

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій

ЯКИМЦЕВ Костянтин Федорович

**Ментальні ресурси у зрілому та старечому віці/
Mental resources in adulthood and old age**

спеціальність: 053 - Психологія
освітньо-професійна програма - Психологія

Кваліфікаційна робота

ТЕРНОПІЛЬ - 2024

АНОТАЦІЯ

Якимцев Костянтин Федорович «Ментальні ресурси у зрілому та старечому віці» – Рукопис.

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 053 – «Психологія» – Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2024.

У кваліфікаційній роботі з у процесі здійсненого теоретико-методологічного аналізу виявлено віково-специфічні особливості та психологічні передумови формування компонентів моделі психічного у літньому та старечому віці; проаналізовано вікову динаміку їх дієвості щодо задоволеності якістю життя людей похилого віку; проаналізовано особливості зв'язку сприйняття часу та моделі психічного як ментальних ресурсів із задоволеністю якістю життя у літньому та старечому віці.

ANNOTATION.

Yakymtsev Kostiantyn Fedorovych “Mental resources in mature and senile age” - Manuscript.

Research for the degree of master's degree in specialty 053 - “Psychology” - West Ukrainian National University, Ternopil, 2024.

In the qualification work, in the course of the theoretical and methodological analysis, the age-specific features and psychological prerequisites for the formation of components of the mental model in old age and senility were identified; the age dynamics of their effectiveness in terms of satisfaction with the quality of life of the elderly were analyzed; the peculiarities of the relationship between the perception of time and the model of the mental as mental resources with satisfaction with the quality of life in old age and senility were analyzed.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
РОЗДІЛ 1. МЕНТАЛЬНІ РЕСУРСИ ЯК ВНУТРІШНЯ ОСНОВА БЛАГОПОЛУЧНОГО СТАРІННЯ.....	8
1.1. Ментальні ресурси: структура, формування, функції та порушення.....	8
1.2. Когнітивно-емоційна компетентність у літньому та старечому віці...	16
РОЗДІЛ 2. ВІКОВІ ЗМІНИ У МОДЕЛІ ПСИХІЧНОГО НА ПІЗНІХ ЕТАПАХ ОНТОГЕНЕЗУ.....	25
2.1. Ресурсний підхід до розуміння змін у моделі психічного в пізньому віці.	25
2.2. Суб'єктивний вік: структура та динаміка на пізніх етапах онтогенезу.....	30
2.3. ІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛЬНИХ РЕСУРСІВ НА ЕТАПІ СТАРІННЯ.....	39
3.1. Постановка проблеми, організація та зміст дослідження.....	39
3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	43
3.3. Ментальні ресурси як передумови задоволеності якістю життя.....	49
ВИСНОВОК.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	54

ВСТУП

Декілька останніх десятиліть у більшості економічно та соціально розвинених держав спостерігається феномен, відомий як «старіння населення». При цьому скорочуються не лише чисельність молодих людей, а й спостерігаються значні порушення фізичного та психічного здоров'я тих, хто належить до середнього та старшого покоління. Цьому сприяє безліч факторів – починаючи від погіршення екологічної ситуації, закінчуючи постійним впливом стресових ситуацій, які змінюють звичні стереотипи життя і сприяють виникненню психотравмуючих обставин, таких як соматичні, сімейні, професійні та духовні проблеми..

Актуальність даного дослідження полягає в переосмисленні концепцій старості та старіння, як на міжнародному рівні, так і в Україні. Нині, замість хворобоцентричної моделі старіння з фокусом на хворобу, інвалідність, депресію та деменцію, на перший план виходить парадигма позитивної геронтології. Вона пропагує підхід, що акцентує увагу на благополучному старінні, збереженні автономії, самореалізації та психологічної стійкості (Martínez-Maldonado, 2016). Важливим аспектом цього підходу є здатність літніх людей активніше використовувати свої ментальні ресурси для адаптації до швидких змін у навколишньому середовищі.

