on the identification of emotions in facial expressions: a meta-analysis. // *Peerj.* 2018. Vol. 6. P. 1-19 doi: [10.7717/peerj.5278](https://doi.org/10.7717/peerj.5278)
254. Grainger S.A., Henry J.D., Naughtin C.K. Implicit false belief tracking is preserved in late adulthood. *J Exp Psychol.* 2018. Vol. 71. № 9. P. 1980-1987. doi: 10.1177/1747021817734690.
255. Grewal R.P. Awareness of time in dementia of the Alzheimer type. // *Psychol Rep.* 1995 Vol. 76. № 3. P.717-728. doi: 10.2466/pr0.1995.76.3.717
256. Griva F., Anagnostopoulos F., Potamianos G. Time perspective and perceived risk as related to mammography screening. // *Women Health.* 2013. Vol. 53. № 8. P. 761-776. doi: 10.1080/03630242.2013.836140.
257. Grünh D., et al. The Limits of a Limited Future Time Perspective in Explaining Age Differences in Emotional Functioning // *Psychology and Aging.* 2016. Vol. 31. №. 6. P. 583–593. doi: 10.1037/pag0000060.
258. Guerrero-Berroa E., Luo X. The MMSE orientation for time domain is a strong predictor of subsequent cognitive decline in the elderly.// *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009. Vol. 24. № 12. P. 1429-1437. Doi: 10.1002/gps.2282.
259. Guiot D. Antecedents of subjective age biases among senior women.// *Psychol. Mark.* 2001. Vol. 18. P. 1049–1071. doi: 10.1002/mar.1043
260. Gur R.C., et al. Effects of memory processing on regional brain activation: cerebral blood flow in normal subjects.// *Int J Neurosci.* 1993. Vol. 72. № 1 P. 31-44. Doi: 10.3109/00207459308991621
261. Gur R.C., Richard J. A cognitive neuroscience-based computerized battery for efficient measurement of individual differences: standardization and initial construct validation.// *J Neurosci Methods.* 2010. Vol. 187. № 2. P. 254-262. Doi: 10.1016/j.jneumeth.2009.11.017.
262. Gustafsson Y. Interpersonal understanding and theory. Diss.: Akademi University Press, 2014. 296 p
263. Haigh E.A., Bogucki O.E., Sigmon S.T. Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. // *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018. Vol. 26. № 1. P. 107-122. doi: 10.1016/j.jagp.2017.06.011.
264. Hall P.A., Fong G.T. Temporal self-regulation theory: a neurobiologically informed model for physical activity behavior. // *Frontiers in Human Neuroscience.* 2015. Vol. 9. № 117. P. 1-8. doi: 10.3389/fnhum.2015.00117
265. Hamilton J., Radlak B., Morris P. Theory of Mind and Executive Functioning Following Stroke. // *Arch Clin Neuropsychol.* 2017. Vol. 32. № 5. P. 507-518. doi: 10.1093/arclin/acx035.
266. Hanoch L. The concept of time in rehabilitation and psychosocial adaptation to chronic illness and disability part II // *Rehabilitation counseling bulletin.* 2013. Vol. 56. № 2. P. 71–84. doi: 10.1177/0034355212447878 (дата обращения: 27.09.2018)
267. Hansen T., et al. Initial validation of a web-based self-administered neuropsychological test battery for older adults and seniors // *J Clin Exp Neuropsychol.* 2015. Vol. 37. № 6. P. 581–594. doi: 10.1080/13803395.2015.1038220
268. Happé F. G., Winner, E., Brownell H. The getting of wisdom: theory of mind in old age. // *Dev. Psychol.* 1998. Vol. 34, P. 358–362. doi: 10.1037/0012-1649.34.2.358
269. Hasson-Ohayon I., Mashiach-Eizenberg M., Arnon-Ribenfeld N. Neuro-cognition and social cognition elements of social functioning and social quality of life.// *Psychiatry Res.* 2017. Vol. 258. P. 538-543. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.004.
270. Heckhausen J., Wrosch C., Schulz R. A motivational theory of life-span development. // *Psychol Rev.* 2010. Vol. 117. № 1. P. 32-60. doi: 10.1037/a0017668.
271. Heitz C., Noblet V., Phillipps C. Cognitive and affective theory of mind in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. // *Alzheimers Res Ther.* 2016. Vol. 8. № 1. P. 1-15 doi: 10.1186/s13195-016-0179-9.
272. Henchoz K., et al. Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association// *Journal of Aging Studies.* 2008. Vol. 22. № 3. P. 282–290. doi:10.1016/j.jaging.2007.03.002

273. Henry J.D., Cowan D.G., Lee T. Recent trends in testing social cognition. // *Curr Opin Psychiatry*. 2015. Vol. 28. № 2. P. 133-40. doi: 10.1097/YCO.000000000000139.
274. Henry J.D., et al. A meta-analytic review of age differences in theory of mind // *Psychology and Aging*. 2013. Vol. 28. № 3. P. 826-839. Doi: 10.1037/a0030677
275. Henry J.D., von Hippel W., Molenberghs P. Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders. // *Nat Rev Neurol*. 2016. Vol. 12. №1. P. 28-39. doi: 10.1038/nrneurol.2015.229.
276. Herlit A., Lovén, J. Sex differences and the own-gender bias in face recognition: a meta-analytic review. *Vis. Cogn.* 2013. Vol. 21, P. 1306–1336. doi: 10.1080/13506285.2013.823140
277. Heslon C. Anniversaires et psychologie des âges de la vie. // *Le Journal des psychologies*. 2008. № 8. Vol. 261. P. 45-49. doi:10.3917/jdp.261.0045.
278. Hess T.M. Aging and Selective Engagement: The Moderating Impact of Motivation on Older Adults' Resource Utilization // *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009. Vol.64. № 4. P. 447-456. doi: 10.1093/geronb/gbp020
279. Hilgeman MM., Daniel M.A. Testing a Theoretical Model of the Stress Process in Alzheimer's // *The Gerontologist*. 2009. Vol. 49. № 2. P. 248–261. doi: 10.1093/geront/gnp015
280. Isaacowitz D.M. Mood Regulation in Real-Time: Age Differences in the Role of Looking // *Curr Dir Psychol Sci*. 2012. Vol. 21. № 4. P. 237–242. doi: 10.1177/0963721412448651
281. 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. P. 261-278. doi: 10.1007/s10823-011-9147-9
282. Jaffe K., et al. Gender differences in time perception and its relation with academic performance: non-linear dynamics in the formation of cognitive systems// *Neurons and Cognition*. 2012. Vol. 1. URL: <https://arxiv.org/pdf/1203.3954.pdf>
283. Jankowiak-Siuda K., et al. Psychometric evaluation of the reading the mind in the eyes test with samples of different ages from a polish population// *Studia psychologica*. 2016. Vol. 58. № 1. P. 18-31. doi: 10.21909/sp.2016.01.704
284. Janssen S., et al. Why does life appear to speed up as people get older? // *Time Society*. 2013. Vol.22. P. 274–290. doi: 10.1177/0961463x13478052
285. Jeste D.V., Palmer B.W., Rettew D.C. Positive psychiatry: its time has come. // *Clin Psychiatry*. 2015. Vol. 76. № 6. P. 675-83. doi: 10.4088/JCP.14nr09599.
286. Jeste D.V., Savla G.N. Older Age is Associated with More Successful Aging: Role of Resilience and Depression. // *The American Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 170. № 2. P. 188–196. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12030386
287. John D.T. Subjective Acceleration of Time in Older Adults' Everyday Life: Motivation Matters. Dissertaion. 2014. Augsburg. 149 p.
288. Judge K.S., Menne H.L., Whitlatch C.J. Stress process model for individuals with dementia. // *Gerontologist*. 2010. Vol. 50. № 3. P. 294-302. doi:10.1093/geront/gnp162.
289. Julayanont P., Brousseau M., Chertkow H. Montreal Cognitive Assessment Memory Index Score (moca-MIS) as a predictor of conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer's disease // *J Am Geriatr Soc*. 2014. Vol. 62. № 4. P. 679-684. doi:10.1111/jgs.12742.
290. Kahana E., et al. Proactive Aging: A Longitudinal Study of Stress, Resources, Agency and Well-being in Late Life // *Aging Ment Health*. 2012. Vol. 16. № 4. P. 438-51. doi: 10.1080/13607863.2011.644519
291. Kanning M., Schlicht W. A bio-psycho-social model of successful aging as shown through the variable physical activity // *European Review of Aging and Physical Activity*. 2008. Vol. 5. № 2. P. 79–87. doi: 10.1007/s11556-008-0035-4
292. Kastenbaum R., Derbin V. The ages of me: toward personal and interpersonal definitions of functional aging. // *Aging and human development*. 1972. Vol. 3. № 2. P. 197-211. doi: 10.2190/TUJR-WTXK-866Q-8QU7
293. Kaufman S.R. *The Ageless Self: Sources of Meaning in Late Life*, University of Wisconsin Press, Madison, Wisconsin, 1986. 208 p.
294. Kazakina E. Time perspective of older adults: research and clinical practice. / *International studies in time perspective*/ed. Maria Paula Paixão, José Tomás da Silva. Imprensa da Universidade de Coimbra. 2013. P. 71-86. Doi: 10.14195/978-989-26-0775-7\_7
295. Kemp J., et al. Theory of Mind in normal ageing and neurodegenerative pathologies. // *Ageing Res Rev*. 2012. Vol. 11. №2. P.199-219. doi: 10.1016/j.arr.2011.12.001.
296. Kershaw T.S., Mood D.W., Newth G. Longitudinal analysis of a model to predict quality of life in prostate cancer patients and their spouses. // *Ann Behav Med*. 2008. Vol. 36. № 2. P. 117-128. doi: 10.1007/s12160-008-9058-3.
297. Keyes C.L., Westerhof G.J. Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode. // *Aging Ment Health*. 2012. Vol.16. №1. P. 67-74. doi: 10.1080/13607863.2011.596811.
298. Kington J., Stewart R. Temporal orientation in a national community sample of older people. // *J Geriatr Psychiatry*. 2011. Vol. 26. № 2. P. 144-149. doi: 10.1002/gps.2505.
299. Kleinspehn-Ammerlahn A., Kotter-Grühn D. Self-Perceptions of Aging: Do Subjective Age and Satisfaction With Aging Change During Old Age? // *The Journals of Gerontology: Series B*. 2008. Vol. 63, № 6, P. 377–385, doi: 10.1093/geronb/63.6.P377
300. Kohler C.G., et al. Differences in facial expressions of four universal emotions. // *Psychiatry Research*. 2004. Vol. 128. № 3. P. 235-244. Doi: 10.1016/j.psychres.2004.07.003
301. Konefal J., Duncan R., Meub W. Time perspective as a potential tool for psychotherapeutic intervention. // *Psychol Rep*. 2006. Vol. 99. № 1. P.111-120 doi: 10.2466/pr0.99.1.111-120

302. Kornadt A.E., Hess T.M., Voss P., Rothermund K. Subjective Age Across the Life Span: A Differentiated, Longitudinal Approach. // *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2018. Vol. 73. № 5. P. 767-777. doi: 10.1093/geronb/gbw072.
303. Kotter-Gruhn D., et al. Feeling old today? Daily health, stressors, and affect explain day-to-day variability in subjective age. // *Psychology and Health*, 2015, Vol. 30, № 12. P. 1470–1485. Doi: doi: 10.1080/08870446.2015.1061130
304. Kotter-Gruhn D., et al. Looking beyond chronological age: Current knowledge and future directions in the study of subjective age. // *Gerontology*. 2016. Vol. 62. P. 86–93. doi: 10.1159/000438671
305. Krueger K.R. Social engagement and cognitive function in old age // *Exp Aging Res*. 2009. Vol. 35. № 1. P. 45–60. doi: 10.1080/03610730802545028
306. Kumral E., Gulluoglu H. Thalamic chronotaxis: isolated time disorientation // *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2007. Vol. 78. № 8. P. 880–882. doi: 10.1136/jnnp.2006.113654.
307. Kunzmann U., Kappes C., Wrosch C. Emotional aging: a discrete emotions perspective. // *Front Psychol*. 2014. № 5. P. 1-5 doi: 10.3389/fpsyg.2014.00380.
308. Kwak S., Kim H., Chey J. Feeling How Old I Am: Subjective Age Is Associated With Estimated Brain Age. // *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2018. Vol. 10. № 168. P. 1-11 doi: [10.3389/fnagi.2018.00168](https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00168)
309. Kwak S., Kim H., Chey J. (2018). Feeling How Old I Am: Subjective Age Is Associated With Estimated Brain Age. // *Frontiers in aging neuroscience*. 2018. Vol. 10, № 168. doi:10.3389/fnagi.2018.00168
310. Lambrecht L., Kreifelts B., Wildgruber D. Age-related decrease in recognition of emotional facial and prosodic expressions. // *Emotion*. 2012. Vol. 12. № 3. P. 529-539. doi: 10.1037/a0026827.
311. Lang F.R., Carstensen L.L. Time counts: future time perspective, goals, and social relationships. // *Psychol Aging*. 2002. Vol.17. № 1. P. 125-139. doi: 10.1037/0882-7974.17.1.125
312. Langenecker S.A., Bieliauskas L.A., Rapport L.J. Face emotion perception and executive functioning deficits in depression. // *J Clin Exp Neuropsychol*. 2005. Vol. 27. № 3. P. 320-33. doi: 10.1080/13803390490490515720
313. Lantrip C., Huang J.H. Cognitive Control of Emotion in Older Adults: A Review. // *Clin Psychiatry*. 2017. Vol. 3. № 1. P. 1-9. doi: 10.21767/2471-9854.100040.
314. Laureiro-Martinez D., Trujillo C.A., Unda J. Time Perspective and Age: A Review of Age Associated Differences. // *Front Psychol*. 2017. Vol. 17. № 8. 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00101.
315. Lavrencic L.M., Kurylowicz L., Valenzuela M. Social cognition is not associated with cognitive reserve in older adults. // *J Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*. 2016. Vol. 23. № 1. P. 61-77. Doi: 10.1080/13825585.2015.1048773.
316. Lawton M.P. **Emotion in later life** // *Curr Direct Psychological Sci*. 2001. Vol.10. № 4. P. 120-123. Doi: **10.1111/1467-8721.00130**
317. Leaver A.M., Yang H., Siddarth P. Resilience and amygdala function in older healthy and depressed adults. // *J Affect Disord*. 2018. Vol. 237. P. 27-34. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.109.
318. Lecce S., et al. Theory of Mind and social relationships in older adults: the role of social motivation // *Aging Ment Health*. 2015. Vol. 19. P. 1-6. doi: 10.1080/13607863.2015.1114586
319. Lemlich R. Subjective acceleration of time with aging. // *Percept Mot Skills*. 1975. Vol. 41. № 1. P. 235-238. doi: 10.2466/pms.1975.41.1.235
320. Lennings C.J. Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*. 2000. Vol. 51. № 3. P. 167-181. doi: 10.2190/06GK-WHER-37XC-BTRY
321. Lenton-Brym A., Moscovitch D.A., Vidovic V. Theory of mind ability in high socially anxious individuals. // *Anxiety Stress Coping*. 2018. Vol. 31. № 5. P. 487-499. Doi: 10.1080/10615806.2018.1483021.
322. Levy B. Stereotype Embodiment A Psychosocial Approach to Aging // *Curr Dir Psychol Sci*. 2009. Vol.18. № 6. P. 332–336.
323. Liu L., et al. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. // *J Health Psychol*. 2016. Vol. 21. № 5. P. 750-758. doi: 10.1177/1359105314536941.
324. Löffler C., et al. Coping with multimorbidity in old age--a qualitative study. // *BMC Fam Pract*. 2012. Vol. 13. № 45. P. 1-8. doi: 10.1186/1471-2296-13-45.
325. Luis C.A., et al. Cross validation of the Montreal Cognitive Assessment in community dwelling older adults residing in the southeastern US. // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009, Vol. 24. P. 197-201. doi: 10.1002/gps.2101
326. Lundgren O., Garvin P., Jonasson L. Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year follow-up of a community-based Swedish sample. // *Int J Behav Med*. 2015. Vol. 22. № 1. P. 77-84. doi: 10.1007/s12529-014-9387-5.
327. Luyten P., Fonagy P. The stress-reward-mentalizing model of depression: An integrative developmental cascade approach to child and adolescent depressive disorder based on the research domain criteria (rdoc) approach. // *Clin Psychol Rev*. 2017. Vol. 15. P. 87-98. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.008.
328. Macpherson S.E., et al. Age, executive function, and social decision making: A dorsolateral prefrontal theory of cognitive aging. // *Psychology and Aging*, 2002. Vol. 17, P. 598-609. doi: 10.1037/0882-7974.17.4.598
329. Maniatakis M., Trahanias P. Time models and cognitive processes: a review // *Front Neurobot*. 2014. Vol. 8. № 7. P. 1-6. doi: 10.3389/fnbot.2014.00007
330. Maniatakis M., Trahanias P. Temporal cognition: a key ingredient of intelligent systems. // *Front Neurobot*. 2011. Vol. 5. № 2. P. 1-6. doi: 10.3389/fnbot.2011.00002.

331. Maria G.G., Juan G.G. Negative Bias in the Perception and Memory of Emotional Information in Alzheimer Disease. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2017. Vol. 30. № 3. P. 131-139. doi: 10.1177/0891988716686833.
332. Mason P.H., Domínguez D.J. Hidden in plain view: degeneracy in complex systems. // *Biosystems*. 2015. Vol. 128. P. 1-8. doi: 10.1016/j.biosystems.2014.12.003.
333. Mather M., Carstensen L.L. Aging and attentional biases for emotional faces. // *Psychological Science*. 2003. Vol. 14. № 5. P. 409-415. doi: 10.1111/1467-9280.01455
334. Mather M., et al. Amygdala Responses to Emotionally Valenced Stimuli in Older and Younger Adults // *Psychological Science*. 2016. Vol 15. № 4. P.259-263. Doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00662.x
335. Mather M., Knight M.R. Angry faces get noticed quickly: threat detection is not impaired among older adults. // *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006. Vol. 61. № 1. P. 54-57.
336. Mattos P. Et al. Memory Complaints and Test Performance in Healthy Elderly Persons // *Arq Neuropsiquiatr*. 2004. Vol. 61. № 4. P. 920-924. Doi: 10.1590/S0004-282X2003000600006
337. Maylor E.A., et al. Does performance on theory of mind tasks decline in old age? // *Br J Psychol*. 2002. Vol. 93. P. 465-485. doi: 10.1348/000712602761381358
338. Mccade D., Savage G. Review of emotion recognition in mild cognitive impairment. // *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2011. Vol. 32. № 4. P. 257-266. doi: 10.1159/000335009.
339. *Measuring the Mind: Speed, control, and age/* ed. John Duncan, Louise Phillips, Peter mcleod. Oxford Scholarship Online. 2012. 418 p.
340. *Measuring well-being in policy: Issues and applications*, UK, 2008, 33 p. URL: [http://b3cdn.net/nefoundation/575659b4f333001669\\_ohm6iiogp.pdf](http://b3cdn.net/nefoundation/575659b4f333001669_ohm6iiogp.pdf) (дата обращения: 27.09.18)
341. Mecacci L., Righi S. Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging // *Personality and Individual Differences*. 2006. Vol. 40. № 7. P. 1453-1459 doi: 10.1016/j.paid.2005.11.022
342. Meins E., Fernyhough C. Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. // *Child Dev*. 2002. Vol. 73. №6. P. 1715-1726. doi: 10.1111/1467-8624.00501
343. Mejía S.T., Ryan L.H., Gonzalez R.J. Successful Aging as the Intersection of Individual Resources, Age, Environment, and Experiences of Well-being in Daily Activities. // *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017. Vol. 72. № 2. P. 279-289. doi: 10.1093/geronb/gbw148.
344. Mello Z.R., Worrell F.C. The Relationship of Time Perspective to Age, Gender, and Academic Achievement Among Academically Talented Adolescents // *Journal for the Education of the Gifted*. 2006. Vol. 29. №. 3. P. 271-289. Doi: 10.1177/016235320602900302
345. Messer R.H. Pragmatic Language Changes During Normal Aging: Implications for Health Care // *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*. 2015. № 7. P. 1-7. doi:10.4137/HACCE.S22981
346. Mier D., Kirsch P. Social-Cognitive Deficits in Schizophrenia. // *Curr Top Behav Neurosci*. 2017. Vol. 30. P. 397-409. doi: 10.1007/7854\_2015\_427.
347. Mirucka B. Differences Positive orientation, self-esteem, and satisfaction with life in tcontext of subjective age in older adults // *Personality and Individual Differences*. 2016. Vol. 99. P. 206-210 doi: 10.1016/j.paid.2016.05.010
348. Mo S., et al. Comprehension of metaphor and irony in schizophrenia during remission: The role of theory of mind and IQ // *Psychiatry Research*. 2008. Vol. 157. P. 21-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.04.002>
349. Monetta L., et al. Irony comprehension and theory of mind deficits in patients with Parkinson's disease. // *Cortex*. 2009. Vol.45. № 8. P. 972-981. doi: 10.1016/j.cortex.2009.02.021.
350. Montepare J.M. Subjective age: Toward a guiding lifespan framework. *International //Journal of Behavioral Development*. 2009. Vol. 33. № 1. P. 42-46. Doi: 10.1177/0165025408095551
351. Moos R.H., et al. Older adults coping with negative life events: common processes of managing health, interpersonal, and financial,work stressors // *Int j aging hum dev*. 2006. Vol. 62. № 1. P. 39-59. doi: 10.2190/enlh-waa2-ax8j-wrt1
352. Moran J.M. Lifespan development: the effects of typical aging on theory of mind. // *Behav Brain Res*. 2013. Vol.237. № 15. P. 32-40. doi: 10.1016/j.bbr.2012.09.020.
353. Moran J.M., Jolly E. Social-cognitive deficits in normal aging. // *J Neurosci*. 2012 Vol.32. №16. P.5553-5561. doi: 10.1523/JNEUROSCI.5511-11.2012.
354. Morel A., Peyroux E., Leleu A. Overview of Social Cognitive Dysfunctions in Rare Developmental Syndromes With Psychiatric Phenotype. // *Front Pediatr*. 2018. Vol. 6. № 102. P. 1-21. doi: 10.3389/fped.2018.00102.
355. Morelli N. Furthering Conservation of Resources Theory: How Our Values Influence Our Stress Response. A Thesis Presented for the Master of Science Degree The University of Tennessee at Chattanooga. 2010. 65 p.
356. Morelock J.C., Stokes J.E., Moorman S.M. Rewriting age to overcome misaligned age and gender norms in later life. // *J Aging Stud*. 2017. Vol. 40. P. 16-22. Doi: 10.1016/j.jaging.2016.12.003.
357. Nasreddine Z.A., et al. The Montreal Cognitive Assessment, moca: A brief screening tool for mild cognitive impairment. // *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005. Vol. 53. P.695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
358. Natelson Love M., et al. Social Cognition in Older Adults: A Review of Neuropsychology, Neurobiology, and Functional Connectivity // *Medical & Clinical Reviews*. 2015. Vol. 1. № 1. P. 1-8. doi: 10.21767/2471-299X.1000006
359. Nazarov A., Frewen P., Oremus C. Comprehension of affective prosody in women with post-traumatic stress disorder related to childhood abuse. // *Acta Psychiatr Scand*. 2015. Vol. 131. № 5. P. 342-349. doi: 10.1111/acps.12364.