Дослідження також фіксують парадокс реакції на стрес у літніх людей, коли деякі з них здатні краще справлятися з повсякденними викликами, ніж інші, зберігаючи позитивне відчуття суб'єктивного благополуччя). Це явище, відоме як «парадокс стабільності попри втрати» (stability-despite-loss paradox), пов'язане з наявністю у людей похилого віку ментальних та соціоекономічних ресурсів, що дають змогу знижувати негативні наслідки стресових подій. Наявність таких ресурсів є важливим чинником життєстійкості, що передбачає активний, позитивний та пізнавальний життєвий стиль.

Зважаючи на те, що в Україні через війну найближчими роками буде спостерігатися демографічна криза, а відтак молоді буде все менше, держава вже сьогодні має дбати не лише про фінансування та медичну допомогу людям літнього віку, а й створення умов для підтримки їх фізичного та психічного здоров'я, що

дозволить підвищити їх задоволення якістю життя та сприяти благополучному старінню. Зокрема, акцент зосереджуватися на індивідуальних стратегіях старіння та максимальному використанні внутрішніх ресурсів для ефективної адаптації до труднощів, пов'язаних із старістю. Теоретичні основи цього підходу підтримуються сучасними дослідженнями, які підкреслюють значення ментальних ресурсів, зокрема соціокогнітивних та інтелектуальних здібностей.

На сьогодні дана проблематика цікавить багатьох як закордонних так і вітчизняних науковців (А. Адлер, Л. Гоулд, Дж. Ловінгер, Г. Оллпорт, Е. Еріксон, Р. Хейвігхертс, Л.Ф. Бурлачук, Т.М. Дзюба, О.Г. Коваленко, С.Д. Максименко, В. Ф. Моргун, Є.О. Клімов, Б.О. Федоришин та ін.). У процесі наукового пошукування ними визначено низку ментальних ресурсів, які сприяють благополучному старінню: мудрість, екстраверсія, оптимізм, надія, а також здатність до когнітивної переоцінки ситуації. Швидкий ритм життя та нестабільність соціального середовища вимагають від осіб похилого віку активного використання тих з них, що допомагають ефективно адаптуватися до постійно змінюваних умов існування. Відтак, вивчення ресурсоорієнтованих підходів до старіння набуває важливості як у вітчизняній, так і в міжнародній психології, де з'являються перші дослідження щодо ролі тимчасової та когнітивно-емоційної компетентності, яка активно використовуються для регулювання різних аспектів життєдіяльності в старості та є важливими факторами благополучного на цьому етапі життєдіяльності.

Мета дослідження: вивчення процесів реорганізації ментальних ресурсів у літньому та старечому віці.

Об'єкт дослідження: ментальні ресурси на етапі пізнього онтогенезу, а його **предмет** – психологічні зміни у створенні ментальних ресурсів у літньому та старечому віці.

Завдання дослідження:

- виявити віково-специфічні особливості та психологічні передумови формування компонентів моделі психічного у літньому та старечому віці;
- оцінити та проаналізувати вікову динаміку їх дієвості щодо задоволеності якістю життя у літньому та старечому віці;

- проаналізувати особливості зв'язку сприйняття часу та моделі психічного як ментальних ресурсів із задоволеністю якістю життя у літньому та старечому віці.

Теоретична гіпотеза дослідження: ментальні ресурси, що становлять внутрішню основу благополучного перебігу старіння, у літньому та старечому віці реорганізуються, утворюючи нові психічні системи для досягнення високої результативності та продуктивної самореалізації.

Відбір та обстеження респондентів проводився на базі ГО ТМЖК «Відродження нації» спільно з фахівцями Навчально-наукового центру соціально-психологічної підтримки та резильєнтності ЗУНУ. Вибірку склали 20 осіб у літньому (55-60 років), старечому (61-74) років та пізньому віці (75-90 років), які утворили 3 експериментальні групи.