360. Njomboro P. Social Cognition Deficits: Current Position and Future Directions for Neuropsychological Interventions in Cerebrovascular Disease // *Behavioural Neurology*. 2017. Vol. 2017. P. 1-11. URL: <https://www.hindawi.com/journals/bn/2017/2627487/abs/> (дата обращения: 27.09.2018).
361. Nurmi J.E., et al. Age differences in adult's control beliefs related to life goals and concerns. // *Psychology and Aging*. 1992. Vol. 7. № 2. P. 194-196. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.7.2.194>
362. Nussbaum J.F. Successful aging: A communication model // *Communication Quarterly*. 1985. Vol. 33. № 4. P. 262-269. doi: [10.1080/01463378509369606](https://doi.org/10.1080/01463378509369606)
363. O'Brien E., Konrath S. H., Gröhn D., Hagen, A. L. Empathic concern and perspective taking: linear and quadratic effects of age across the adult life span. // *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2012. Vol. 68, P. 168–175. doi: [10.1093/geronb/gbs055](https://doi.org/10.1093/geronb/gbs055)
364. O'Keefe E., Mukhtar O. Orientation to time as a guide to the presence and severity of cognitive impairment in older hospital patients. // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. BMJ. 2010. Vol. 82. № 5. P. 1-9. doi: [10.1136/jnnp.2010.214817](https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.214817)
365. Olivera-Figueroa L.A., Juster R.P. A time to be stressed? Time perspectives and cortisol dynamics among healthy adults. // *Biol Psychol*. 2015. Vol. 111. P. 90-89. doi: [10.1016/j.biopsycho.2015.09.002](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.09.002)
366. Orange J.B. Language and Communication Disorders in Older Adults: Selected Considerations for Clinical Audiology // *Hearing Care for Adults*. 2009. Vol. 7. P. 87-102.
367. Palmer M.A., Brewer N., Horry R. Understanding gender bias in face recognition: effects of divided attention at encoding. // *Acta Psychol*. 2013. Vol. 142. № 3. P. 362-369. doi: [10.1016/j.actpsy.2013.01.009](https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2013.01.009)
368. Pardini M., Nichelli P. Age-Related Decline in Mentalizing Skills Across Adult Life Span // *Experimental Aging Research*. 2009. Vol. 35. № 1. P. 98-106 doi: [10.1080/03610730802545259](https://doi.org/10.1080/03610730802545259)
369. Parker S.G., Mccue P. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. // *Age Ageing*. 2018. Vol. 47. № 1. P. 149-155. doi: [10.1093/ageing/afx166](https://doi.org/10.1093/ageing/afx166)
370. Peer M., et al. Brain system for mental orientation in space, time, and person // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2015. Vol. 112. № 35. P. 11072–11077. doi: [10.1073/pnas.1504242112](https://doi.org/10.1073/pnas.1504242112)
371. Pesina E., Gudzovskaya A. Image of the future of elderly people as a factor of their life quality // conference: conference: international conference mental health - psychology, medicine and anthropology for life quality. 2016. 42-54 p.
372. Pethtel O., Moist M., Baker S. Time perspective and psychological well-being in younger and older adults. // *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*. 2018. Vol. 2. № 1. P. 45-63.
373. Phillips L.H., Allen R. Older adults have difficulty in decoding sarcasm. // *Dev Psychol*. 2015. Vol. 51. № 12. P. 1840-1852. doi: [10.1037/dev0000063](https://doi.org/10.1037/dev0000063)
374. Phillips L.H., et al. Age and the understanding of emotions: Neuropsychological and socio cognitive approaches. // *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2002. Vol.57. № 6. P. 526-530. doi: <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.P526>
375. Phillips L.H., et al. Age, anger regulation and well-being. // *Aging Ment Health*. 2006. Vol.10. №3. P.250-256. doi: [10.1080/13607860500310385](https://doi.org/10.1080/13607860500310385)
376. Phillips L.H., et al. Lifespan aging and belief reasoning: influences of executive function and social cue decoding // *Cognition*. 2011. Vol. 120. № 2. P. 236-247. doi: [10.1016/j.cognition.2011.05.003](https://doi.org/10.1016/j.cognition.2011.05.003)
377. Pinsker D.M., et al. Exploitation in older adults: Social vulnerability and personal competence factors. // *Journal of Applied Gerontology*, 2009. Vol. 29. № 6. P. 740–761. doi: [10.1177/0733464809346559](https://doi.org/10.1177/0733464809346559)
378. Piras F., Piras F. Time Dysperception Perspective for Acquired Brain Injury. // *Frontiers in Neurology*. 2013. Vol. 4. № 217. P. 1-17. doi: [10.3389/fneur.2013.00217](https://doi.org/10.3389/fneur.2013.00217)
379. Poletti M., et al. Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels. // *Neurosci Biobehav Rev*. 2012. Vol. 36. № 9. P. 2147-2164. Doi: [10.1016/j.neubiorev.2012.07.004](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.07.004)
380. Psychology of time / Ed. S. Grondin. NY., Emerald Group Publishing Ltd, 2011. 200 p.
381. Raffaelli M., et al. Stress, Social Support, and Depression: A Test of the Stress-Buffering Hypothesis in a Mexican Sample // *Journal of Research on Adolescence*. 2013. Vol. 23. №2. P. 283–289. doi: [10.1111/jora.12006](https://doi.org/10.1111/jora.12006) 1st
382. Rahimnia F., Mazidi A., Mohammadzadeh Z. Emotional mediators of psychological capital on well-being: The role of stress, anxiety, and depression. // *Management Science Letters*. 2013. Vol. № 3. P. 913-926. DOI: [10.5267/j.msl.2013.01.029](https://doi.org/10.5267/j.msl.2013.01.029)
383. Rakoczy H., et al. The decline of theory of mind in old age is (partly) mediated by developmental changes in domain-general abilities. // *British Journal of Psychology*. 2012. Vol. 103. № 1. P. 58–72. doi: [10.1111/j.2044-8295.2011.02040.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.2011.02040.x)
384. Rapcsak S.Z. The executive control of face memory // *Behav Neurol*. 2011. Vol. 24. № 4. P. 285-98. doi: [10.3233/BEN-2011-0339](https://doi.org/10.3233/BEN-2011-0339)
385. Reed A.E., Carstensen L.L. The Theory Behind the Age-Related Positivity Effect // *Front Psychol*. 2012. Vol. 3. P. 1-9. doi: [10.3389/fpsyg.2012.00339](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00339)
386. Reiter A.M., Kanske P., Eppinger B. The Aging of the Social Mind - Differential Effects on Components of Social Understanding. // *Sci Rep*. 2017. Vol. 7. № 1 doi: [10.1038/s41598-017-10669-4](https://doi.org/10.1038/s41598-017-10669-4)
387. Ribeiro L.A., Fearon P. Theory of mind and attentional bias to facial emotional expressions: a preliminary study. // *Scand J Psychol*. 2010. Vol. 51. № 4. P. 285-289. doi: [10.1111/j.1467-9450.2009.00797.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00797.x)
388. Riva F., Tricoli C. Emotional Egocentricity Bias Across the Life-Span. // *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2016. № 8. Vol. 74. doi: [10.3389/fnagi.2016.00074](https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00074)

389. Rolf U., Rattat A.C. The cognitive representation of time and duration // *Procedia- social and behavioral sciences*. 2014. Vol. 126. № 21. P. 21–23. Doi: [10.1016/j.sbspro.2014.02.303](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.02.303)
390. Rondón García L.M., Ramírez Navarr J.M. The Impact of Quality of Life on the Health of Older People from a Multidimensional Perspective. // *Journal of Aging Research*. 2018. Vol. 7. P. 1-19. doi: [10.1155/2018/4086294](https://doi.org/10.1155/2018/4086294)
391. Rönnlund M., Åström I.E Time Perspective in Late Adulthood: Aging Patterns in Past, Present and Future Dimensions, Deviations from Balance, and Associations with Subjective Well-Being // *Timing & Time Perception*. 2017. Vol. 5. № 1. P. 77–98. doi: [10.1163/22134468-00002081](https://doi.org/10.1163/22134468-00002081)
392. Rosi A., et al. Promoting theory of mind in older adults: does age play a role? // *Aging Ment Health*. 2015. Vol. 20. №1. P. 22-28. doi: [10.1080/13607863.2015.1049118](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1049118)
393. Rowe S.V. Theory of mind, social functioning, and awareness of ability in older adults. Electronic theses and dissertations. 2011. 123 P. doi: [10.18297/etd/1239](https://doi.org/10.18297/etd/1239)
394. Rubin D.C., Bernsten D. People over forty feel 20% younger than their age: Subjective age across the lifespan. // *Psychonomic Bulletin & Review*. 2006. Vol. 13. № 5. P. 776-780.
395. Rueda A.D., Schmitter-Edgecombe M. Time estimation abilities in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. // *Neuropsychology*. 2009. Vol. 23. №2. P. 178-188. doi: [10.1037/a0014289](https://doi.org/10.1037/a0014289).
396. Ruffman T., et al. Age-related differences in deception. // *Psychology and Aging*, 2012. Vol 27. № 3. P. 543-549. doi: [10.1037/a0023380](https://doi.org/10.1037/a0023380)
397. Russell D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. // *J Pers Assess*. 1996. Vol. 66. №1. P. 20-40. Doi: [10.1207/s15327752jpa6601\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2)
398. Rusting C.L. Interactive effects of personality and mood on emotion-congruent memory and judgment. // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999. Vol. 77. № 5. P. 1073–1086. doi: [10.1037/0022-3514.77.5.1073](https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1073)
399. Rutt J.L., Löckenhoff C.E. Age Patterns in Mental Representations of Time: Underlying Constructs and Relevant Covariates // *Experimental Aging Research*. 2016. Vol. 42. № 3. P. 289-306. doi: [10.1080/0361073X.2016.1156975](https://doi.org/10.1080/0361073X.2016.1156975).
400. Ryan J. J., et al. Temporal Disorientation Base Rates in Alzheimer's Disease and Parkinson's Disease. // *J Gerontol Geriatr Res* 2015. Vol.4. № 3. P. 1-3. doi: [10.4172/2167-7182.1000221](https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000221).
401. Saajanaho M., Rantakokko M., Portegijs E. Life resources and personal goals in old age// *Eur J Ageing*. 2016. Vol. 13. № 3. P. 195-208. doi: [10.1007/s10433-016-0382-3](https://doi.org/10.1007/s10433-016-0382-3).
402. Sabbagh M.A., Moulson M.C., Harkness K.L. Neural correlates of mental state decoding in human adults: an event-related potential study. // *J Cogn Neurosci*. 2004. Vol. 16. № 3. P. 415-426. doi: [10.1162/089892904322926755](https://doi.org/10.1162/089892904322926755)
403. Scarmeas N., Stern Y. Cognitive Reserve and Lifestyle // *J Clin Exp Neuropsychol*. 2003. Vol. 25. № 5. P. 625–633. doi: [10.1076/jcen.25.5.625.14576](https://doi.org/10.1076/jcen.25.5.625.14576)
404. Schreiter S., Pijnenborg G.H. Empathy in adults with clinical or subclinical depressive symptoms. // *Affect Disord*. 2013. Vol. 150. № 1. P. 1-16. Doi: [10.1016/j.jad.2013.03.009](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.03.009).
405. Seelye A.M. Wechsler Memory Scale-III Faces test performance in patients with mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease // *J Clin Exp Neuropsychol*. 2009. Vol. 31. № 6. P. 682-688. doi: [10.1080/13803390802484763](https://doi.org/10.1080/13803390802484763)
406. Shah D. Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational and Environmental // Medicine*. 2009. Vol. 13. № 2. P. 77–79. doi: [10.4103/0019-5278.55123](https://doi.org/10.4103/0019-5278.55123)
407. Shamay-Tsoory S.G., Aharon-Peretz J. Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: A lesion study. // *Neuropsychologia*, 2007. Vol. 45. № 13. P. 3054-3067 doi: [10.1016/j.neuropsychologia.2007.05.021](https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2007.05.021)
408. Shany-Ur T., Poorzand P., Grossman S.N. Comprehension of insincere communication in neurodegenerative disease: lies, sarcasm, and theory of mind. // *Cortex*. 2012. Vol. 48. № 10. P. 1329-1341. Doi: [10.1016/j.cortex.2011.08.003](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2011.08.003).
409. Shinan-Altman S., Werner P. Subjective Age and Its Correlates Among Middle-Aged and Older Adults. // *The International Journal of Aging and Human Development*. 2019. Vol. 88. № 1. P. 3–21. doi: [10.1177/0091415017752941](https://doi.org/10.1177/0091415017752941)
410. Shiroma P.R., et al. Facial recognition of happiness among older adults with active and remitted major depression. // *Psychiatry Res*. 2016. № 30. Vol. 243. P. 287-291. Doi: [10.1016/j.psychres.2016.06.020](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.020).
411. Simpson J.R. DSM-5 and neurocognitive disorders. // *J Am Acad Psychiatry Law*. 2014. Vol.42. № 2. P. 159-164.
412. Singh T.K., et al. Study of Time Orientation and Wellbeing in Old Age // *The International Journal of Indian Psychology*. 2015. Vol. 2. № 2. P. 1-8.
413. Slessor G., et al. Age-related declines in basic social perception: Evidence from tasks assessing eye-gaze processing. // *Psychology and Aging*, 2008. Vol. 23. № 4. P. 812–822 doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0014348>
414. Slessor G., et al. Exploring the specificity of age-related differences in theory of mind tasks. // *Psychology and Aging*, 2007. Vol. 22, № 3. P. 639–643. doi: [10.1037/0882-7974.22.3.639](https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.639)
415. Smith J., Gerstorf D. Psychological Resources for Well-Being Among Octogenarians, Nonagenarians, and Centenarians: Differential Effects of Age and Selective Mortality// *Healthy Longevity in China*. 2008. Vol. 20. P. 329-346.
416. Sobhani-Rad-Rad D. A review on adult pragmatic assessments// *Iran J Neurol*. 2014. Vol. 13. № 3. P. 113-118.
417. *Social Cognition and Aging* /Ed. T.M. Hess, F. Blanchard-Fields. NY. Academic Press, 1999. 379 p.

418. Stephan Y., et al. Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults. // *Aging Ment Health*. 2011. Vol. 15. № 4. P. 428-436. doi: 10.1080/13607863.2010.536138.
419. Stephan Y., et al. Subjective age and cognitive functioning: a 10-year prospective study. // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014. Vol.22. № 11. P. 1180-1187. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.007.
420. Stephan Y., et al. 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*. 2013. Vol. 68. № 1. P. 1–7. doi:10.1093/geronb/gbs037
421. Stephan Y., Sutin A.R. Younger subjective age is associated with lower C-reactive protein among older adults. // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2015. Vol. 43. P. 33–36. doi: 10.1016/j.bbi.2014.07.019.
422. 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. №3. P. 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0119293.
423. Stephan Y., Sutin A.R. Subjective age and adiposity: evidence from five samples. // *Int J Obes (Lond)*. 2018. Vol. 24. P. 1-16. doi: 10.1038/s41366-018-0179-x.
424. Stephan Y., Sutin A.R. Subjective Age and Cystatin C Among Older Adults.// *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017. Vol.16. P. 1-19. doi: 10.1093/geronb/gbx124.
425. Stephan Y., Sutin A.R. Terracciano A. Subjective Age and Mortality in Three Longitudinal Samples. // *Psychosom Med*. 2018. Vol. 80. № 7. P. 659-664. doi: 10.1097/PSY.0000000000000613.
426. Stephan Y., Sutin A.R., Luchetti M. Subjective age and risk of incident dementia: Evidence from the National Health and Aging Trends survey. // *J Psychiatr Res*. 2018. Vol.100. P. 1-4. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.02.008.
427. Steverink N., Westerhof G.J., Bode C. The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. // *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2001. Vol.56. № 6.P. 364-373.
428. Stewart E., Catroppa C., Lah S. Theory of Mind in Patients with Epilepsy: a Systematic Review and Meta-analysis. // *Neuropsychol Rev*. 2016. Vol. 26. № 1. P.3-24. doi: 10.1007/s11065-015-9313-x.
429. Stolarski M., et al. Time perspective, emotional intelligence and discounting of delayed awards. // *Time & Society*. 2011. Vol. 20. № 3. P. 346-363. doi: 10.1177/0961463X11414296
430. Sullivan S., Ruffman T. Social understanding: how does it fare with advancing years? // *British Journal of Psychology*. 2004. Vol. 95. № 1. P. 1-18. doi: 10.1348/000712604322779424
431. Sweet L., Van Adel M. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in geriatric rehabilitation: psychometric properties and association with rehabilitation outcomes.// *Int Psychogeriatr*. 2011. Vol. 23. № 10. P. 1582-91. doi: 10.1017/S1041610211001451. Epub 2011 Aug 1.
432. Szymaszek A., et al. Individual differences in the perception of temporal order: the effect of age and cognition. // *Cogn. Neuropsychol*. 2009. Vol.26. P. 135–147. doi: 10.1080/02643290802504742
433. Tasdemir-Ozdes A., et al. Future perspective and healthy lifestyle choices in adulthood. // *Psychology and Aging*. 2016. Vol 31. № 6. P. 618-630. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000089>
434. Taylor S.E., Stanton A.L. Coping resources, coping processes, and mental health. // *Annu Rev Clin Psychol*. 2007. Vol. 3. P. 377-401. Doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
435. Teixeira S., Machado S., Paes F. Time perception distortion in neuropsychiatric and neurological disorders. // *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2013. Vol. 12. № 5. P. 567-582. doi: 10.2174/18715273113129990080
436. Teuscher U. Subjective age bias: A motivational and information processing approach International // *Journal of Behavioral Development*. 2009. Vol 33. № 1. P. 22-31. doi: 10.1177/0165025408099487
437. Thomae H. Theory of Aging and Cognitive Theory of Personality // *Human Develop*. 1970. Vol. 13. P. 1–16 doi:10.1159/000270877
438. Thönes S., Oberfeld D. Time perception in depression: a meta-analysis // *Affect Disord*. 2015. № 1. Vol. 175. P. 359—372. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.057
439. Time Perspective Theory. Review, Research and Application/ ed. Maciej Stolarski, Nicolas Fieulaine, Wessel van Beek Editors. Springer. 2015. 545 p.
440. Tomporowski P.D. Cognitive energetics and aging. // *Advanced Research Workshop in Gerontology II*. Austin, TX. 2003. 77 p.
441. Trojano L., Caccavale M., De Bellis F. The brain and the subjective experience of time. A voxel based symptom-lesion mapping study. // *Behav Brain Res*. 2017. Vol. 329. № 26-34. doi: 10.1016/j.bbr.2017.04.031.
442. Tseng W.J, Hung L.W., Lin Time orientation and visual construction subdomains of the MMSE as independent risk factors for hip fractures. // *J. Orthopedics*. 2013. Vol. 36. № 7. P. 869-876. Doi: 10.3928/01477447-20130624-16.
443. Tulacı R.G., Cankurtaran E.Ş. The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. // *J Psychiatry*. 2018. Vol. 72. № 4. P. 273-280. doi: 10.1080/08039488.2018.1436724.
444. Turgeon M., et al. Cognitive Aging and Time Perception: Roles of Bayesian Optimization and Degeneracy. // *Front Aging Neurosci*. 2016. Vol.8. P. 1-17. doi: 10.3389/fnagi.2016.00102
445. Turner R., Felisberti F.M. Measuring mindreading: a review of behavioral approaches to testing cognitive and affective mental state attribution in neurologically typical adults. // *Front. Psychol*. 2017. Vol. 8. № 47. P. 1-19 doi: 10.3389/fpsyg.2017.00047
446. Udomratn P. Positive Psychiatry and Cognitive Interventions for the Elderly // *Taiwanese Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 30. № 1. P. 13-21.
447. Uekermann J., et al. Proverb interpretation changes in aging. // *Brain and Cognition*, 2008. Vol. 67, pp. 51–57. doi: 10.1016/j.bandc.2007.11.003

448. Ulrich R. The Cognitive Representation of Time and Duration // *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2014. Vol. 126. № 21. P. 21-23 doi: 10.1016/j.sbspro.2014.02.303
449. Uotinen V., Rantanen T. Change in subjective age among older people over an eight-year follow up: Getting older and feeling younger? *Experimental Age Research*. 2006. Vol. 32. №. 4. P. 381—393. doi: 10.1080/03610730600875759.
450. Van Alphen S.P., van Dijk S.D. Personality disorders in older adults: emerging research issues. // *Curr Psychiatry Rep*. 2015. Vol. 17. № 1. P. 5-13 doi: 10.1007/s11920-014-0538-9.
451. Van Niekerk M.E., Groen W. Diagnosing autism spectrum disorders in elderly people. // *Int Psychogeriatr*. 2011. Vol. 23. № 5. 700-710. doi: 10.1017/S1041610210002152.
452. Varjassyová A. Recognition of facial emotional expression in amnesic mild cognitive impairment // *J Alzheimers Dis*. 2013. Vol. 33. №1. P. 273-280. doi: 10.3233/JAD-2012-120148
453. Vasile C. Time Perception, Cognitive Correlates, Age and Emotions // *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015. Vol.187. P. 695-699 doi: 10.1016/j.sbspro.2015.03.129
454. Vaskinn A., Andersson S. Emotion perception, non-social cognition and symptoms as predictors of theory of mind in schizophrenia. // *Compr Psychiatry*. 2018. Vol. 85. P. 1-7. doi: 10.1016/j.comppsy.2018.05.002.
455. Vestergren P., Nilsson L.G. Perceived causes of everyday memory problems in a population-based sample aged // *Appl. Cogn. Psychol*. 2011. Vol. 25. P. 641–646. doi: 10.1002/acp.1734
456. Viard A., et al. Mental time travel into the past and the future in healthy aged adults: an fmri study // *Brain and Cognition*. 2011. Vol. 75. № 1. P. 1-9. doi: 10.1016/j.bandc.2010.10.009
457. Vuorisalmi M., et al. Comparative vs global self-rated health: associations with age and functional ability. // *Aging Clin Exp Res*. 2006. Vol. 18. № 3. P. 211-217. doi: 10.1007/BF03324651
458. Wacker R., Bölte S., Dziobek I. Women Know Better What Other Women Think and Feel: Gender Effects on Mindreading across the Adult Life Span. // *Frontiers in psychology*. 2017. Vol.8. P. 13-24. doi:10.3389/fpsyg.2017.01324
459. Wallach M.A., Green L.R. On age and the subjective speed of time// *Journal of Gerontology*. 1961, Vol 16. P. 71-74. doi: 10.1093/geronj/16.1.71
460. Wan Mohd Azam W.M., et al. Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: mediating effects of social support. // *Asia Pac Psychiatry*. 2013. № 1. P. 134-139. doi: 10.1111/appy.12061.
461. Wang Y., Su Y. Theory of mind in old adults: the performance on Happe's stories and faux pas stories // *Psychologia*. 2006. Vol. 49, № 4. P. 228-237. doi: 10.2117/psysoc.2006.228
462. Wang Z., Su Y. Age-related differences in the performance of Theory of Mind in older adults: a dissociation of cognitive and affective components // *Psychology and Aging*. 2013. Vol. 28. № 1. P. 284-291. doi: 10.1037/a0030876
463. Warner J. Old age psychiatry in the modern age. // *British Journal of Psychiatry*. 2015. Vol. 207. №5. P. 375-376. doi:10.1192/bjp.bp.115.168625
464. Washburn D., et al. Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions // *Journal of Anxiety Disorders*. 2016. Vol. 37. P. 71–77. doi: 10.1016/j.janxdis.2015.11.004
465. Wearden J.H. The wrong tree: time perception and time experience in the elderly // *Measuring the Mind: Speed, control, and age / J. Duncan, L. Phillips (Eds)*. New York: Oxford Scholarship Online, 2005. P. 137–160.
466. Weightman M. J., Air T.M., Baune B. T. A Review of the Role of Social Cognition in Major Depressive Disorder. // *Frontiers in Psychiatry*. 2014. Vol. 5. № 179. P. 1-19 doi: 10.3389/fpsy.2014.00179
467. Weiss D., Sassenberg K. When feeling different pays off: How older adults can counteract negative age-related information. // *Psychology and Aging*. 2013. Vol. 28. № 4. P. 1140-1146. doi: 10.1037/a0033811
468. Weiss E.M., et al. Impairment in emotion recognition abilities in patients with mild cognitive impairment, early and moderate Alzheimer disease compared with healthy comparison subjects// *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008. №. 16. Vol. 12. P. 974-80. doi: 10.1097/JGP.0b013e318186bd53
469. Wellman, H. M. Theory of mind across the lifespan? // *Zeitschrift für Psychologie*. 2018. Vol. 226. № 2. P. 136-138. doi: 10.1027/2151-2604/a000330
470. Wells Y.D., Kendig H.L. Psychological Resources and Successful Retirement. // *Australian Psychologist*, 1999, Vol. 34. P. 111–115. doi:10.1080/00050069908257438
471. Westerhof G. Longitudinal Research on Subjective Aging, Health, and Longevity: Current Evidence and New Directions for Research // *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 2015. Vol. 35. № 1. P. 145-165 doi: 10.1891/0198-8794.35.145
472. Westerhof G.J., et al. Reminiscence and Mental Health: A Review of Recent Progress in Theory, Research, and Intervention. // *Ageing and Society*. 2010. Vol. 30. № 4. P. 697-721 doi: 10.1017/S0144686X09990328
473. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment // *Psychological Medicine*. 1998. Vol.28. Pp.551-558.
474. Wilkes R.E. A structural modeling approach to the measurement and meaning of cognitive age. // *Journal of Consumer Research*. 1992. Vol. 19. №2. P. 292–301. doi: 10.1086/209303
475. Windsor T.D., Hunter M.L. Ageing well: Building resilience in individuals and communities. 2015. 89 p.
476. Winner E., et al. Distinguishing lies from jokes: theory of mind deficits and discourse interpretation in right hemisphere brain-damaged patients. // *Brain and Language*, 1998. Vol. 62. № 1. P. 89–106. doi: 10.1006/brln.1997.1889
477. Wittmann M. *Felt Time. The Psychology of How We Perceive Time*, The MIT Press, 2016. 185 p.
478. World report on ageing and health. World Health Organization. 2015. 316 p.

479. Wozniak D, Jopp D.S. Positive Gerontology: Well-Being and Psychological Strengths in Old Age. // *J Gerontol Geriatric Res*. 2012. Vol. 1. P. 1-9. doi:10.4172/2167-7182.1000e109
480. Wuthrich V.M., Frei J. Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. // *Int Psychogeriatr*. 2015. Vol. 27. №7. P.1227-1236. doi: 10.1017/S1041610215000241.
481. Xia H., Wu N., Su Y. Investigating the Genetic Basis of Theory of Mind (tom): The Role of Catechol-O-Methyltransferase (COMT) Gene Polymorphisms. // *Plos ONE*. 2012. Vol. 7. №. 11. P. 1-9 doi: [10.1371/journal.pone.0049768](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049768)
482. Xiao H., Jacobsen A., Chen Z. Detecting social-cognitive deficits after traumatic brain injury: An ALE meta-analysis of fmri studies. // *Brain Inj*. 2017. Vol. 31. № 10. P. 1331-1339. doi: 10.1080/02699052.2017.1319576.
483. Xiao L., Yang H., Du W. Subjective age and depressive symptoms among Chinese older adults: A moderated mediation model of perceived control and self-perceptions of aging. // *Psychiatry Res*. 2019 Jan;271:114-120. doi: 10.1016/j.psychres.2018.11.034.
484. Yeh Z.T., Tsai C.F. Impairment on theory of mind and empathy in patients with stroke. // *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014. Vol. 68. № 8. P. 612-620. doi: 10.1111/pcn.12173.
485. Yesavage J.A., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. // *J Psychiatric Res*. 1983. Vol. 17. P. 37-49. doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
486. Yew B., Alladi S., Shailaja M. Lost and forgotten? Orientation versus memory in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. // *J Alzheimers Dis*. 2013. Vol. 33. № 2. P. 473-481. doi: 10.3233/JAD-2012-120769. 1.
487. Ying B. Self-perceived Age and Attitudes Toward Marketing of Older Consumers in China // *J Fam Econ Issues*. 2010. Vol. 31. № 3. P. 318-327. doi: 10.1007/s10834-010-9199-y P
488. Zakay D. Temporal Cognition. // *Current Directions in Psychological Science*. 1997. Vol. 6. №. 1. P. 37-54. doi: 10.1111/146768721.ep11512604.
489. Zanjari N., Sharifian S. Successful aging as a multidimensional concept: An integrative review. // *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2017. Vol. 31. P. 100-119 doi:10.14196/mjiri.31.100
490. Zhang X., et al. Perspective taking in older age revisited: A motivational perspective. // *Developmental Psychology*. 2013. Vol. 49, № 10. P. 1848-1858. doi: 10.1037/a0031211
491. Zhang X., Lecce S., Ceccato I. Plasticity in older adults' theory of mind performance: the impact of motivation. // *Aging Ment Health*. 2017. Vol. 8. P. 1-8. doi: 10.1080/13607863.2017.1376313.
492. Zunhammer M., Halski A. Theory of Mind and Emotional Awareness in Chronic Somatoform Pain Patients. // *Plos ONE*. 2015. Vol. 10. № 1. P. 1-11 doi: 10.1371/journal.pone.0140016

## ПРИЛОЖЕНИЕ А ПРОТОКОЛЫ МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ

**Таблица А.1.** - Опросник субъективной оценки здоровья гериатрического пациента (Geriatric Health Questionnaire, University of Iowa Health Care)

**Ф.И.О. пациента** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ г.

**Пол:** мужской \_\_\_\_\_ женский \_\_\_\_\_ **Возраст (полных лет)** \_\_\_\_\_

**Образование:** не учился \_\_\_\_\_ начальное \_\_\_\_\_ среднее \_\_\_\_\_ среднее специальное \_\_\_\_\_ незаконченное высшее \_\_\_\_\_ высшее \_\_\_\_\_ имеет учёную степень \_\_\_\_\_

**Социальный статус:** на пенсии \_\_\_\_\_ не работает \_\_\_\_\_ работает \_\_\_\_\_

**Семейное положение:** холост, не замужем \_\_\_\_\_ женат/замужем \_\_\_\_\_ разведен \_\_\_\_\_ вдова \_\_\_\_\_

**Есть ли у вас какие-либо проблемы со здоровьем?**

**Если ли у Вас какие-либо проблемы со зрением?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Если ли у Вас какие-либо проблемы со слухом?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Были ли у Вас ранее трудности со здоровьем?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Если ли данные об отягощённой наследственности?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Были ли у Вас ранее диагностированы психические расстройства?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Есть ли у Вас отягощённость психическими заболеваниями?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Неврологические заболевания?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Гипертоническая болезнь?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Сердечно-сосудистые расстройства?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Эндокринные расстройства?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Онкологические заболевания?** Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

**Таблица А.2** - Гериатрическая шкала кумулятивности расстройств (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics, сокр. GIRS-G)

Компоненты оценки	БАЛЛЫ				
	0	1	2	3	4
Болезни сердца (АГ, ИБС, стенокардия, ИМ, ХСН)					
Болезни сосудов (ОНМК, ДЭ)					
Болезни крови (Анемии/ЖДА, лейкозы)					
Болезни органов дыхания (Острые пневмонии, ХБ, Бронхиальная астма, ХОБЛ)					
Болезни органов чувств (Нарушение слуха, зрения (глаукома, катаракта))					
Болезни органов верхних отделов пищеварительной системы (ХГ, ЯЗВА)					
Болезни органов нижних отделов пищеварительной системы (Запоры, СРК, хронический неязвенный колит, ЯЗВА, опухоли кишечника)					
Болезни печени (ХГ, ЦП)					
Болезни почек (ХПН)					
Болезни органов мочеполовой системы (недержание мочи, инфекция мочеполовых путей, аденома предстательной железы, простатит)					
Болезни органов опорно-двигательной системы (остеопороз, остеоартроз, ревматоидный артрит, подагра)					
Болезни органов центральной и периферической нервной системы					
Болезни органов эндокринной системы и нарушения метаболизма (сахарный диабет)					
Психические нарушения (нарушения сна; снижения памяти; снижение настроения, изменение оттенков настроения в виде тоски, тревоги, раздражительности, гневливости; эмоциональная лабильность; нарушения поведения в форме агрессивность, анергии, адинамии, блуждание, психомоторное возбуждение)					
<b>Сумма баллов</b>					

**Таблица А.3.** - Опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL-BREF)

ФИО \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Пол: М / Ж  
 Образование \_\_\_\_\_  
 Семейный статус \_\_\_\_\_ Рабочий статус \_\_\_\_\_

На данный момент Вы считаете себя больным? **ДА / НЕТ**

	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
Как Вы оцениваете состояние своего здоровья	1	2	3	4	5

Как Вы считает, что не так с Вашим здоровьем. Опишите Вашу болезнь или проблемы со здоровьем:

**Инструкция:** следующие вопросы касаются Вашей точки зрения на качество жизни, на состояние здоровья и другие сферы Вашей жизни. Пожалуйста, выберите ответ, который покажется наиболее подходящим. Если вы не уверены, как ответить на вопрос, первый ответ, который придёт Вам в голову, часто бывает наилучшим. Пожалуйста, помните о своих стандартах, надеждах, развлечениях и интересах. Мы спрашиваем о том, какой Вы считаете свою жизнь в течение *последних четырех недель*.

	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
1. Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?	1	2	3	4	5

	Очень не удовлетворён (-а)	Не удовлетворён (-а)	Ни то, ни другое	Удовлетворён (-а)	Очень удовлетворён (-а)
2. Насколько Вы удовлетворены	1	2	3	4	5

состоянием своего здоровья?					
В ответах на следующие вопросы укажите, в какой степени Вы испытывали определенные состояния в течение <i>последних четырех недель</i> .					
	Вовсе нет	Немного	Умеренно	В значительной степени	Чрезмерно
3. По Вашему мнению, в какой степени физические боли мешают Вам выполнять свои обязанности?	5	4	3	2	1
4. В какой степени Вы нуждаетесь в какой-либо медицинской помощи для нормального функционирования в своей повседневной жизни?	5	4	3	2	1
5. Насколько Вы довольны своей жизнью?	1	2	3	4	5
6. Насколько, по Вашему мнению, Ваша жизнь наполнена смыслом?	1	2	3	4	5
7. Насколько хорошо Вы можете концентрировать внимание?	1	2	3	4	5
8. Насколько безопасно Вы чувствуете себя в повседневной жизни?	1	2	3	4	5
9. Насколько здоровой является физическая среда вокруг Вас?	1	2	3	4	5
10. Достаточно ли у Вас энергии для повседневной жизни?	1	2	3	4	5
11. Способны ли Вы смириться со своим внешним видом?	1	2	3	4	5
12. Достаточно ли у Вас денег для удовлетворения Ваших потребностей?	1	2	3	4	5
13. Насколько доступна для Вас информация, необходимая в Вашей повседневной жизни?	1	2	3	4	5
14. В какой мере у Вас есть возможности для отдыха и развлечений?	1	2	3	4	5

В следующих вопросах речь идет о том, насколько полно Вы ощущали или были в состоянии выполнять определенные функции в течение последних четырех недель

	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо	Хорошо	Очень хорошо
15. Насколько легко Вы можете добраться до нужных Вам мест?	1	2	3	4	5
16. Насколько Вы удовлетворены своим сном?	1	2	3	4	5
17. Насколько Вы удовлетворены способностью выполнять свои повседневные обязанности?	1	2	3	4	5
18. Насколько Вы удовлетворены своей трудоспособностью?	1	2	3	4	5
19. Насколько Вы довольны собой?	1	2	3	4	5
20. Насколько Вы удовлетворены личными взаимоотношениями?	1	2	3	4	5
21. Насколько Вы удовлетворены своей сексуальной жизнью?	1	2	3	4	5
22. Насколько Вы удовлетворены поддержкой, которую Вы получаете от своих друзей?	1	2	3	4	5
23. Насколько Вы удовлетворены условиями в месте Вашего проживания?	1	2	3	4	5
24. Насколько Вы удовлетворены доступностью медицинского обслуживания для Вас?	1	2	3	4	5
25. Насколько Вы удовлетворены транспортом, которым Вы пользуетесь?	1	2	3	4	5

Следующие вопросы касаются того, насколько часто Вы ощущали или переживали определенные состояния в течение последних четырех недель.

	Никогда	Изредка	Довольно часто	Очень часто	Всегда
26. Как часто у Вас были отрицательные переживания, например плохое настроение, отчаяние, тревога, депрессия?	5	4	3	2	1

СПАСИБО БОЛЬШОЕ!