Методи дослідження складалися з наступних діагностичних блоків: загальний функціональний статус оцінювався за допомогою показника задоволеності якістю життя (ЗЖ, для чого був використаний короткий опитувальник якості Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHOQOL-BREF); когнітивне функціонування оцінювалося за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій; оцінка емоційного статусу включала наступні показники: симптоми депресії оцінювалися за допомогою геріатричної шкали самооцінки депресії версія з 30 пунктами (geriatric depression scale-30, JA Yesavage скор. GDS-30); суб'єктивне почуття самотності втизначалося за допомогою Каліфорнійської шкали оцінки почуття самотності (Revised UCLA Loneliness scale. Version 3, D. Russell, скор. R-UCLA-LS); оцінка тимчасової компетентності складається з «ситуативного» (індекс для оцінки загальної орієнтації (general orientation index) Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій) і «біографічного» масштабів сприйняття часу (шкала оцінки когнітивного віку Б. Барака).

Теоретична значимість: У роботі запропоновано розділяти дефіцитарний та ресурсний підходи до розуміння змін у когнітивно-емоційній та часовій компетентності; адаптовано для пізнього віку структурно-рівневу модель індивідуальної суб'єктивної вікової ідентифікації, яка показує внутрішні та

зовнішні орієнтири оцінки суб'єктивного віку; результати дослідження про специфіку сприйняття часу та побудови моделі психічного підтверджують дані про багатовимірність і різновекторність старіння, дозволяють перейти до аналізу особистого досвіду старіння, тобто концептуалізації внутрішнього світу людини пізнього віку її суб'єктивного досвіду, розуміння світу.

Практична значимість: включення оцінки, посилення тимчасової та когнітивно-емоційної компетентностей як ментальних ресурсів дозволяє розробити когнітивно-поведінкові втручання для підвищення ймовірності досягнення і підтримки благополучного старіння; запропонований алгоритм проведення комплексної геріатричної оцінки стану здоров'я людей пізнього віку дозволить покращити розпізнавання несприятливих форм перебігу старіння та може бути використаний і включений до соціально-когнітивного тренінгу.

Структура та обсяг роботи: Кваліфікаційну роботу викладено на 53 сторінках друкованого тексту. Вона складається із вступу, 3 розділів, висновків, списку використаної літератури, що включає 62 джерела, з яких 41 – іноземними мовами. Робота ілюстрована 3 таблицями.

РОЗДІЛ 1

МЕНТАЛЬНІ РЕСУРСИ ЯК ВНУТРІШНЯ ОСНОВА БЛАГОПОЛУЧНОГО СТАРІННЯ

1.1. Ментальні ресурси: структура, формування, функції та порушення

Люди віком 65 років і старші в даний час є найбільш швидко зростаючою віковою групою, при цьому серед них домінують бебі-бумери. Особливо швидко у світі збільшується кількість людей віком 80 років і більше (MacLeod, 2016). У зв'язку з цим дослідники активно зосереджуються на вивченні факторів благополучного старіння, прагнучи допомогти людям віком 55-65 років і старше досягти старості з оптимальним фізичним і психічним здоров'ям, мінімальною інвалідністю, зберігаючи оптимізм, позитивні емоції та фізичну й соціальну активність. При цьому спостерігається зміщення акценту з попередження вікового зниження здоров'я на розвиток підходів, що сприяють благополучному старінню [8; 10; 34; 56 та ін.].

У відповідь на зміну старіння як біомедичної проблеми відбувається впровадження психосоціального підходу, який більше фокусується на психологічних аспектах благополучного старіння, які вивчаються у межах геронтопсихології [19; 21; 32 та ін.]. Для того щоб краще зрозуміти сучасні погляди на старіння, Дж. Вармер запропонував метафору білого аркуша паперу з маленькою чорною точкою на ньому [62]. При цьому він зазначав, що «Поширена патогенетична (дефіцитарна) парадигма, що домінує в розумінні старіння, фокусується лише на біомедичних аспектах, намагаючись полегшити симптоми старіння та запобігти рецидивам хвороб, що є лише "чорною точкою" на білому аркуші. Це спрощене сприйняття старості акцентує увагу на "втратах" у різних сферах життя людини похилого віку, таких як фізичне здоров'я або соціальна активність» [62, с. 376]. Такий підхід, зосереджений на дефіцитах, часто ігнорує "білу частину листа", тобто потенціал людини до позитивного, успішного старіння, який включає врахування персональних особливостей літньої людини, наявності когнітивного резерву, нейропластичності, а також ментальних ресурсів, що можуть сприяти нейрорегенерації та активному старінню.