Таблица А.4. - Интерпретация опросника качества жизни ВОЗ (WHOQOL-BREF)

• Оценка качества жизни по доменам:

Сферы оценки	Уравнения для подсчета баллов по каждой сфере	«Сырой» показатель	Преобразованные показатели*	
			4-20	0-100
Физическое и психологическое благополучие	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	a=	б:	в:
Самовосприятие	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □	a=	б:	в:
Микросоциальная поддержка	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □	a=	Б:	в:
Социальное благополучие	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □	a=	б:	в:

- Чтобы рассчитываемое качество жизни по доменам было одинаковым, его преобразовывают по градациям 0-100

Таблица А.5. - Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment)

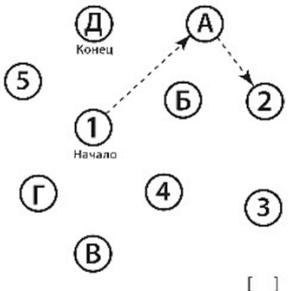
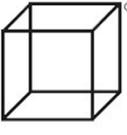
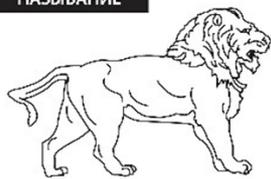
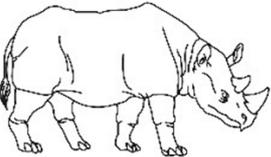
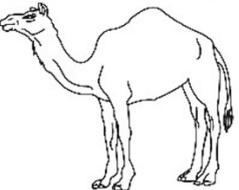
Монреальская шкала оценки когнитивных функций		ИМЯ: _____		Образование: _____		Дата рождения: _____		ПОЛ: _____		ДАТА: _____	
<b>Зрительно-конструктивные/исполнительные навыки</b>  		Скопируйте куб [ ]		Нарисуйте ЧАСЫ (Десять минут двенадцатого) (3 балла)						БАЛЛЫ ___/5	
<b>НАЗЫВАНИЕ</b>   		[ ]		[ ]		[ ]		[ ]		___/3	
<b>ПАМЯТЬ</b> Прочтите список слов, испытуемый должен повторить их. Делайте 2 попытки. Попросите повторить слова через 5 минут.		ЛИЦО    БАРХАТ    ЦЕРКОВЬ    ФИАЛКА    КРАСНЫЙ Попытка 1 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Попытка 2 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]								нет баллов	
<b>ВНИМАНИЕ</b> Прочтите список цифр (1 цифра/сек). Испытуемый должен повторить их в прямом порядке. [ ] 2 1 8 5 4 Испытуемый должен повторить их в обратном порядке. [ ] 7 4 2										___/2	
Прочтите ряд букв. Испытуемый должен хлопнуть рукой на каждую букву А. Нет баллов при > 2 ошибок. [ ] ФБАВМНААЖКЛБАФАКДЕАААЖАМОФААБ										___/1	
Серийное вычитание по 7 из 100. [ ] 93    [ ] 86    [ ] 79    [ ] 72    [ ] 65 4-5 правильных отв.: 3 балла, 2-3 правильных отв.: 2 балла, 1 правильный отв.: 1 балл, 0 правильных отв.: 0 баллов.										___/3	
<b>РЕЧЬ</b> Повторите: Я знаю только одно, что Иван – это тот, кто может сегодня помочь. [ ] Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате. [ ]										___/2	
Беглость речи/ за одну минуту назовите максимальное количество слов, начинающихся на букву П [ ] _____ (N ≥ 11 слов)										___/1	
<b>АБСТРАКЦИЯ</b> Что общего между словами, например, банан-яблоко = фрукты [ ] поезд - велосипед [ ] часы - линейка										___/2	
<b>ОТСРОЧЕННОЕ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ</b> Необходимо назвать слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ		ЛИЦО [ ]    БАРХАТ [ ]    ЦЕРКОВЬ [ ]    ФИАЛКА [ ]    КРАСНЫЙ [ ]								Баллы только за слова БЕЗ ПОДСКАЗКИ ___/5	
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПО ЖЕЛАНИЮ</b> Подсказка категории _____ Множественный выбор _____											
<b>ОРИЕНТАЦИЯ</b> [ ] Дата    [ ] Месяц    [ ] Год    [ ] День недели    [ ] Место    [ ] Город										___/6	
© Z.Nasreddine MD    Version 7.1    www.mocatest.org    Норма 26 / 30 Проведено: _____    перевод: Посохина О. В.    Смирнова А. Ю.										КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ    ___/30 Добавить 1 балл, если образование ≤ 12	

Таблица А.6. - Герiatricкая шкала оценки депрессии (Geriatric Depression Scale-30)

## Заполните

ФИО \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Пол: М/Ж

**Инструкция:** Прочитайте ниже приведенные вопросы. Выберите тот ответ, который лучше описывает, как Вы чувствовали себя на прошлой неделе. Если Вы выбираете «ДА» поставьте +, если «НЕТ», то - .

	ВОПРОСЫ	ДА (+)	НЕТ (-)
1.	Вы в основном довольны своей жизнью?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Вы потеряли интерес ко многому из того, что интересовало и радовало Вас раньше?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Вам часто бывает скучно?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Вы с надеждой смотрите в будущее?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Вас беспокоят мысли, от которых Вы не можете избавиться?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Как правило, Вы в хорошем расположении духа?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Вам кажется, что с Вами случится что-нибудь плохое?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Как правило, Вы чувствуете себя счастливым(-ой)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Вы часто чувствуете себя беспомощным(-ой)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Вы часто находитесь в состоянии беспокойства и тревожности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Вы предпочитаете оставаться дома вместо того, чтобы куда-нибудь пойти?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Вы часто беспокоитесь о будущем?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Вам кажется, что у Вас более выраженные проблемы с памятью, чем у большинства людей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Вы считаете, что то, что вы живете сейчас - это счастье?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Вы часто бываете расстроены и грустны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Вы чувствуете себя бесполезным (-ой)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Вы много беспокоитесь о прошлом?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Вы находите жизнь очень увлекательной?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Для Вас трудно строить новые планы?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Вы чувствуете себя полным(-ой) энергией?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Ваше положение кажется Вам безнадежным?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Вам кажется, что большинству людей живётся лучше чем Вам?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Вы часто расстраиваетесь из-за пустяков?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Вам часто хочется плакать?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Вам трудно сосредоточить внимание на той или иной деятельности?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Вы любите вставать по утрам?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Вы предпочитаете избегать больших компаний?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Вам легко принимать решения?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Ваш разум так же ясен, как и раньше?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Таблица А.7. - Калифорнийская шкала оценки одиночества (Revised UCLA Loneliness scale. Version 3)

**Инструкция:** укажите, как часто вы испытываете состояние, описанное в каждом нижеследующем пункте. Обведите кружком балл для каждого пункта «часто», «иногда», «редко» и «никогда».

Вопросы	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1. Вы чувствуете себя "на одной волне" с окружающими людьми?	1	2	3	4
2. Вы чувствуете недостаток в дружеском общении?	4	3	2	1
3. Вы чувствуете, что нет никого, к кому можно обратиться?	4	3	2	1
4. Вы чувствуете себя одиноким(-ой)?	4	3	2	1
5. Вы чувствуете себя частью группы друзей?	1	2	3	4
6. Вы чувствуете, что у Вас есть много общего с окружающими людьми?	1	2	3	4
7. Вы чувствуете, что Вы больше не испытываете близости к кому-либо?	4	3	2	1
8. Вы чувствуете, что окружающие Вас люди не разделяют Ваших интересов и идей?	4	3	2	1
9. Вы чувствуете себя открытым(-ой) для общения и дружелюбным?	1	2	3	4
10. Вы чувствуете близость, единение с другими людьми?	1	2	3	4
11. Вы чувствуете себя покинутым(-ой)?	4	3	2	1
12. Вы чувствуете, что Ваши отношения с другими поверхностны?	4	3	2	1
13. Вы чувствуете, что Вас никто не знает по-настоящему?	4	3	2	1
14. Вы чувствуете себя изолированным (-ой) от других?	4	3	2	1

15. Вы чувствуете, что можете найти себе компанию, если Вы этого захотите?	1	2	3	4
16. Вы чувствуете, что есть люди, которые Вас действительно понимают?	1	2	3	4
17. Вы чувствуете стеснительность?	4	3	2	1
18. Вы чувствуете, что есть люди вокруг Вас, но не с Вами?	4	3	2	1
19. Вы чувствуете, что есть люди, с которыми Вы можете поговорить?	1	2	3	4
20. Вы чувствуете, что есть люди, к которым Вы можете обратиться?	1	2	3	4
<b>ОБЩЕЕ КОЛ-ВО БАЛЛОВ</b>				

**Таблица А.8.** - Теста осознания времени Адриана Соломона (Time Awareness Test)

«КОГДА Я...»	Очень медленно	Медленно	Ни медленно ни быстро	Быстро	Очень быстро
1. Читаю	1	2	3	4	5
2. Ем	1	2	3	4	5
3. Один	1	2	3	4	5
4. С людьми.	1	2	3	4	5
5. Развлекаюсь	1	2	3	4	5
6. Занят	1	2	3	4	5
7. Свободен	1	2	3	4	5
8. Иду пешком	1	2	3	4	5
9. Определяю время в данном обследовании (эксперименте)	1	2	3	4	5
10. Я считаю, что время идет	1	2	3	5	5

**Таблица А.9.** – Тест выбор метафор М. Валача и Л. Грина (Time Metaphor Scale)

*Инструкция:* Как Вы думаете, на что похоже время? Подчеркни то выражение, которое соответствует Вашему представлению, или напиши свое.

РАНЬШЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ВАС ВРЕМЯ БЫЛО ПОХОЖЕ НА ...	СЕЙЧАС ВРЕМЯ ДЛЯ ВАС ВРЕМЯ ПОХОЖЕ ...
1. БЕГУЩИЙ ВОР	1. БЕГУЩИЙ ВОР
2. СПОКОЙНЫЙ ОКЕАН	2. СПОКОЙНЫЙ ОКЕАН
3. МЧАЩИЙСЯ ПОЕЗД	3. МЧАЩИЙСЯ ПОЕЗД
4. БУРЛЯЩИЙ ВОДОПАД	4. БУРЛЯЩИЙ ВОДОПАД
5. БЕЗБРЕЖНЫЙ ПРОСТОР	5. БЕЗБРЕЖНЫЙ ПРОСТОР
6. ТИХАЯ РЕЧКА	6. ТИХАЯ РЕЧКА
7. СКАЧУЩИЙ ВСАДНИК	7. СКАЧУЩИЙ ВСАДНИК
8. ПОЛЗУЩАЯ ЧЕРЕПАХА	8. ПОЛЗУЩАЯ ЧЕРЕПАХА

**Таблица А.10.** - Диагностическое интервью по круговому тесту Т. Коттла

- Почему круги времени пересекаются? (или не пересекаются)
- Почему Ваше прошлое время изображено таким по размеру?
- Можете выделить самые яркие положительные моменты (события) в Вашем прошлом?
- Можете выделить самые яркие отрицательные моменты (события) в Вашем прошлом?
- Почему Ваше настоящее время изображено таким по размеру?
- Можете ли Вы выделить самые яркие положительные моменты (события) в вашем настоящем?
- Можете ли Вы выделить самые яркие отрицательные моменты (события) в вашем настоящем?
- Почему ваше будущее время изображено таким по размеру?
- Видите ли, Вы себя в будущем?
- Чего Вы боитесь / остерегаетесь в будущем?

Таблица А.11. - Алгоритм количественной и качественной оценки полученных данных по круговому тесту Т. Коттла

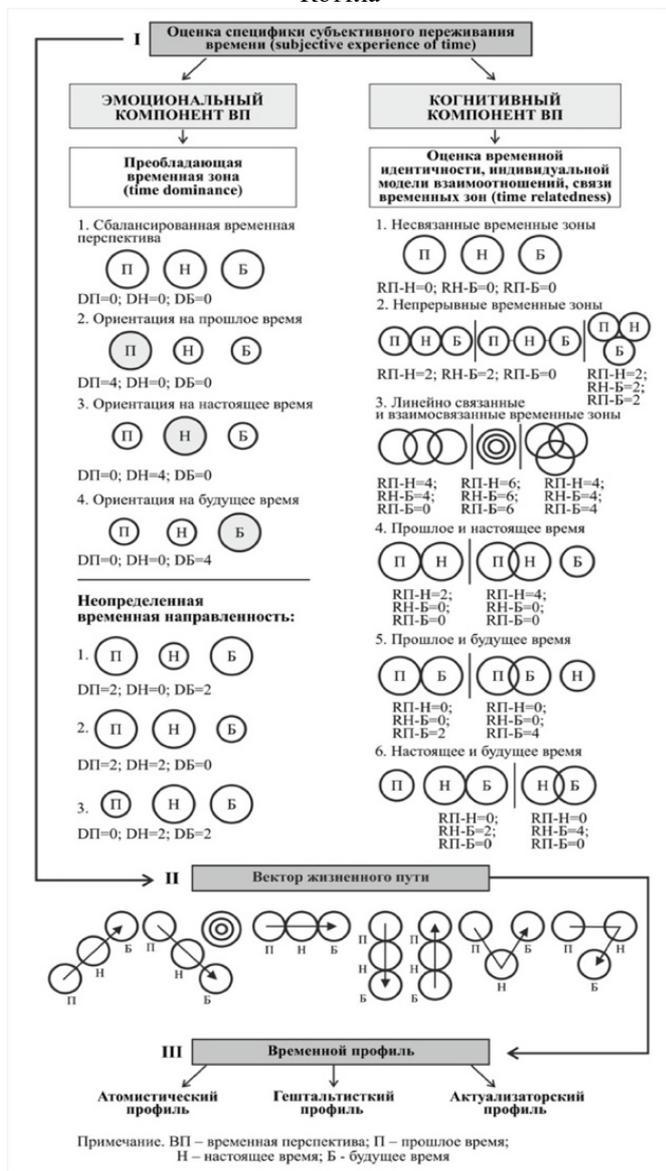


Таблица А.12. - Протокол теста на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий (Pragmatic interpretation short stories)

№ истории	ВОПРОСЫ					
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6
1.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б
2.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б
3.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б
4.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б

5.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б
6.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б
7.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б
8.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б
9.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б
10.	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б	ДА / НЕТ	ДА / НЕТ	А Б

**Таблица А.13.** - Тест на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий  
(Pragmatic interpretation short stories)

*Инструкция:* методика состоит из различных историй, в которых описываются проступки людей. После прочтения предложенной истории Вам необходимо будет ответить на 6 вопросов, выполненных в тестовом варианте, в которых нужно выбирать ответ «ДА» или «НЕТ», либо «А» или «Б». На поставленные вопросы нужно отвечать строго по порядку с 1 по 6. Выбранные Вами ответы на вопросы требуется отмечать в предложенном Вам протоколе. Обведите кружочком тот вариант ответа, который Вы выбрали. Внимательно следите за тем, чтобы номер вопроса и номер в протоколе совпадали. Если Вы ошиблись и хотите исправить ошибку, то зачеркните кружочек и поставьте его там, где нужно.

### ИСТОРИЯ № 1

Ольга и Дмитрий были женаты уже десять лет. Однажды коллега Ольги пригласил ее на ужин после работы. Ольге очень нравился этот мужчина, поэтому она согласилась на ужин. Она позвонила домой, сказав своему мужу Дмитрию, что её не будет дома на ужине, потому что у нее много дел на работе. Поэтому она задержится на работе допоздна. Повесив трубку, она пошла в ресторан с коллегой.

#### ВОПРОС № 1

**Ольга работала допоздна в тот вечер?** Да / Нет

Дмитрий не хотел готовить ужин и решил пойти в ресторан и взять еду с собой. Как только он вошел в ресторан, он увидел Ольгу, ужинающую с другим мужчиной. Он был в недоумении от увиденного. Их взгляды встретились.

#### ВОПРОС № 2

**Понял ли Дмитрий, что Ольга была на свидании, а не на работе?** Да / Нет

Ольга видела, как Дмитрий пришел и вышел из ресторана. Вовремя ужина коллега по работе спросил Ольгу: «Знает ли твой муж, что ты ужинаешь со мной сегодня вечером?»

#### ВОПРОС № 3

**Как Вы думаете, что Ольга ответила ему?**

- А) Да, мой муж знает, что я ужинаю с тобой.  
Б) Нет, мой муж не знает, что я ужинаю с тобой.

#### ВОПРОС № 4

**Думала ли Ольга, что сказанное ей - правда?** Да / Нет

Когда Ольга вернулась домой, Дмитрий спросил ее: «Выполнила ли ты свою работу до конца?» Ольга ответила: «Да, ты и так все знаешь, все успела сделать».

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

#### ВОПРОС № 5

**Когда Ольга сказала это своему мужу, думала ли она, что тот поверит ей?** Да / Нет

#### ВОПРОС № 6

**Когда Ольга сказала, что она успела сделать много дел по работе, она хотела:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.  
Б) Соstrить, чтобы скрыть смущение.

### ИСТОРИЯ № 2

Вика заметила, что у ее машины спустило колесо. Ей нужна была машина в тот вечер, и она попросила своего мужа Олега отремонтировать спустившееся колесо. Сама же Вика пошла в магазин, сказав, что вернется через два часа. Олег сказал Вике, что отремонтирует спустившееся колесо, пока ее не будет дома. Но, вместо этого он смотрел футбольный матч по телевизору со своим другом.

#### ВОПРОС № 1

**Олег отремонтировал спустившееся колесо?** Да / Нет

Вика вернулась через два часа. Прежде, чем она вошла в дом, она пошла в гараж посмотреть на машину и увидела, что Олег не отремонтировал спустившееся колесо.

#### ВОПРОС № 2

**Поняла ли Вика, что Олег не отремонтировал спустившееся колесо?** Да / Нет

Олег увидел, что Вика зашла в гараж. Во время просмотра матча, друг Олега спросил его: «А знает ли Вика, что ты не отремонтировал спустившееся колесо?»

**ВОПРОС № 3**

**Как Вы думаете, что Олег ответил своему другу?**

- А) Да, Вика знает, что я не отремонтировал колесо.  
Б) Нет, Вика не знает, что я не отремонтировал колесо.

**ВОПРОС № 4**

**Думал ли Олег, что сказано им - правда?** Да / Нет

Вика вошла в гостиную и спросила Олега: «Ты отремонтировал спустившееся колесо моей машины?» Он ответил: «Да, ты разве не увидела?».

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

**ВОПРОС № 5**

**Когда Олег это сказал Вике, думал ли он, что та поверит ему?**

Да / Нет

**ВОПРОС № 6**

**Когда Олег сказал, что отремонтировал машину, он хотел:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.  
Б) Сострить, чтобы скрыть смущение.

**ИСТОРИЯ № 3**

У Дарьи была прекрасная дача с огородом, на котором она все лето выращивала овощи. У ее соседки Ларисы был также огород, но все ее растения погибали. Лариса хотела порадовать мужа салатом из овощей, поэтому она решила сорвать помидоры с огорода Дарьи.

**ВОПРОС № 1**

**Лариса взяла помидоры в огороде Дарьи?** Да/Нет

В тот момент Дарья была на кухне и видела, как Лариса срывала помидоры с грядки.

**ВОПРОС № 2**

**Поняла ли Дарья, что Лариса сорвала помидоры с ее огорода?** Да/Нет

Когда Лариса собирала помидоры, она заметила, как Дарья смотрит на нее из окна. Во время ужина, муж Ларисы спросил у нее, откуда она взяла такие вкусные помидоры. Лариса сказала, что сорвала их с огорода Дарьи. Муж спросил у Ларисы: «Дарья знает, что ты сорвала их?»

**ВОПРОС № 3**

**Как вы думаете, что Лариса ответила ему?**

- А) Да, Дарья знает, что я сорвала ее помидоры.  
Б) Нет, Дарья не знает, что я сорвала ее помидоры.

**ВОПРОС № 4**

**Думала ли Лариса, что сказанное ей - правда?** Да/Нет

На следующий день, когда соседки встретились, Дарья спросила Ларису: «Ты случайно не знаешь, куда пропали помидоры с моей грядки?» Лариса ответила: «А разве их сейчас там нет?»

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

**ВОПРОС № 5**

**Когда Лариса ответила Дарье, что не знает, куда пропали помидоры, думала ли она, что та поверит ей?**

Да/Нет

**ВОПРОС № 6**

**Когда Лариса сказала, что не знает куда пропали помидоры, она хотела:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.  
Б) Сострить, чтобы скрыть смущение.

**ИСТОРИЯ № 4**

Алена работала в школе. Большинство коллег приносили завтраки и обеды с собой и хранили их в одном холодильнике в учительской. Алена часто забывала обед. Однажды она, снова не взяв еду, решила, что возьмет что-нибудь у других, чтобы пообедать. Открыв холодильник, она взяла бутерброд из обеденного контейнера коллеги Саши.

**ВОПРОС № 1**

**Алена взяла чужой бутерброд?** Да/Нет

Проходя мимо кухни, Саша случайно заметила, как Алена подошла к холодильнику и взяла ее бутерброд. Их взгляды пересеклись.

**ВОПРОС № 2**

**Поняла ли Саша, что Алена взяла ее бутерброд?** Да/Нет

Когда Алена ела бутерброд, ей позвонила сестра и сказала, что та забыла обед. Алена сказала своей сестре: «Ничего страшного, я взяла бутерброд у своей коллеги - Саши». Сестра Алены спросила: «Саша знает, что ты взяла ее бутерброд?»

**ВОПРОС № 3**

**Как Вы думаете, что Алена ответила ей?**

- А) Да, Саша знает, что я взяла ее бутерброд.  
Б) Нет, Саша не знает, что я взяла ее бутерброд.

**ВОПРОС № 4**

**Думала ли Алена, что сказанное ей - правда?** Да/Нет

После обеда Саша спросила Алену: «Тебе понравился мой бутерброд?» Алена ответила: «А разве твоего бутерброда нет на месте? Это странно!».

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

**ВОПРОС № 5**

**Когда Алена ответила так Саше, думала ли она, что та поверит ей?** Да/Нет

**ВОПРОС № 6**

**Когда Алена сказала, что не ела Сашин бутерброд, она хотела:**

А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.

Б) Сострить, чтобы скрыть смущение.