У рамках традиційного біомедичного підходу часто ігнорується парадокс оцінки старості (paradox of aging): незважаючи на численні зміни в фізичному та психічному

стані, більшість людей похилого та старечого віку продовжують бути задоволеними своєю якістю життя, вважають себе благополучними і зберігають інтерес до самовдосконалення. Прихильники нових підходів до старіння стверджують, що воно є багатовимірним та багаторівневим процесом, який включає не лише фізичні ризики, вразливості та втрати, але й враховує соціальні, психологічні, духовні та трансцендентні аспекти [12; 16; 35; 41 та ін.].

Підхід до визначення благополучного старіння починається з базового (мікро) індивідуального рівня, де основну роль відіграє особистісно-адаптаційний потенціал, що дозволяє людині досягати гнучких змін у своїх особистісних рисах для підтримки психологічної стійкості, збереження позитивного сенсу життя і благополуччя, незалежно від зовнішніх і внутрішніх обставин [32].

Водночас важливо зазначити, що останнім часом спостерігається зростання жорстокого ставлення до людей похилого віку, що створює стресові ситуації та має травматичний характер, значно ускладнюючи їх здатність задовольняти соціальні потреби. Це, своєю чергою, може призвести до розвитку соціально-стресових розладів та таких форм старіння, як стареча астения (frailty) [46]. Відтак, особливо важливою є здатність людей старшого віку долати повсякденні стреси і соціальні проблеми, адже психологічна стійкість і реакція на стрес визначають здатність адаптуватися до складних життєвих ситуацій. Як зазначає Порсева Х. О., «Парадокс стосовно стресових реакцій виявляється у тому, що деякі люди в старості реагують на стреси невротично, а інші психотично» [17, с. 60]. Це вказує на важливість ментальних ресурсів, які здатні визначити ефективність адаптації до змінюваних умов життя.

Ці ресурси також мають вирішальне значення для вибору когнітивно-поведінкових стратегій у подоланні проблем старості, а також для ефективної адаптації до життєвих викликів. До таких ситуацій відносяться як зовнішні події, так і внутрішні фізіологічні зміни, зокрема серйозні серцево-судинні захворювання чи значні втрати. Якщо подія сприймається як травматична, вона кидає виклик глибоким переконанням людини про себе, інших людей і навколишній світ, що викликає психологічний дискомфорт. Однак люди

похилого віку можуть мати здатність до життєстійкості і психологічної стійкості, що дозволяє їм гнучко адаптуватися до стресових ситуацій, формуючи оптимістичне та позитивне ставлення до труднощів і зберігаючи почуття самоцінності. Це залежить

від здатності старшої людини активізувати власні ментальні ресурси для ефективної життєдіяльності, навіть у складних обставинах [21].

Для людей похилого віку з «чутливою» особистісною організацією, зміни у життєвих стереотипах, соціальні стреси та жорстоке ставлення можуть призвести до виснаження ресурсів і проявлятися у вигляді почуття вивченої безпорадності, відчуженості, провини і сорому, а також самозвинувачення. Ці психологічні симптоми погіршують здатність людини ефективно адаптуватися до старіння та викликів, що з ним пов'язані.

Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. виокремлюють копінг-стратегії, що характерні для людей похилого віку, зокрема в контексті старіння. Вони наголошують, що основою цих стратегій є ставлення до навколишнього світу, соціальна активність та методи подолання складних життєвих ситуацій. Люди, які обирають стратегію збереження себе як особистості (конструктивний тип), мають більше можливостей для саморегуляції, ніж ті, хто вибирає стратегію збереження себе як індивіда (деструктивний тип). Вибір копінг-стратегії є умовним і залежить від індивідуальних особливостей старшої людини, її внутрішнього сприйняття здоров'я, механізмів подолання стресу та суб'єктивного досвіду старіння (subjective aging, personal aging experience) [21].