Инна только что развелась и чувствовала себя одинокой. Она любила делиться своими проблемами с Оксаной, потому что та терпеливо выслушивала ее. Но, спустя некоторое время, Оксане наскучили проблемы Инны. Однажды Инна позвала Оксану на обед. Та не хотела идти, потому что знала, что она вновь будет выслушивать проблемы Инны. Оксана извинилась и отказалась, сказав что ей нужно к врачу. Вместо этого она сходилa на обед с другой подругой.

**ВОПРОС № 1**

**Оксана пошла к врачу?** Да/Нет

Несмотря на это, Инна все равно решила пойти пообедать. Когда она вошла в кафе, она увидела, как Оксана обедает с другой подругой.

**ВОПРОС № 2**

**Поняла ли Инна, что Оксана не на приеме у врача?** Да/Нет

Взгляды Инны и Оксаны встретились, и Инна тут же вышла из кафе. Подруга Оксаны видела, что Инна заходила в кафе и спросила: «Инна знает, что на самом деле ты не на приеме у врача?»

**ВОПРОС № 3**

**Как Вы думаете, что ответила Оксана?**

А) Да, Инна знает об этом.

Б) Нет, Инна не знает об этом.

**ВОПРОС № 4**

**Думала ли Оксана, что сказанное ей - правда?** Да/Нет

На следующий день Инна подошла к Оксане и спросила ее: «Как ты сходилa к врачу?» Оксана ответила: «Не бери в голову, разве в наши годы важно ходить к врачу?».

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

**ВОПРОС № 5**

**Когда Оксана так ответила Инне, думала ли она, что та поверит ей?** Да/Нет

**ВОПРОС № 6**

**Когда Оксана сказала, что «не бери в голову...», она хотела:**

А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.

Б) Сострить, чтобы скрыть смущение

### ИСТОРИЯ № 6

Александра испекла пирожки с разными начинками для своей мамы. Она попросила мужа Вадима не есть пирожки, т.к. он был на строгой диете. Она пошла в магазин. Пока ее не было дома, пришел друг ее мужа. Вадим был голоден и несмотря на диету съел несколько пирожков, в то время как его друг отлучился в туалет.

**ВОПРОС № 1**

**Вадим съел пирожки?** Да/Нет

Александра забыла кое-что дома и решила вернуться. Войдя в квартиру, она увидела, как Вадим на кухне ест пирожки.

**ВОПРОС № 2**

**Поняла ли Александра, что Вадим ел пирожки?** Да/Нет

Вадим не заметил, что его жена наблюдала за ним. В то время, пока он ел пирожки, его друг вернулся и спросил Вадима о том, знает ли его жена, что он перестал соблюдать диету?

**ВОПРОС № 3**

**Как Вы думаете, что Вадим ответил своему другу?**

А) Да, жена знает, что я перестал соблюдать диету.

Б) Нет, жена не знает, что я перестал соблюдать диету.

**ВОПРОС № 4**

**Думал ли Вадим, что сказанное им - правда?** Да/Нет

По возвращению Александра, зайдя на кухню, спросила мужа, трудно ли ему придерживаться диеты. Вадим ответил: «Не трудно. Хотя твои пирожки вкусно пахли, я не притрагивался к ним».

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

**ВОПРОС № 5**

**Когда Вадим сказал Александре, что ему было не сложно соблюдать диету, думал ли он, что та поверит ему?**

Да/Нет

**ВОПРОС № 6**

**Когда Вадим, сказал, что ему было не сложно соблюдать диету, он хотел:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.
- Б) Сострить, чтобы скрыть смущение.

#### ИСТОРИЯ № 7

Антон не хотел идти на работу. Он хотел пойти с друзьями на футбол. На работе он сказал, что заболел.

##### ВОПРОС № 1

**Антон был болен?** Да/Нет

На игре Антон был настолько увлечен игрой, что не заметил своего начальника, сидящего в нескольких рядах от него. Начальник, осмотрев трибуны, увидел Антона.

##### ВОПРОС № 2

**Понял ли начальник, что Антон не болен?** Да/Нет

Антон не заметил своего начальника. Друзья спросили Антона, знает ли его начальник, что он сейчас на футбольном матче?

##### ВОПРОС № 3

**Как вы думаете, что Антон ответил своим друзьям?**

- А) Да, мой начальник знает, что я сейчас на игре.
- Б) Нет, мой начальник не знает, что я сейчас на игре.

##### ВОПРОС № 4

**Думал ли Антон, что сказанное им - правда?** Да/Нет

Начальник решил не подходить к Антону на игре, а поговорить с ним на работе.

На следующий день начальник пригласил Антона в свой кабинет. Он спросил, оправился ли тот от болезни. Антон ответил: «Все в порядке. Я весь день провел в постели и лечился».

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

##### ВОПРОС № 5

**Когда Антон сказал начальнику, что весь день провел в постели и лечился, думал ли он, что тот поверит ему?** Да/Нет

##### ВОПРОС № 6

**Когда Антон сказал, что весь день провел в постели и лечился, он хотел:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.
- Б) Сострить, чтобы скрыть смущение.

#### ИСТОРИЯ № 8

Светлана хотела новое платье, чтобы пойти на вечеринку. Она зашла в магазин в котором работала ее подруга Юлия. В этом магазине ей приглянулось платье, которое было слишком дорогим. Светлана не хотела тратить так много денег, поэтому в примерочной она оторвала бирку и спрятала платье в свою сумку.

##### ВОПРОС № 1

**Светлана спрятала платье в свою сумку?** Да/Нет

Когда Светлана уходила из магазина, Юлия не заметила у нее в руках платья, однако лямка платья выглядывала из сумки Светланы. После ухода Светланы из магазина Юлия проверила примерочную и не обнаружила там платья.

##### ВОПРОС № 2

**Поняла ли Юлия, что Светлана украла платье?** Да/Нет

Юлия решила не сообщать об этом охране, потому что Светлана была ее близкой подругой. Дома Светлана показала своему мужу новое платье. Она рассказала ему, как получила его. Муж спросил Светлану: «Знает ли Юлия, что ты украла платье?»

##### ВОПРОС № 3

**Как Вы думаете, что Светлана ответила своему мужу?**

- А) Да, Юлия знает, что я украла платье.
- Б) Нет, Юлия не знает, что я украла платье.

##### ВОПРОС № 4

**Думала ли Светлана, что сказанное ей - правда?** Да/Нет

На следующий день на вечеринке Светлана увидела Юлию. Юлия спросила Светлану: «Когда ты успела купить это платье?» Светлана ответила: «Я заехала в твой магазин сегодня утром и купила это платье у твоей коллеги».

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

##### ВОПРОС № 5

**Когда Светлана сказала Юлии, что купила платье сегодня утром, думала ли она, что та поверит ей?** Да/Нет

##### ВОПРОС № 6

**Когда Светлана сказала, что купила платье сегодня утром, она хотела:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.
- Б) Сострить, чтобы скрыть смущение.

#### ИСТОРИЯ № 9

Тамаре было за 60 лет. Всем ее друзьям было за 65 лет. На 63 день рождения Тамары она с друзьями отправилась сначала в кино, а потом поужинать. Каждый из ее друзей в кино получил скидку 50%, т.к. на них действовала скидка для пенсионеров после 65 лет. Тамара сказала кассирше, что ей 65, и она тоже имеет право на скидку.

**ВОПРОС № 1**

**Тамаре было 65 лет?** Да/Нет

Тамара достала деньги из кошелька. Когда она отходила от кассы, из ее сумки случайно выпал паспорт и раскрылся. Кассирша заметила паспорт и подняла его, когда Тамара уже вошла в кинотеатр. Посмотрев паспорт, кассирша поняла, что Тамаре не было 65 лет.

**ВОПРОС № 2**

**Поняла ли кассирша из кинотеатра, что Тамаре не было 65 лет?** Да/Нет

После того, как фильм закончился, кассирша попыталась разыскать Тамару для того, чтобы вернуть ей паспорт, но так и не смогла ее найти. Вечером Тамара рассказала своему мужу о том, как она получила скидку в кинотеатре. Муж спросил Тамару, могла ли узнать кассирша, что ей еще не было 65 лет?

**ВОПРОС № 3**

**Как Вы думаете, что Тамара ответила своему мужу?**

- А) Да, кассирша знала, что мне еще нет 65 лет.  
Б) Нет, кассирша не знала, что мне еще нет 65 лет.

**ВОПРОС № 4**

**Думала ли Тамара, что сказанное ей - правда?** Да/Нет

На следующий день Тамара вернулась в тот же кинотеатр и встретила ту же кассиршу. Та спросила Тамару, хочет ли она воспользоваться скидкой для пенсионеров снова. Тамара ответила, что конечно же хочет эту скидку.

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

**ВОПРОС № 5**

**Когда Тамара ответила кассирше, думала ли она, что та поверит ей?** Да/Нет

**ВОПРОС № 6**

**Когда Тамара ответила кассирше, она хотела:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.  
Б) Соstrить, чтобы скрыть смущение.

**ИСТОРИЯ № 10**

Алина хотела стать профессиональным поваром. По вечерам она стала брать уроки кулинарии. Однажды вечером она решила дать попробовать одно из своих приготовленных блюд соседке Зое. Блюдо было безвкусным и сухим. Зоя заставила себя съесть как можно больше, чтобы Алина не расстраивалась. Когда Алина ушла на кухню, Зоя стала прятать наиболее сухие куски блюда в салфетку.

**ВОПРОС № 1**

**Зоя спрягала невкусные куски блюда в салфетку?** Да/Нет

Из кухни Алина видела, как Зоя кладет куски блюда в салфетку.

**ВОПРОС № 2**

**Поняла ли Алина, что Зоя кладет куски на свою салфетку?** Да/Нет

Зоя не заметила, что Алина видела, как она положила еду в салфетку. Тем вечером Зоя рассказала своей подруге про ужасно невкусный ужин, которой приготовила Алина. Она рассказала, как спрягала часть блюда из своей тарелки в салфетку. Ее подруга спросила: «Знает ли Алина, что ты на самом деле почти ничего не съела?»

**ВОПРОС № 3**

**Как вы думает, что ответила Зоя своей подруге?**

- А) Да, Алина знает, что я почти ничего не съела.  
Б) Нет, Алина не знает, что я почти ничего не съела.

**ВОПРОС № 4**

**Думала ли Зоя, что сказанное ей - правда?** Да/Нет

На следующий день Алина спросила Зою, понравился ли ей ужин, приготовленный ею вчера. Зоя ответила, что все было очень вкусно.

**Вспомните все, что произошло в рассказе ранее и ответьте на следующие вопросы**

**ВОПРОС № 5**

**Когда Зоя сказала Алине, что ужин ей очень понравился, думала ли она, что та поверит ей?** Да/Нет

**ВОПРОС № 6**

**Когда Зоя сказала, что ужин ей очень понравился, она хотела:**

- А) Солгать, чтобы избежать разоблачения.  
Б) Соstrить, чтобы скрыть смущение.

**Таблица А.14.** - Ключ к тесту на оценку способности прагматической интерпретации жизненных событий  
(Pragmatic interpretation short stories)

№ истории	Фактический вопрос	Вопрос первого порядка	Вопрос второго порядка	Уточняющий (проверяющий) вопрос второго порядка	Вопрос ожидания	Вопрос на понимание	Тип истории
	1 вопрос	2 вопрос	3 вопрос	4 вопрос	5 вопрос	6 вопрос	
1	нет	да	Б	да	да	Б	Ирония
2	нет	да	Б	да	да	Б	Ирония
3	да	да	А	да	нет	Б	Ирония
4	да	да	Б	да	да	Б	Ирония

5	нет	да	А	да	нет	Б	Ирония
6	да	да	Б	да	да	А	обман
7	нет	да	Б	да	да	А	обман
8	да	да	Б	да	да	А	обман
9	нет	да	Б	да	да	А	обман
10	да	да	Б	да	да	А	обман

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б АНАЛИЗ КОМПОНЕНТОВ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

**Таблица Б.1.** - Распределение значений общего показателя качества жизни и его компонентов (по WHOQOL-BREF) у трех групп в зависимости от субъективной оценки себя больным

Группы	Оценка себя больным	Индекс КЖ	ФЗ	ПЗ	СО	ОКР_С
55-60	+	187,4	48,02	50,6	40,2	44,1
	-	240	56,4	61,8	65,5	56,08
	p	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>
61-74	+	169,2	44,8	45,4	35,9	40,1
	-	195,04	49,3	52,5	45,1	46,4
	p	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>
75-90	+	144	37,6	39,7	32,6	33,2
	-	170,5	41,2	47,3	38,8	40,1
	p	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>

**Примечание.** КЖ – качество жизни; О-КЖ - общий показатель качества жизни; ФЗ – физическое здоровье; ПЗ – психологическое здоровье; СО – социальные отношения, ОКР\_С – окружающая среда и ее безопасность. + - считают себя больными, - - не считают себя больными.

**Таблица Б.2.** - Распределение значений общего показателя качества жизни и его компонентов (по WHOQOL-BREF) у респондентов трех групп в зависимости от субъективной оценки качества жизни

Группы	Оценка КЖ	Индекс КЖ	ФЗ	ПЗ	СО	ОКР_С
55-60	<3	211	46,2	43	36	48,8
	>3	216	53,3	57,5	55,6	50,7
	p	<b>0,05</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,05</b>
61-74	<3	158,3	41,5	39,3	35,1	42,06
	>3	189,2	49,4	52,1	43,4	44,4
	p	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,05</b>	<b>0,01</b>	<b>0,05</b>
75-90	<3	117,3	32,1	36,1	25,6	32
	>3	164,8	41,2	44,09	38,1	37,8
	p	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,05</b>

**Примечание.** КЖ – качество жизни; О-КЖ - общий показатель качества жизни; ФЗ – физическое здоровье; ПЗ – психологическое здоровье; СО – социальные отношения; ОКР\_С – окружающая среда и ее безопасность. <3 - оценка состояния здоровья «очень плохо», «плохо», «ни плохо, ни хорошо»; >3 – оценка состояния здоровья «хорошо», «очень хорошо».

**Таблица Б.3.** - Распределение значений общего показателя качества жизни и его компонентов по WHOQOL-BREF у респондентов трех групп в зависимости от субъективной оценки состояния здоровья

Группы	Оценка состояния здоровья	Индекс КЖ	ФЗ	ПЗ	СО	ОКР_С
55-60	<3	198,2	49,3	53,7	46,1	45,1
	>3	240	56,8	60,5	65,8	58,2
	p	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>
61-74	<3	171,4	45,6	46,2	39,6	40,2
	>3	230	56,3	62,6	50,8	59,7
	p	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,01</b>
75-90	<3	148,3	38,7	41,6	32,5	34,9
	>3	183	39,4	45,3	54,1	40,8
	p	<b>0,01</b>	-	<b>0,05</b>	<b>0,01</b>	<b>0,05</b>

Примечание. КЖ – качество жизни; О-КЖ - общий показатель качества жизни; ФЗ – физическое здоровье; ПЗ – психологическое здоровье; СО – социальные отношения; ОКР\_С – окружающая среда и ее безопасность; <3 – оценка состояния здоровья «очень плохо», «плохо», «ни плохо, ни хорошо»; >3 – оценка состояния здоровья «хорошо», «очень хорошо».

**Таблица Б.4. - Сравнительный анализ субкомпонентов качества жизни (WHOQOL-BREF) у респондентов трех групп**

№	Субкомпоненты качества жизни	55-60 лет n=120			61-74 лет n=120			75-90 лет n=50		
		<3	3	>3	<3	3	>3	<3	3	>3
3.	Физическая боль*	50(60)	14(17)	36(43)	35(42)	33(40)	32(38)	20(10)	24(12)	56(28)
4.	Потребность в медицинской помощи*	45(54)	23(28)	32(39)	41(49)	31(37)	28(34)	8(4)	32(16)	60(30)
5.	Удовлетворенность жизнью	17(20)	30(36)	53(64)	22(26)	50(60)	28(34)	30(15)	58(29)	12(6)
6.	Наличие смысла жизни	14(17)	26(31)	60(71)	26(32)	37(44)	37(44)	40(20)	42(21)	18(9)
7.	Концентрация внимания	9(11)	44(53)	47(56)	15(18)	35(42)	50(60)	18(9)	64(32)	18(9)
8.	Безопасность в жизни	8(10)	55(66)	37(44)	28(33)	30(36)	42(51)	36(18)	52(26)	12(6)
9.	Безопасность окружающей среды	13(16)	57(68)	30(36)	35(42)	38(46)	27(32)	42(21)	44(22)	14(7)
10.	Наличие сил и энергичности	13(16)	38(46)	49(58)	32(38)	35(42)	33(40)	44(22)	42(21)	14(7)
11.	Образ тела и внешность	36(43)	23(28)	41(49)	38(47)	13(16)	49(57)	34(17)	66(33)	0
12.	Финансовые ресурсы	52(63)	38(45)	10(12)	47(56)	31(37)	22(27)	62(31)	26(13)	12(6)
13.	Возможности получения новой информации	18(21)	33(40)	49(59)	10(12)	35(42)	55(66)	16(8)	62(31)	22(11)
14.	Возможности для отдыха и развлечений	35(42)	49(59)	16(19)	49(59)	28(33)	23(28)	46(24)	44(22)	10(4)
15.	Подвижность	10(12)	35(42)	55(66)	20(23)	26(32)	54(65)	44(22)	42(21)	14(7)
16.	Качество сна	26(32)	28(33)	46(55)	36(43)	32(38)	32(39)	48(19)	30(15)	32(16)
17.	Способность выполнять повседневные дела	13(16)	38(46)	49(58)	14(17)	49(58)	37(45)	42(21)	48(25)	10(4)
18.	Способность к работе	25(30)	21(25)	54(65)	26(31)	38(46)	36(43)	44(22)	46(24)	10(4)
19.	Самооценка	21(25)	26(32)	53(63)	14(17)	60(72)	26(31)	42(21)	48(25)	10(4)
20.	Личные взаимоотношения	15(18)	23(28)	62(74)	24(29)	46(55)	30(36)	34(17)	42(21)	24(12)
21.	Сексуальная активность	40(48)	16(19)	44(53)	53(63)	30(36)	17(21)	58(29)	28(14)	14(7)
22.	Наличие поддержки	15(18)	20(24)	65(78)	18(22)	38(45)	44(53)	20(10)	62(31)	18(9)
23.	Окружающая среда дома	14 (17)	28(34)	58(69)	17(20)	20(24)	63(76)	10(5)	62(31)	28(14)
24.	Медицинская помощь	27(33)	46(54)	27(33)	31(35)	38(48)	31(37)	22(11)	46(23)	32(16)
25.	Транспорт	13(16)	27(32)	60(72)	13(16)	34(40)	53(64)	34(18)	48(23)	18(9)
26.	Эмоциональное состояние*	42(50)	26(31)	32(39)	38(48)	47(56)	15(18)	44(21)	22(11)	34(18)

Примечание. № - номер вопроса в опроснике качества жизни WHOQOL-BREF. Большинство параметров оцениваются в прямом порядке. <3 – вовсе нет, немного; 3 – умеренно; >3 – в значительной степени, чрезмерно. Параметры со звездочкой оцениваются в обратном порядке: 5-вовсе нет, 4-немного, 3-умеренно, 2-в значительной степени, 1 – чрезмерно.