Унікальною рисою старіння є наявність особистої філософії старіння, яка визначає самосприйняття, що, своєю чергою, є основою для формування суб'єктивної картини старіння. Така картина не є просто набором ментальних репрезентацій щодо позитивних і негативних аспектів старіння, а виступає як модель реальності, яка функціонує як «фільтр» взаємодії людини зі світом і програма для реалізації здоровоцентричного потенціалу [58]. Це також підтримує принцип свободи вибору ідентичності в пізньому віці та здатність до самоконструювання «Я» в умовах соціальних і життєвих змін [1].

Згідно з моделлю саморегуляції (self-regulation model, Н. Leventhal), люди похилого віку, сприймаючи загрози, застосовують різні способи їх подолання, залежно від свого індивідуального сприйняття старіння. Важливо враховувати, що специфіка суб'єктивної картини старіння безпосередньо пов'язана з психологічною стійкістю, яка, за визначенням Американської психологічної асоціації, передбачає активне використання внутрішніх ментальних ресурсів для гнучкої адаптації до стресових ситуацій або здатність «відскочити» (bouncing back)

від них [39]. Ці ментальні ресурси відіграють важливу роль у здатності людини адаптуватися до нових умов життя, допомагаючи зберігати оптимістичне ставлення та внутрішню стабільність навіть у складних ситуаціях старіння.

Для опису процесу та приписування сенсу власному старінню людиною пізнього віку Hilgeman M.M., Daniel M. A. запропонували модель суб'єктивної картини старіння (heuristic model subjective aging) [47].

В ній передбачено, що траєкторія перебігу старіння визначається суб'єктивною картиною, ментальними ресурсами, станом фізичного та психологічного добробуту та життєздатність. Стан цих компонентів визначається:

- індивідуальними особливостями: рівень освіти, властивості темпераменту, фактори великої п'ятірки, толерантність до невизначеності, особисті цінності та установки;
- соціокультурним контекстом: світ сучасної людини характеризується невизначеністю та підвищеними ризиками, в якому зростають вимоги до життєвих компетенцій.

Швидкі соціально-демографічні зміни, що відбуваються в сучасному суспільстві, зокрема домінування культів споживання, прагнення до молодості, соціальні проблеми та міжособистісні конфлікти, часто спричиняють у літніх людей відчуття катастрофізації, нестабільності та невизначеності – ситуація, коли вони зустрічаються з труднощами у сприйнятті свого теперішнього стану та майбутнього. Опиняючись у двоякій кризі – соціальній та часовій ідентичності, літній людині все важче проводити чітку межу між минулим, теперішнім і майбутнім, що ускладнює досягнення гармонії та цілісності при постановці особистих цілей і плануванні свого життя [16].

Досліджуючи дане питання, науковці виявили, що т.з. «суб'єктивна картина старіння» включає кілька компонентів: оцінку суб'єктивного віку, сприйняття власного старіння та старості, а також усвідомлення віково-асоційованих «втрат» і «придбань» [там само]. Зміни у фізичному та психічному стані часто змушують літніх людей пов'язувати проблеми зі здоров'ям саме з віковими змінами, що призводить до відчуття старіння, яке значно перевищує їх хронологічний вік. Це, своєю чергою, закріплює вже існуючі негативні стереотипи щодо «типової старості» та посилює песимістичне ставлення до процесу старіння. Негативні переживання щодо свого стану впливають на суб'єктивне благополуччя, знижують волю до життя,

а також обмежують контроль за власною поведінкою, ставлячи під загрозу здоров'я та спонукаючи до здоров'я-ощадної або профілактичної поведінки. У свою чергу, це призводить до зниження задоволеності якістю життя, що поглиблює негативне сприйняття старості та старіння і знову змінює оцінку суб'єктивного віку. Таким чином, формується порочне коло деструктивного ставлення до власного старіння [42].