## ПРИЛОЖЕНИЕ В АНАЛИЗ СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ И ЧУВСТВА ОДИНОЧЕСТВА

**Таблица В.1. - Анализ симптомов депрессии (по GDS-30) у респондентов трех групп в %**

№	Симптомы депрессии	55-60 лет n=120		61-74 лет n=120		75-90 лет n=50	
		+	-	+	-	+	-
1.	Удовлетворенность жизнью	73(88)	27(32)	52(62)	48(58)	76(38)	24(12)
2.	Сужение круга интересов	50(60)	50(60)	51(61)	49(59)	56(28)	44(22)

3.	Чувство опустошённости	33(40)	67(80)	40(48)	60(72)	52(26)	48(24)
4.	Скука	23(28)	77(92)	41(49)	59(71)	42(21)	58(29)
5.	Наличие надежды на будущее	71(85)	29(35)	53(63)	47(57)	36(18)	64(32)
6.	Тревожные руминации	65(78)	35(42)	66(79)	34(41)	76(38)	24(12)
7.	Сниженный фон настроения	75(90)	25(30)	64(77)	36(43)	62(31)	38(19)
8.	Мысли о том, что что-то случится	32(38)	68(82)	52(62)	48(58)	54(27)	46(23)
9.	Ощущение счастья	53(63)	47(57)	47(56)	53(64)	64(32)	36(18)
10.	Чувство беспомощности	27(32)	73(88)	37(44)	63(76)	46(23)	54(27)
11.	Тревога	48(58)	52(62)	59(71)	41(49)	76(38)	24(12)
12.	Избегающее поведение	42(50)	58(70)	51(61)	49(59)	42(21)	58(29)
13.	Тревога за будущее	59(71)	41(49)	53(64)	47(56)	54(27)	46(23)
14.	Проблемы с памятью	27(32)	73(88)	28(34)	72(86)	56(28)	44(22)
15.	Смысл жизни	78(93)	22(27)	68(82)	32(38)	52(26)	48(24)
16.	Чувство грусти и печали	38(46)	62(74)	51(61)	49(59)	76(38)	24(12)
17.	Мысли обесценивание	20(24)	80(96)	36(43)	64(77)	68(34)	32(16)
18.	Тревога о прошлом	26(31)	74(89)	35(42)	65(78)	20(10)	80(40)
19.	Интерес к жизни	68(82)	32(38)	56(67)	44(53)	28(14)	72(36)
20.	Построение планов на будущее	35(42)	65(78)	51(61)	49(59)	58(29)	42(21)
21.	Мысли о безнадежности	49(59)	51(61)	45(54)	55(66)	34(17)	66(33)
22.	Усталость, утомляемость	16(19)	84(101)	32(38)	68(82)	26(13)	74(37)
23.	Мысли о том что другим лучше	34(41)	66(79)	37(44)	63(76)	50(25)	50(25)
24.	Склонность расстраиваться по пустякам	53(63)	47(57)	53(63)	47(57)	70(35)	30(15)
25.	Слезливость	32(39)	68(81)	46(55)	54(65)	44(22)	56(28)
26.	Концентрация внимания	30(36)	70(84)	36(43)	64(77)	50(25)	50(25)
27.	Состояние разбитости	40(48)	60(72)	56(67)	44(53)	56(28)	44(22)
28.	Избегание общественных мест	40(48)	60(72)	57(68)	43(52)	60(30)	40(20)
29.	Трудности в принятии решений	58(69)	42(51)	51(61)	49(59)	48(24)	52(26)
30.	Наличие изменений в мышлении	65(78)	35(42)	60(72)	40(48)	48(24)	52(26)

Примечание. № - номер вопроса из гериатрической шкалы оценки депрессии. Параметр оценки – этот аспект, который оценивается с помощью вопроса из шкалы. + - ответ “ДА”, - ответ “НЕТ”.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Г. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Таблица Г.1. - Корреляционные связи между индивидуальными вариантами субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и показателями нейропсихиатрического статуса у респондентов 55-60 лет

Подгруппы	Параметры	Компоненты нейропсихиатрического статуса			
		CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Идентично (n=23)	Субъективный возраст	-	-	0,762**	0,481**
	<b>Компоненты субъективного возраста:</b>				
	Биологический возраст ( <b>Чувствует</b> )	-	-	0,335*	-
	Эмоциональный возраст ( <b>Выглядит</b> )	-	-	0,282*	-
	Социальный возраст ( <b>Действует</b> )	-	-	0,234*	-
	Интеллектуальный возраст ( <b>Интересы</b> )	-	-	-	-
Моложе (n=91)	Субъективный возраст	0,322*	-	0,654**	0,309*
	<b>Компоненты субъективного возраста:</b>				
	Биологический возраст ( <b>Чувствует</b> )	0,245*	-	-0,285*	-
	Эмоциональный возраст ( <b>Выглядит</b> )	-	-	0,316*	0,292*
	Социальный возраст ( <b>Действует</b> )	-	-	-0,338*	-
	Интеллектуальный возраст ( <b>Интересы</b> )	-	-	-	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01; \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

Таблица Г.2. - Корреляционные связи между индивидуальными вариантами субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и показателями нейропсихиатрического статуса у респондентов 61-74 лет

лет

Параметры		Нейропсихиатрический статус			
		CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Идентично (n=19)	Субъективный возраст	-	-	-0,482**	-0,641**
	Компоненты субъективного возраста:				
	Биологический возраст (чувствует)	-	-	-0,310*	-0,250*
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-	-	0,328*	-
	Социальный возраст (действует)	-	-	-0,225*	-
	Интеллектуальный возраст (интересы)	-	-	-0,342*	-0,529**
Моложе (n=91)	Субъективный возраст	-0,520**	-	-0,564**	-0,677**
	Компоненты субъективного возраста:				
	Биологический возраст (чувствует)	-0,300*	-	-0,677**	-0,535**
	Эмоциональный возраст (выглядит)	0,328*	-	0,255*	-
	Социальный возраст (действует)	-0,382*	-	-	-0,564**
	Интеллектуальный возраст (интересы)	-	-	-	-0,209

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01; \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Г.3.** - Корреляционные связи между индивидуальными вариантами субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и нейропсихиатрическим статусом у респондентов 75-90 лет

Параметры	Нейропсихиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Субъективный возраст	-	-	-0,738**	-0,236*
Компоненты субъективного возраста:				
Биологический возраст (чувствует)	-0,316*	-	-0,632**	-0,250*
Эмоциональный возраст (выглядит)	-	-	-0,342*	-
Социальный возраст (действует)	-	-	-	-
Интеллектуальный возраст (интересы)	-	-	-	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01; \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Г.4.** - Корреляционные связи между индивидуальными вариантами оценок субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и показателями удовлетворенности качеством жизни (WHOQOL-BREF) у респондентов 55-60 лет

Параметры		Индекс КЖ	Компоненты качества жизни			
			ФЗ	ПЗ	СО	ОКР
Идентично (n=23)	Субъективный возраст	0,807**	0,762**	0,523**	-	-
	Компоненты субъективного возраста:					
	Биологический возраст (Чувствует)	0,232*	-	0,412**	-	0,274*
	Эмоциональный возраст (Выглядит)	0,411**	0,223*	0,360*	-	-
	Социальный возраст (Действует)	0,330*	0,405**	0,234*	0,272*	-
	Интеллектуальный возраст (Интересы)	0,390**	-	-	0,388**	-
Моложе (n=91)	Субъективный возраст	0,656**	0,585**	0,317*	0,245*	0,285*
	Компоненты субъективного возраста:					
	Биологический возраст (Чувствует)	0,370*	0,300*	-	0,316*	-
	Эмоциональный возраст (Выглядит)	-	-	0,211*	-	-
	Социальный возраст (Действует)	0,364*	-	-	0,246*	-
	Интеллектуальный возраст (Интересы)	-	-	-	-	-

Примечание: КЖ-качество жизни, ФЗ – физическое здоровье, ПЗ-психологическое здоровье, СО-социальные отношения, ОКР-окружающая среда и ее безопасность. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01; \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Г.5.** - Корреляционные связи между индивидуальными вариантами оценок субъективного возраста (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и показателями удовлетворенности качеством жизни (WHOQOL-BREF) у респондентов 61-74 лет

Параметры		Индекс КЖ	Компоненты качества жизни			
			ФЗ	ПЗ	СО	ОКР
Идентично (n=19)	Субъективный возраст	0,309*	0,428**	0,316*	0,312*	-
	Компоненты субъективного возраста:					
	Биологический возраст (Чувствует)	0,529**	-	0,543**	0,274*	0,243*
	Эмоциональный возраст (Выглядит)	-	0,242*	0,239*	0,242*	-
	Социальный возраст (Действует)	-	0,311*	0,231*	0,309*	-
	Интеллектуальный возраст (Интересы)	-	-	0,372*	-	-
Моложе (n=92)	Субъективный возраст	0,656**	0,585**	0,317*	0,245*	0,285*
	Компоненты субъективного возраста:					
	Биологический возраст (Чувствует)	0,370*	0,300*	-	0,316*	-
	Эмоциональный возраст (Выглядит)	-	-	0,211*	-	-
	Социальный возраст (Действует)	-	-	-	0,246*	-
	Интеллектуальный возраст (Интересы)	-	-	-	-	-

Примечание: КЖ-качество жизни, ФЗ – физическое здоровье, ПЗ-психологическое здоровье, СО-социальные отношения, ОКР-окружающая среда и ее безопасность. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01; \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Г.6.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и ориентировкой во времени (по МоСА) у респондентов **55-60 лет** с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы	Субъективный возраст и его компоненты (Когнитивная шкала оценки субъективного возраста Б. Барака)	Ориентировка в текущем времени (по МоСА)
Идентично (n=23)	Общий показатель субъективного возраста	-0,340**
	Субъективный биологический возраст ( <b>чувствует</b> )	-0,210*
	Эмоциональный возраст ( <b>выглядит</b> )	-
	Социальный возраст ( <b>действует</b> )	-
	Интеллектуальный возраст ( <b>интересы</b> )	-
Моложе (n=91)	Общий показатель субъективного возраста	0,300**
	Субъективный биологический возраст ( <b>выглядит</b> )	0,321**
	Эмоциональный возраст ( <b>чувствует</b> )	-
	Социальный возраст ( <b>действует</b> )	0,319**
	Интеллектуальный возраст ( <b>интересы</b> )	-

**Примечание.** \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Г.7.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и ориентировкой во времени (по МоСА) у респондентов **61-74 лет** с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы	Субъективный возраст и его компоненты (Когнитивная шкала оценки субъективного возраста Б. Барака)	Связанность временных зон по круговому тесту Т. Котгла
Идентично (n=19)	Общий показатель субъективного возраста	-0,349**
	Субъективный биологический возраст ( <b>чувствует</b> )	-0,210*
	Эмоциональный возраст ( <b>выглядит</b> )	-
	Социальный возраст ( <b>действует</b> )	-
	Интеллектуальный возраст ( <b>интересы</b> )	-
Моложе (n=92)	Общий показатель субъективного возраста	0,367**
	Субъективный биологический возраст ( <b>чувствует</b> )	0,300**
	Эмоциональный возраст ( <b>выглядит</b> )	0,230*
	Социальный возраст ( <b>действует</b> )	-
	Интеллектуальный возраст ( <b>интересы</b> )	-

**Примечание.** \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д КАТЕГОРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОНЯТИЯ ВРЕМЕНИ ПРИ ВЕРБАЛЬНОЙ И НЕВЕРБАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ

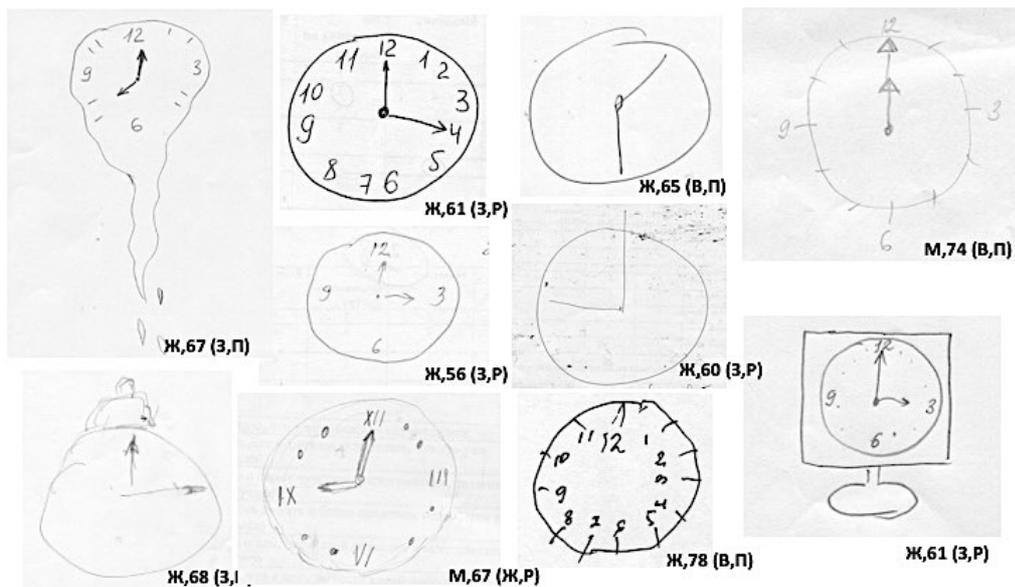
**Таблица Д.1.** - Категории определения понятия «время» при *вербальной оценке* (метод определения понятий) в общей выборке респондентов пожилого и старческого возраста

Ранг	Категории определения понятия	Кол-во лексических единиц	Частота встречаемости в (%)
1.	Жизнь	143	49
2.	Вода, море, река	41	14
3.	Минута, секунда	38	13
4.	Дорога, поезд	29	10
5.	Капли дождя, песок сквозь пальцы,	27	9
6.	Миг	28	9
7.	Время года (их перечисление)	18	6
8.	Бесконечность	17	5
9.	Время суток	15	5
10.	Течение	16	5
11.	Медленно	14	4
12.	Часы (средство измерения времени)	11	3
13.	Промежуток, отрезок, интервал	11	3
14.	Год, век	7	2
15.	Быстро	7	2
16.	Движение	7	2
17.	Не хватает	6	2
18.	Момент	5	1
19.	Стрела	4	1
20.	Поток	3	1
21.	Единица измерения пространства	2	1
		<b>Σ=408</b>	

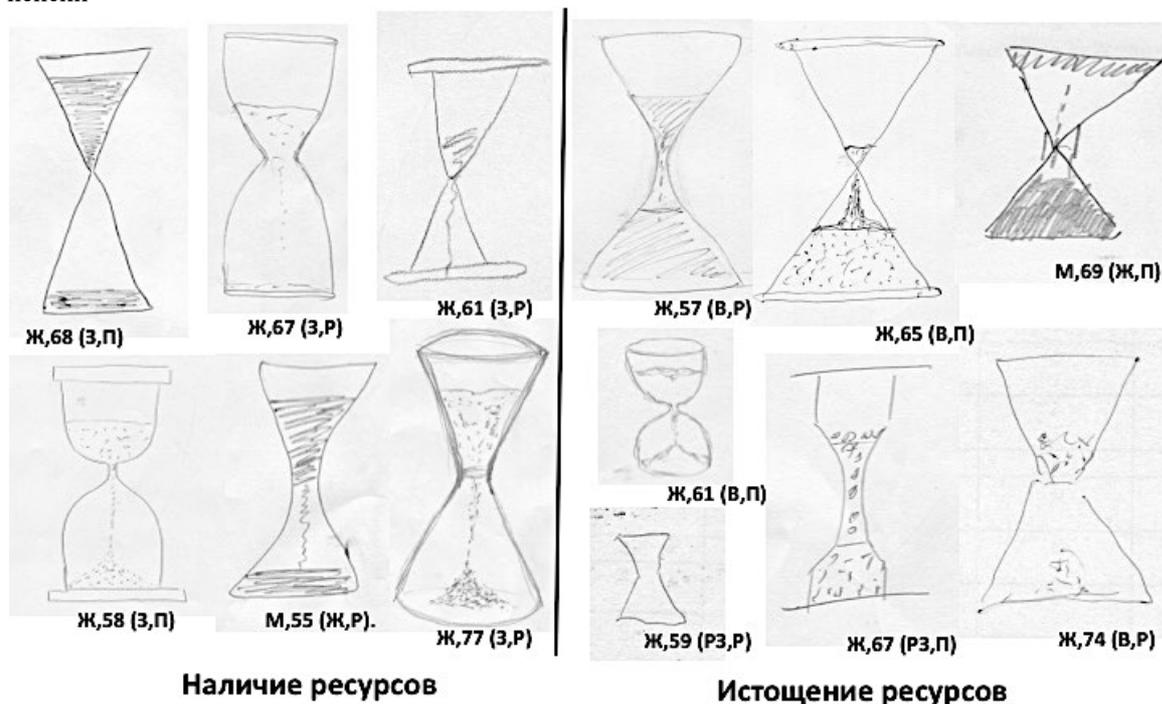
**Таблица Д.2.** - Категории определения понятия «время» при невербальной оценке (метод рисунка) в общей выборке респондентов пожилого и старческого возраста

Ранг	Категории определения понятия времени	Кол-во невербальных единиц	Частота встречаемости в (%)
1.	Циферблат часов	51	17
2.	Песочные часы	33	11
3.	Спираль	29	10
4.	Река	28	10
5.	Дерево	22	7
6.	Волна	21	7
7.	Дорога	19	6
8.	Вектор	17	6
9.	Поезд	16	5
10.	Отрезок	15	5
11.	Человек	11	4
12.	Бесконечность	10	3
13.	Время суток	6	2
14.	Цветок	4	1
15.	Пирамиды	1	1
16.	Дождь	1	1
17.	Условные обозначения (t,h)	3	1
18.	Свеча	1	1
19.	Капля	1	1
20.	Ночь	1	1
21.	Молния	1	1
22.	Пирамида	1	1
23.	Молния	1	1
24.	Маятник	1	1
25.	Круг	1	1
26.	Корабль	3	1
27.	Дождь	1	1
28.	Воздушный шар	2	1
		$\Sigma=301$	

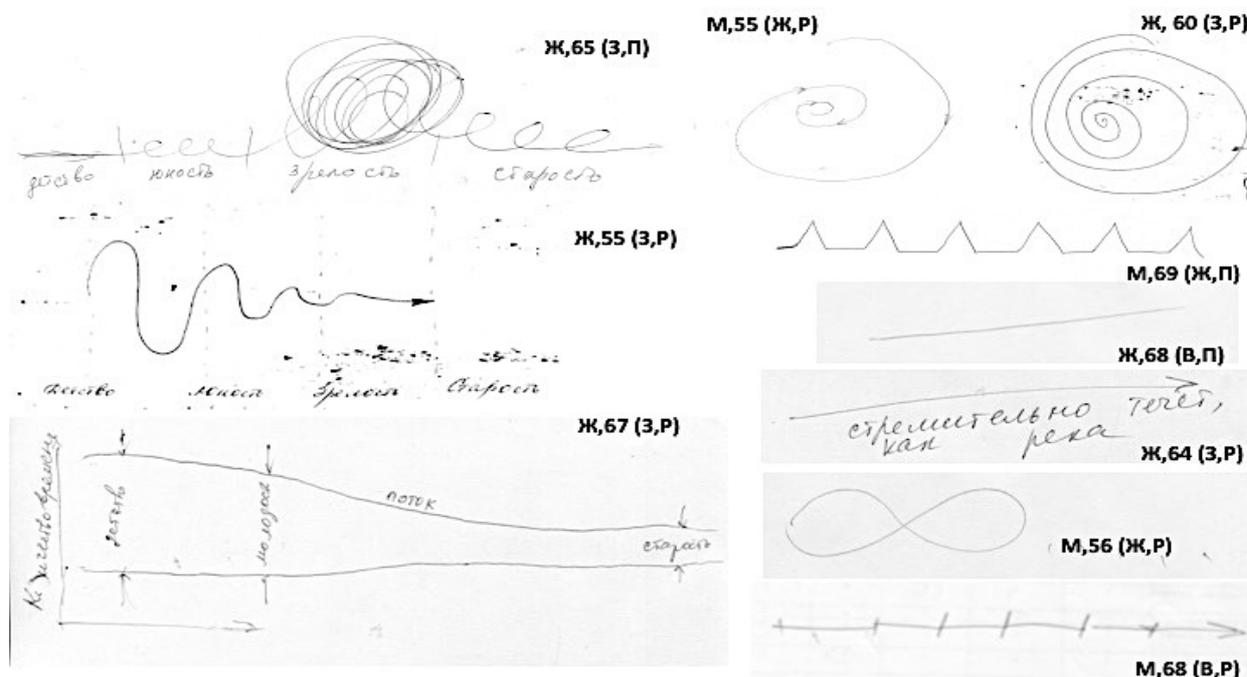
## ПРИЛОЖЕНИЕ Е НЕВЕРБАЛЬНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ВРЕМЕНИ



**Рисунок Е.1.** - Образы циферблата часов у респондентов пожилого и старческого возраста. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст, З – замужем, В – вдова/вдовец, Р – работает, П – на пенсии

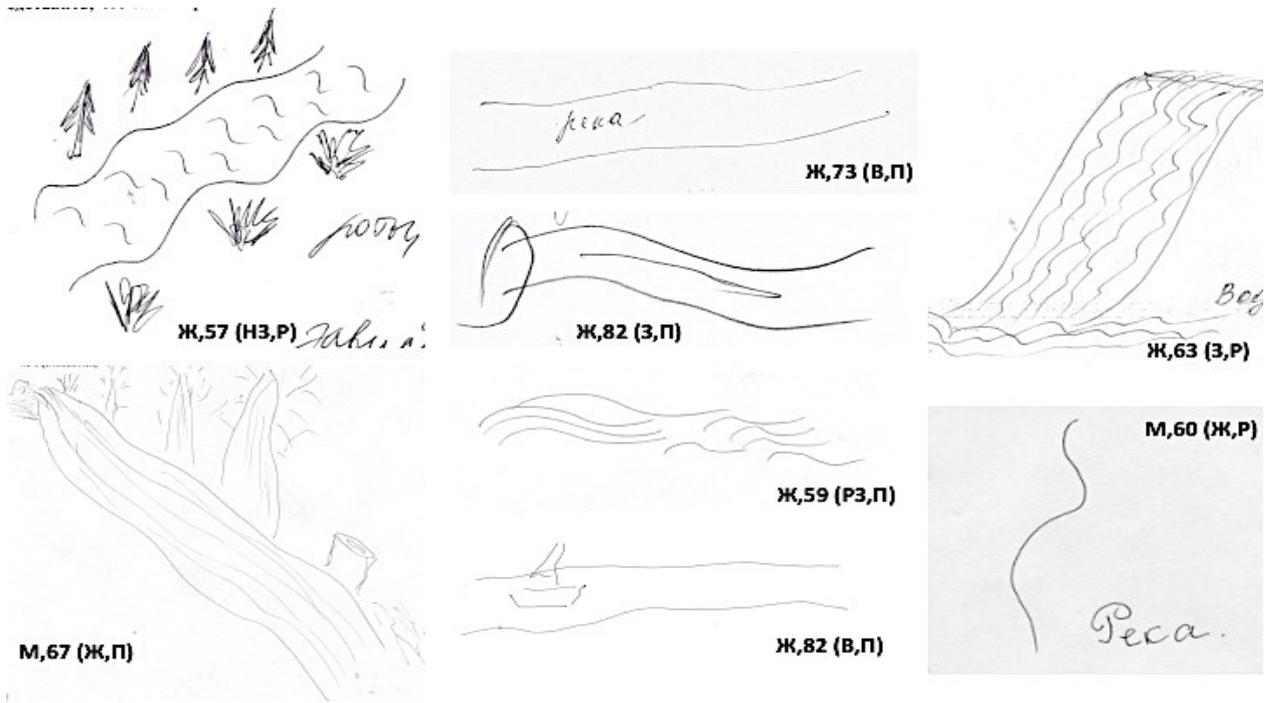


**Рисунок Е.2.** - Образы песочных часов у респондентов пожилого и старческого возраста. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст, З – замужем, В – вдова/вдовец, РЗ – разведен(а), Р – работает, П – на пенсии

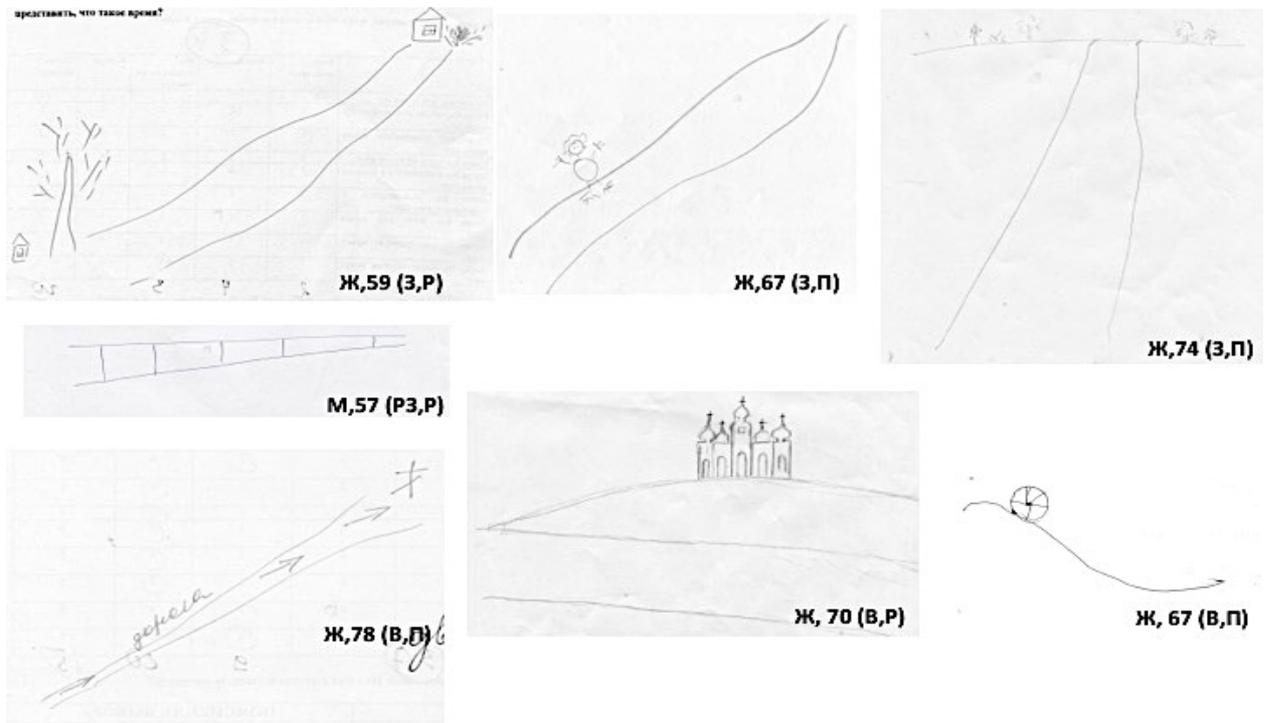


**Рисунок Е.3.** - Образы свойств времени у респондентов пожилого и старческого возраста. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст, З – замужем, В – вдова/вдовец, Р – работает, П – на пенсии

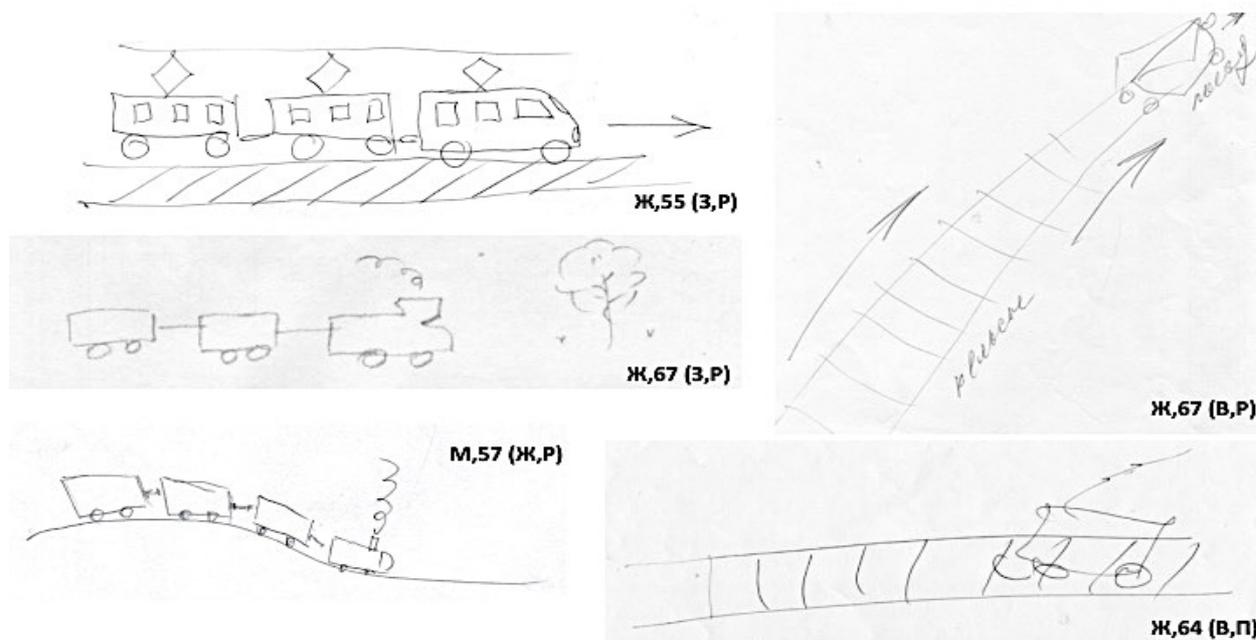




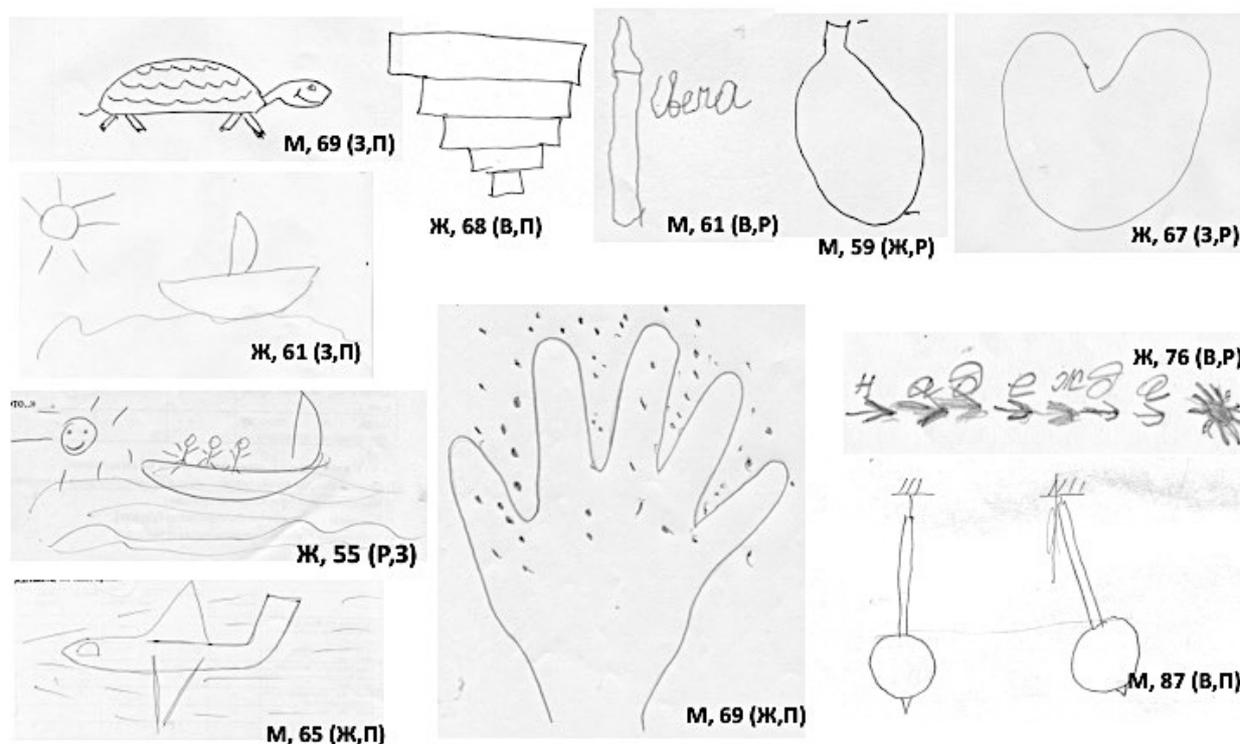
**Рисунок Е.6.** - Образы реки у респондентов пожилого и старческого возраста. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст. З – замужем, В – вдова/вдовец, РЗ – разведен(а), НЗ – не замужем, Р – работает, П – на пенсии



**Рисунок Е.7.** - Образы дороги у респондентов пожилого и старческого возраста. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст. З – замужем, В – вдова/вдовец, РЗ – разведен(а), Р – работает, П – на пенсии



**Рисунок Е.8.** - Образы идущего поезда у респондентов пожилого и старческого возраста. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст. З – замужем, В – вдова/вдовец, РЗ – разведен(а), Р – работает, П – на пенсии



**Рисунок Е.9.** - Индивидуально-субъективные метафоры времени респондентов пожилого и старческого возраста. *Примечание.* Пол: Ж – женский; М – мужской; далее – хронологический возраст. З – замужем, В – вдова/вдовец, РЗ – разведен(а), Р – работает, П – на пенсии

## ПРИЛОЖЕНИЕ Ж КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ ВОСРИЯТИЯ ВРЕМЕНИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

**Таблица Ж.1.** - Корреляционные связи между субъективной скоростью течения времени (по тесту осознания времени А. Соломона) и нейропсихиатрическим статусом респондентов трех возрастных групп

Группы	N	Компоненты	Нейропсихиатрический статус			
			CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
55-60 лет	120	Субъективная скорость течения времени	-	-	-0,214*	-
61-74 лет	120		-	-	-0,310**	-0,219*
75-90 лет	50		-0,217*	0,231*	-0,235*	-0,225*

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05

**Таблица Ж.2.** - Корреляционные связи между субъективной скоростью течения времени (по тесту осознания времени А. Соломона) и качеством жизни (по WHOQOL-BREF) у респондентов трех возрастных групп

Группы	N	Компоненты	Индекс КЖ	Компоненты качества жизни			
				Ф3	П3	СО	ОКР_С
55-60 лет	120	Субъективная скорость течения времени	-0,225*	-	-0,210*	-	-
61-74 лет	120		-0,214*	-	-	-0,261*	-
75-90 лет	50		-0,237*	-0,210*	-	-0,214*	-

Примечание. \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Ж.3.** - Корреляционные связи между связанностью временных зон (круговой тест Т. Коттла) и нейропсихиатрическим статусом респондентов трех возрастных групп

Группы	N	Компоненты кругового теста Т. Коттла	Компоненты нейропсихиатрического статуса			
			CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
55-60 лет	120	Степень связанности временных зон	-	-	-0,335**	-
61-74 лет	120		-0,210*	-	-0,341**	-0,310**
75-90 лет	50		-0,246*	0,282*	-0,373**	-0,335**

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Ж.4.** - Корреляционные связи между связанностью временных зон (круговой тест Т. Коттла) и качеством жизни (WHOQOL-BREF) у респондентов трех возрастных групп

Группы	N	Компоненты кругового теста Т. Коттла	Индекс КЖ	Компоненты качества жизни			
				Ф3	П3	СО	ОКР_С
55-60 лет	120	Степень связанности временных зон	0,210*	-	0,234*	-	-
61-74 лет	120		0,341*	0,238*	0,219*	0,261*	-
75-90 лет	50		0,262*	0,253*	0,290*	0,214*	0,200*

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Ж.5.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и связанностью временных зон (круговой тест Т. Коттла) у респондентов 55-60 лет с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы	Субъективный возраст и его компоненты (Когнитивная шкала оценки субъективного возраста Б. Барака)	Связанность временных зон по круговому тесту Т. Коттла
Идентично (n=23)	Общий показатель субъективного возраста	-0,349**
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	-0,212*
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-
	Социальный возраст (действует)	-
	Интеллектуальный возраст (интересы)	-
Моложе (n=91)	Общий показатель субъективного возраста	0,331**
	Субъективный биологический возраст (выглядит)	0,358**
	Эмоциональный возраст (чувствует)	-
	Социальный возраст (действует)	0,314**
	Интеллектуальный возраст (интересы)	-

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица Ж.6.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и связанностью временных зон (круговой тест Коттла) у респондентов 61-74 лет с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы	Субъективный возраст и его компоненты (Когнитивная шкала оценки субъективного возраста Б. Барака)	Связанность временных зон по круговому тесту Т. Коттла
Идентично (n=19)	Общий показатель субъективного возраста	-0,351**
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	-0,200*
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-
	Социальный возраст (действует)	-

Молодежь (n=92)	Интеллектуальный возраст (интересы)	-
	Общий показатель субъективного возраста	0,393**
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	0,311**
	Эмоциональный возраст (выглядит)	0,230*
	Социальный возраст (действует)	-
	Интеллектуальный возраст (интересы)	-

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

## ПРИЛОЖЕНИЕ И КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СВЯЗИ КОМПОНЕНТОВ МОДЕЛИ ПСИХИЧЕСКОГО И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

**Таблица И.1.** - Корреляционные связи между компонентами *распознавания эмоций* (по ER40) и *социально-демографическим статусом* респондентов **55-60 лет**

Компоненты ER40	Социально-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
Время ответа (мс)	0,287*	0,363**	0,312**
Распознавание эмоций	0,382**	0,354**	-
Женские лица		0,362**	-
Мужские лица		0,311**	-
Радость		-	-
Гнев	0,310**	0,337**	0,466**
Страх	0,333**	0,312**	0,439**
Печаль	0,356**	0,387**	0,471**
Эмоционально нейтральные лица		0,366**	-
Низкая интенсивность эмоций	0,412**	0,330**	0,422**
Высокая интенсивность эмоций		0,340**	0,410**

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.2.** - Корреляционные связи между компонентами *распознавания эмоций* (по ER40) и *нейропсихиатрическим статусом* респондентов **55-60 лет**

Компоненты ER40	Нейропсихиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Время ответа (мс)	-	-	-0,357**	-
Распознавание эмоций	-0,253*	-0,310**	-0,361**	-0,330**
Женские лица	-	-	-0,354**	-0,367**
Мужские лица	-	-	-0,344**	-0,341**
Радость	-	-	-0,366**	-0,312**
Гнев	-0,211*	0,273*	-0,382**	-0,361**
Страх	-0,217*	0,256*	-0,341**	-0,370**
Печаль	-	0,242*	-0,330**	-0,330**
Эмоционально нейтральные лица	-	-	-0,473**	-0,309**
Низкая интенсивность эмоций	-	-	-0,312**	-0,355**
Высокая интенсивность эмоций	-	-	-0,322**	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.3.** - Корреляционные связи между компонентами *распознавания эмоций* (по ER40) и *качества жизни* (по WHOQOL-BREF) у респондентов **55-60 лет**

Компоненты ER40	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс КЖ	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
Время ответа (мс)	0,210*	-	-	-	-
Распознавание эмоций	0,243*	-	0,353**	0,360**	-
Женские лица	-	-	0,320**	-	-
Мужские лица	-	-	0,311**	-	-
Радость	-	-	-	-	-
Гнев	0,345**	-	-	-	-
Страх	0,224*	-	-	-	-
Печаль	0,267*	-	-	-	-

Эмоционально нейтральные лица	-	-	0,217*	0,268*	-
Низкая интенсивность эмоций	0,263*	-	-	0,221*	-
Высокая интенсивность эмоций	-	-	-	0,210*	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.4.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) и компонентами распознавания эмоций (по ER40) у респондентов 55-60 лет с различными оценками своего субъективного возраста

П	Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты ER40					
		Распознавание эмоций	Гнев	Страх	Радость	Печаль	Эмоционально нейтральные лица
Идентично (n=23)	Субъективный возраст	0,316**	0,334**	0,322**	-	-	0,245*
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	0,285*	-	-	-	-	0,314**
	Эмоциональный возраст (выглядит)	0,234*	-	-	-	-	0,382**
	Социальный возраст (действует)	-	-	-	-	-	-
	Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-	-	-	-
Моложе (n=91)	Субъективный возраст	-0,411**	0,355**	0,317**	-	-	0,226*
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	-0,237*	-	0,311**	-	-	0,331**
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,378**	-	-	-	-	0,362**
	Социальный возраст (действует)	-	0,213*	0,244*	-	-	0,301**
	Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-	-	-	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.5.** - Корреляционные связи между компонентами распознавания эмоций (по ER40) и социо-демографическим статусом респондентов 61-74 лет

Компоненты ER40	Социо-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
Время ответа (мс)	0,317**	0,355**	0,367**
Распознавание эмоций	0,287*	0,397**	0,411**
Женские лица	-	0,475**	-
Мужские лица	-	0,352**	0,336**
Радость	-	0,234*	-
Гнев	0,337**	0,283*	0,360**
Страх	0,333**	0,312**	0,439**
Печали	0,366**	0,284*	0,375*

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.6.** - Корреляционные связи между компонентами распознавания эмоций (по ER40) и нейропсихиатрическим статусом респондентов 61-74 лет

Компоненты ER40	Нейропсихиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Время ответа (мс)	-	-	-0,355**	-
Распознавание эмоций	-0,271*	-0,312**	-0,347**	-0,342**
Женские лица	-	-	-0,387**	-0,335**
Мужские лица	-	-	-0,355**	-0,323**
Радость	-	-	-0,344**	-0,352**
Гнев	0,272*	0,244*	-0,327**	-0,331**
Страх	0,234*	0,212*	-0,335**	-0,388**
Печаль	-	0,211*	-0,319**	-0,332**
Эмоционально нейтральные лица	0,268*	-	-0,364**	-0,357**
Низкая интенсивность эмоций	-	-0,204*	-0,343**	-0,366**
Высокая интенсивность эмоций	-	-0,214*	-0,325**	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.7.** - Корреляционные связи между компонентами распознавания эмоций (по ER40) и качеством жизни (по WHOQOL-BREF) у респондентов 61-74 лет

Компоненты ER40	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс КЖ	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
Время ответа (мс)	0,253*	-	-	-	-
Распознавание эмоций	0,231*	0,217*	0,362**	0,325**	-
Женские лица	-	-	0,353**	0,247*	-

Мужские лица	-	-	0,382**	0,214*	-
Радость	-	-	-	-	-
Гнев	0,386**	-	-	-	-
Страх	0,230*	-	-	-	-
Печаль	0,244*	-	-	-	-
Эмоционально нейтральные лица	0,226*	-	0,250*	0,237*	-
Низкая интенсивность эмоций	0,242*	-	0,240*	0,231*	-
Высокая интенсивность эмоций	-	-	0,210*	0,219*	-

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.8.** Корреляционные связи между субъективным возрастом (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) и компонентами распознавания эмоций (по ER40) у респондентов 61-74 лет с различными оценками своего субъективного возраста

П	Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты ER40					
		Распознавание эмоций	Гнев	Страх	Радость	Печаль	Эмоционально нейтральные лица
Идегично (n=19)	Субъективный возраст	0,327**	0,211*	0,243*	-	0,273*	0,317**
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	0,342**	-	-	-	-	0,331**
	Эмоциональный возраст (выглядит)	0,255*	-	-	-	0,242*	0,243*
	Социальный возраст (действует)	0,300**	-	-	-	-	-
	Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-	-	-	-
Моложе (n=92)	Субъективный возраст	-0,331**	0,212*	0,255*	-	0,285*	0,347**
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	-0,313**	-	-	-	0,311**	0,243*
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,388**	0,332*	0,275*	-	0,327**	0,240*
	Социальный возраст (действует)	0,218*	-	-	-	-	-
	Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-	-	-	-

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.9.** Корреляционные связи между компонентами распознавания эмоций (по ER40) и социо-демографическим статусом респондентов 75-90 лет

Компоненты ER40	Социо-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
Время ответа (мс)	0,317**	-	-
Распознавание эмоций	0,255*	0,221*	-
Женские лица	-	-	-
Мужские лица	-	-	-
Радость	-	-	-
Гнев	-	0,374**	0,213*
Страх	-	0,358**	0,337**
Печаль	-	0,221*	0,362**
Эмоционально нейтральные лица	-	-	-
Низкая интенсивность эмоций	-	-	-
Высокая интенсивность эмоций	-	-	-

Примечание: Серым цветом выделен общий показатель распознавания эмоций (ER40). \*\*- корреляция значима на уровне 0,01, \*- корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.10.** - Корреляционные связи между компонентами распознавания эмоций (по ER40) и нейropsychиатрическим статусом респондентов 75-90 лет

Компоненты ER40	Нейropsychиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Время ответа (мс)	-0,212*	-0,311**	-0,343**	-
Распознавание эмоций	-0,289*	-0,343**	-0,366**	-0,341**
Женские лица	-	-	-0,354**	-0,317**
Мужские лица	-	-	-0,372**	-0,361**
Радость	-	-	-0,310**	-0,347**
Гнев	0,267*	0,236*	-0,316**	-0,343**
Страх	0,223*	0,221*	-0,330**	-0,382**
Печаль	-	0,233*	-0,362**	-0,361**

Эмоционально нейтральные лица	0,264*	-	-0,319**	-0,370**
Низкая интенсивность эмоций	0,271*	-0,223*	-0,322**	-0,325**
Высокая интенсивность эмоций	-	-0,254*	-0,331**	-

Примечание: Серым цветом выделен общий показатель распознавания эмоций (ER40). \*\* -корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.11.** - Корреляционные связи между компонентами *распознавания эмоций* (по ER40) и *качества жизни* (по WHOQOL-BREF) у респондентов **75-90 лет**

Компоненты ER40	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс КЖ	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
Время ответа (мс)	0,220*	0,215*	-	-	-
Распознавание эмоций	0,211*	0,258*	0,381**	0,337**	-
Женские лица	-	-	0,330**	0,243*	-
Мужские лица	-	-	0,341**	0,260*	-
Радость	-	-	-	-	-
Гнев	0,390**	-	-	-	-
Страх	0,261*	-	-	-	-
Печаль	0,259*	-	-	-	-
Эмоционально нейтральные лица	0,232*	-	0,268*	0,223*	0,242*
Низкая интенсивность эмоций	0,235*	-	0,221*	0,238*	-
Высокая интенсивность эмоций	-	-	0,220*	0,263*	-

Примечание: Ярко серым цветом выделен общий показатель распознавания эмоций (ER40). \*\* -корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.12.** - Корреляционные связи между *субъективным возрастом* (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) и компонентами *распознавания эмоций* (по ER40) у респондентов **75-90 лет** занижающих свой субъективный возраст

Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты ER40					
	Распознавание эмоций	Гнев	Страх	Радость	Печаль	Эмоционально нейтральные лица
Субъективный возраст	-0,346**	0,227*	0,242*	-	0,231*	0,353**
Субъективный биологический возраст (чувствует)	-0,331**	0,321**	0,238*	-	0,319**	0,265*
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,363**	-	-	-	-	0,237*
Социальный возраст (действует)	-	-	-	-	-	-
Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-	-	-	-

Примечание: \*\* -корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.13.** - Корреляционные связи между компонентами *дифференциации эмоций* (по EmoDiff40) и *социально-демографическим статусом* респондентов **55-60 лет**

Компоненты EmoDiff40	Социально-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
Время ответа (мс)	0,262*	-	0,213*
Дифференциация эмоций	0,380**	0,311**	0,421**
Различение радости	0,310**	-	-
Различение печали	0,382**	-	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \*- корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.14.** - Корреляционные связи между компонентами *дифференциации эмоций* (по EmoDiff40) и *нейропсихиатрическим статусом* респондентов **55-60 лет**

Компоненты EmoDiff40	Нейропсихиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Время ответа (мс)	-	-	-0,352**	-
Дифференциация эмоций	-0,312**	-0,352**	-0,372**	-0,341**
Различение радости	-	-	-0,366**	-0,342**
Различение печали	-	-0,242*	-0,319**	-0,320**

Примечание: Серым цветом выделен общий показатель дифференциации эмоций (EmoDiff40) \*\* -корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.15.** - Корреляционные связи между компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) и качества жизни (по WHOQOL-BREF) у респондентов 55-60 лет

Компоненты EmoDiff40	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс КЖ	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
Время ответа (мс)	0,224*	-	-	-	-
Дифференциация эмоций	0,351**	-	0,224*	0,241*	-
Различение радости	-	-	-	-	-
Различение печали	-	-	-	-	-

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.16.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) и компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) у респондентов 55-60 лет с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы респондентов	Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты EmoDiff40		
		Дифференциация эмоций	Радость	Печаль
Идентично (n=23)	Субъективный возраст	0,328**	-	0,210*
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	0,281*	-	-
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-	-	-
	Социальный возраст (действует)	0,314**	-	-
	Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-
Моложе (n=91)	Субъективный возраст	-0,331**	-	-
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	-0,310**	-	-
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,342**	-	0,331**
	Социальный возраст (действует)	0,241*	-	-
	Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.17.** - Корреляционные связи между компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) и социо-демографическим статусом респондентов 61-74 лет

Компоненты EmoDiff40	Социо-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
Время ответа (мс)	0,292**	0,353**	0,414**
Дифференциация эмоций	0,312**	0,326**	0,391**
Различение радости	0,280*	-	-
Различение печали	0,243*	0,357**	-

Примечание: \*\*- корреляция значима на уровне 0,01, \*- корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.18.** - Корреляционные связи между компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) и нейropsychиатрическим статусом респондентов 61-74 лет

Компоненты EmoDiff40	Нейropsychиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Время ответа (мс)	-	-0,303**	-0,343**	-
Дифференциация эмоций	-0,218*	-0,319**	-0,332**	-0,321**
Различение радости	-	-	-0,356**	-0,314**
Различение печали	-	-	-0,342**	-0,310**

Примечание: \*\*- корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.19.** - Корреляционные связи между компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) и качества жизни (по WHOQOL-BREF) у респондентов 61-74 лет

Компоненты EmoDiff40	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс качества жизни	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
Время ответа (мс)	0,351**	-	-	-	-
Дифференциация эмоций	0,385**	-	0,372**	0,240*	-
Различение радости	0,337**	-	-	-	-
Различение печали	0,321**	-	-	-	-

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.20.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (по оценке субъективного возраста Б. Барака) и компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) у респондентов 61-74 лет с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы респондентов	Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты EmoDiff40		
		Дифференциация эмоций	Радость	Печаль
Идентично (n=19)	Субъективный возраст	0,312**	-	0,210*
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	0,225*	-	-
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-	0,241*	0,237*
	Социальный возраст (действует)	0,338**	-	-
	Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-
Молодежь (n=92)	Субъективный возраст	-0,331**	0,253*	0,210*
	Субъективный биологический возраст (чувствует)	-0,335**	-	0,273*
	Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,343**	-	0,231*
	Социальный возраст (действует)	0,228*	-	-
	Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.21.** - Корреляционные связи между компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) и социо-демографическим статусом респондентов 75-90 лет

Компоненты EmoDiff40	Социо-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
Время ответа (мс)	0,252*	0,350**	-
Дифференциация эмоций	0,268*	0,372**	-
Различение радости	0,290*	0,358**	-
Различение печали	0,262*	0,220*	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.22.** - Корреляционные связи между компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) и нейропсихиатрическим статусом респондентов 75-90 лет

Компоненты EmoDiff40	Нейропсихиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Время ответа (мс)	-0,237*	-0,358**	-0,341**	-
Дифференциация эмоций	-0,259*	-0,325**	-0,381**	-0,331**
Различение радости	-	-	-0,320**	-0,343**
Различение печали	-	-0,372**	-0,319**	-0,361**

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.23.** - Корреляционные связи между компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) и качества жизни (по WHOQOL-BREF) у респондентов 75-90 лет

Компоненты EmoDiff40	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс качества жизни	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
Время ответа (мс)	0,230*	-	-	-	-
Дифференциация эмоций	0,217*	0,257*	0,344**	0,236*	-
Различение радости	-	-	-	-	-
Различение печали	0,220*	-	-	-	0,213*

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.24.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) и компонентами дифференциации эмоций (по EmoDiff40) у респондентов 75-90 лет занимающих свой субъективный возраст

Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты EmoDiff40		
	Дифференциация эмоций	Радость	Печаль
Субъективный возраст	-0,372**	0,255*	0,214*
Субъективный биологический возраст (чувствует)	-0,347**	0,281*	0,263*
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,310**	-	0,280*
Социальный возраст (действует)	0,293*	-	-
Когнитивный возраст (интересы)	-	-	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.25.** - Корреляционные связи между компонентами *памятью на лица* (по PFMT) и *социально-демографическим статусом* респондентов **55-60 лет**

Компоненты PFMT	Социально-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
Непосредственное воспроизведение	-	-	-
Отсроченное воспроизведение	0,268*	0,372**	0,351**

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.26.** - Корреляционные связи между *памятью на лица* (по PFMT) и *нейропсихиатрическим статусом* респондентов **55-60 лет**

Компоненты PFMT	Нейропсихиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Непосредственное воспроизведение	-	-	-0,356**	-0,314**
Отсроченное воспроизведение	-	-	-0,342**	-0,310**

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.27.** - Корреляционные связи между *памятью на лица* (по PFMT) и *качества жизни* (по WHOQOL-BREF) у респондентов **55-60 лет**

Компоненты PFMT	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс КЖ	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
Непосредственное воспроизведение	0,220*	-	0,371**	0,200*	-
Отсроченное воспроизведение	0,250*	-	0,359**	0,272*	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.28.** - Корреляционные связи между *субъективным возрастом* (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) и *памятью на лица* (по PFMT) у респондентов **55-60 лет** с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы респондентов	Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты PFMT	
		Непосредственное воспроизведение	Отсроченное воспроизведение
Идентично (n=23)	<b>Субъективный возраст</b>	0,320**	0,300**
	Субъективный биологический возраст ( <i>чувствует</i> )	0,221*	0,210*
	Эмоциональный возраст ( <i>выглядит</i> )	-	-
	Социальный возраст ( <i>действует</i> )	-	-
	Когнитивный возраст ( <i>интересы</i> )	-	-
Моложе (n=91)	<b>Субъективный возраст</b>	-0,312**	-0,354**
	Субъективный биологический возраст ( <i>чувствует</i> )	-0,267**	-0,311**
	Эмоциональный возраст ( <i>выглядит</i> )	-	-
	Социальный возраст ( <i>действует</i> )	0,219*	0,241*
	Когнитивный возраст ( <i>интересы</i> )	-	-

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.29.** - Корреляционные связи между *памятью на лица* (по PFMT) и *социально-демографическим статусом* респондентов **61-74 лет**

Компоненты PFMT	Социально-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
Непосредственное воспроизведение	-	0,341**	0,290*
Отсроченное воспроизведение	0,252*	-	0,262*

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.30.** - Корреляционные связи между *памятью на лица* (по PFMT) и *нейропсихиатрическим статусом* респондентов **61-74 лет**

Компоненты PFMT	Нейропсихиатрический статус			
	CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
Непосредственное воспроизведение	-	-	-0,366**	-0,342**
Отсроченное воспроизведение	-	-0,237*	-0,319**	-0,320**

Примечание: \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.31.** - Корреляционные связи между *памятью на лица* (по PFMT) и *качества жизни* (по WHOQOL-BREF) у респондентов **61-74 лет**

Компоненты PFMT	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс качества жизни	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
Непосредственное воспроизведение	0,300**	-	0,312**	0,210*	-

<b>Отсроченное воспроизведение</b>	0,310**	0,219*	0,325**	0,255*
------------------------------------	---------	--------	---------	--------

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.32.** - Корреляционные связи между *субъективным возрастом* (по оценки субъективного возраста Б. Барака) и *памятью на лица* (по PFMT) у респондентов **61-74 лет** с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы респондентов	Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты PFMT	
		Непосредственное воспроизведение	Отсроченное воспроизведение
Идентично (n=23)	<b>Субъективный возраст</b>	0,283*	0,310**
	Субъективный биологический возраст ( <i>чувствует</i> )	-	0,255*
	Эмоциональный возраст ( <i>выглядит</i> )	-	-
	Социальный возраст ( <i>действует</i> )	-	0,210*
	Когнитивный возраст ( <i>интересы</i> )	-	-
Молоде (n=91)	<b>Субъективный возраст</b>	-0,311**	-0,293*
	Субъективный биологический возраст ( <i>чувствует</i> )	-0,255*	-0,273*
	Эмоциональный возраст ( <i>выглядит</i> )	-0,242*	-0,211*
	Социальный возраст ( <i>действует</i> )	-0,239*	-0,210*
	Когнитивный возраст ( <i>интересы</i> )	-	-

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.33.** - Корреляционные связи между *памятью на лица* (по PFMT) и *социо-демографическим статусом* респондентов **75-90 лет**

Компоненты PFMT	Социо-демографический статус респондентов
	<b>Уровень образования</b>
<b>Непосредственное воспроизведение</b>	0,228*
<b>Отсроченное воспроизведение</b>	0,228*

Примечание: \*\*- корреляция значима на уровне 0,01, \*- корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена

**Таблица И.34.** - Корреляционные связи между *памятью на лица* (по PFMT) и *нейропсихиатрическим статусом* респондентов **75-90 лет**

Компоненты PFMT	Социо-демографический статус респондентов		
	Уровень образования	Семейный статус	Рабочий статус
<b>Непосредственное воспроизведение</b>	0,228*	-	0,252*
<b>Отсроченное воспроизведение</b>	0,228*	0,268*	-

Примечание: \*\*- корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.35.** - Корреляционные связи между *памятью на лица* (по PFMT) и *качества жизни* (по WHOQOL-BREF) у респондентов **75-90 лет**

Компоненты PFMT	Компоненты WHOQOL-BREF				
	Индекс качества жизни	Физическое здоровье	Психологическое здоровье	Социальные отношения	Окружающая среда и ее безопасность
<b>Непосредственное воспроизведение</b>	0,359**	0,200*	0,375**	0,211*	
<b>Отсроченное воспроизведение</b>	0,386**	0,282*	0,392**	0,214*	

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.36.** - Корреляционные связи между *субъективным возрастом* (по шкале оценки субъективного возраста Б. Барака) и *памятью на лица* (по PFMT) у респондентов **75-90 лет** *занижающих* свой субъективный возраст

Субъективный возраст и его компоненты	Компоненты PFMT	
	Непосредственное воспроизведение	Отсроченное воспроизведение
<b>Субъективный возраст</b>	-0,255**	0,300*
Субъективный биологический возраст ( <i>чувствует</i> )	-0,241**	0,286*
Эмоциональный возраст ( <i>выглядит</i> )	-	-0,210**
Социальный возраст ( <i>действует</i> )	0,293*	0,288*
Когнитивный возраст ( <i>интересы</i> )	-	-

Примечание: \*\*-корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.37.** - Корреляционные связи между оценкой *понимания обмана* (по Winner's Task) и *социо-демографическим статусом*

Параметры оценки	55-60 лет (n=120)	61-74 лет (n=120)	75-90 лет (n=50)
Уровень образования	0,211*	0,249*	0,200*
Семейный статус	0,182*	0,211*	0,153*
Рабочий статус	0,233*	0,214*	-

**Таблица И.38.** - Корреляционные связи между оценкой *понимания обмана* (по Winner's Task) и нейропсихиатрическим статусом респондентов трех возрастных групп

Группы	N	Компоненты	Нейропсихиатрический статус			
			CIRS-G	MoCA	GDS-30	R-UCLA-LS
55-60 лет	120	<i>Понимание обмана</i>	-	-	-0,300**	-
61-74 лет	120		-	-	-0,310**	-0,319*
75-90 лет	50		-0,183*	0,131*	-0,335*	-0,325*

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05

**Таблица И.39.** - Корреляционные связи оценкой *понимания обмана* (по Winner's Task) и качеством жизни (по WHOQOL-BREF) у респондентов трех возрастных групп

Группы	N	Компоненты	Индекс КЖ	Компоненты качества жизни			
				ФЗ	ПЗ	СО	ОКР С
55-60 лет	120	<i>Понимание обмана</i>	-0,320**	-	-0,200*	-0,253*	-
61-74 лет	120		-0,310**	-0,200*	-0,311**	-0,261*	-
75-90 лет	50		-0,332**	-0,269*	-0,287*	-0,210*	-

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.40.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и оценкой *понимания обмана* (по Winner's Task) у респондентов 55-60 лет с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы	Субъективный возраст и его компоненты (Когнитивная шкала оценки субъективного возраста Б. Барака)	Понимание обмана
<b>Идентично</b> (n=23)	Общий показатель субъективного возраста	-0,323**
	Субъективный биологический возраст ( <i>чувствует</i> )	-0,200*
	Эмоциональный возраст ( <i>выглядит</i> )	-
	Социальный возраст ( <i>действует</i> )	-
	Интеллектуальный возраст ( <i>интересы</i> )	-
<b>Моложе</b> (n=91)	Общий показатель субъективного возраста	-0,330**
	Субъективный биологический возраст ( <i>выглядит</i> )	0,344**
	Эмоциональный возраст ( <i>чувствует</i> )	-
	Социальный возраст ( <i>действует</i> )	0,310**
	Интеллектуальный возраст ( <i>интересы</i> )	-

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.41.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и оценкой *понимания обмана* (по Winner's Task) у респондентов 61-74 лет с различными оценками своего субъективного возраста

Подгруппы	Компоненты	Понимание обмана
<b>Идентично</b> (n=19)	Общий показатель субъективного возраста	0,323**
	Субъективный биологический возраст ( <i>чувствует</i> )	0,210*
	Эмоциональный возраст ( <i>выглядит</i> )	-
	Социальный возраст ( <i>действует</i> )	-
	Интеллектуальный возраст ( <i>интересы</i> )	-
<b>Моложе</b> (n=92)	Общий показатель субъективного возраста	-0,388**
	Субъективный биологический возраст ( <i>чувствует</i> )	-0,311**
	Эмоциональный возраст ( <i>выглядит</i> )	0,230*
	Социальный возраст ( <i>действует</i> )	0,173*
	Интеллектуальный возраст ( <i>интересы</i> )	-

Примечание. \*\* - корреляция значима на уровне 0,01, \* - корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента г-Спирмена.

**Таблица И.42.** - Корреляционные связи между субъективным возрастом (шкала оценки субъективного возраста Б. Барака) и оценкой *понимания обмана* (по Winner's Task) у респондентов 61-74 лет с оценкой моложе хронологического возраста

Компоненты	Понимание обмана
Общий показатель субъективного возраста	-0,319**

Субъективный биологический возраст ( <b>чувствует</b> )	-0,200*
Эмоциональный возраст ( <b>выглядит</b> )	-
Социальный возраст ( <b>действует</b> )	0,227*
Интеллектуальный возраст ( <b>интересы</b> )	-

Примечание. \*\* -корреляция значима на уровне 0,01, \*-корреляция значима на уровне 0,05 с помощью коэффициента r-Спир