Крюгер К.Р. запропонував концепцію благополучного старіння як інтеграцію індивідуальних ресурсів людини похилого віку. Ця концепція передбачає, що успішне старіння залежить не лише від фізичних аспектів, а й від психосоціальних ресурсів, які допомагають людині адаптуватися до змін і зберігати якість життя навіть у старшому віці [50].

На думку науковця благополучне старіння передбачає здатність людини до структурних змін та адаптації своїх якостей і властивостей відповідно до нових умов життя. Це включає гармонійне співіснування з навколишнім середовищем, підтримку соціальної активності, згуртованості, а також здоров'яощадну і профілактичну поведінку щодо фізичного, когнітивного і психологічного функціонування, що здійснюється через активне використання ментальних ресурсів. Таким чином, благополучне старіння можна розглядати як результат інтеграції різноманітних ресурсів.

Згідно з моделлю адаптації до розвитку (model of developmental adaptation), минулий і теперішній негативний досвід літньої людини має суттєвий вплив на її задоволеність якістю життя. Проте наявність психологічних і соціально-економічних ресурсів значно полегшує процес старіння, допомагаючи зменшити його негативні наслідки. Психологічні ресурси, зокрема ментальні, включають такі внутрішні фактори, як особистісні диспозиції (екстравагантність, оптимізм), усеосяжне відчуття власної ефективності та контроль над переконаннями. Соціально-економічні ресурси, своєю чергою, включають соціальну підтримку, сприймання соціальних мереж і фінансове становище [54]. Наукові дослідження підтверджують важливість таких ресурсів для успішної адаптації до старіння. Однак більшість з цих аспектів досі недостатньо враховані в психологічних моделях благополучного старіння, що визначають останнє не тільки через клінічні, а й через особистісні аспекти одужання та зростання, посилення використання власних сильних сторін і ментальних ресурсів для підвищення суб'єктивного благополуччя та

активного довголіття [48].

Відповідно до цього підходу, траєкторія старіння значною мірою залежить від психологічної стійкості, яка, насамперед, зумовлена низкою чинників: конституційно-біологічними властивостями, характерологічними особливостями, психопатологічними схильностями, впливами мікросоціального середовища, а також соматогенними, ендокринними і когнітивними аспектами. Особливе значення має стан індивідуально-психологічних характеристик людини, які дозволяють ефективно усувати протиріччя з навколишнім середовищем та долати несприятливі життєві події через гнучку трансформацію ціннісно-смислового виміру, що визначає спрямованість старіння та дає можливість відкривати свою унікальну ідентичність і продовжувати самореалізацію [47].

На основі аналізу вищезначеного, систематизуємо ключові положення про ментальні ресурси, які пропонують розглядати як вітчизняні, такі і зарубіжні автори.

I. Структура:

Структурна основа контролю поведінки складається з трьох основних підсистем: когнітивного контролю, емоційного регулювання та довільного контролю.

Центральним елементом цих ресурсів є автентичність – індивідуальна природність і біопсихосоціодуховна унікальність людини, що включає когнітивний, понятійний, метакогнітивний і інтенційний досвід.

Як частина системи ментальних ресурсів, індивідуально-психологічні характеристики розглядаються як ефективні інструменти для досягнення цілей у конкретних життєвих ситуаціях.

Вони дозволяють акцентувати увагу не тільки на поточних сильних аспектах особистості, а й на потенційних можливостях, які можуть реалізуватися в майбутньому.

Профіль ментальних ресурсів має індивідуальний, динамічний характер, змінюється внаслідок набутого досвіду подолання складних життєвих ситуацій. Це обумовлено взаємодією різних рівнів ресурсів: від індивідуальних типологічних властивостей до соціо-когнітивних, творчих і духовних здібностей.

Внутрішня картина старіння, копінг-стилі та механізми психологічного захисту є способами регуляції ментальних ресурсів і одночасно визначають їх організацію в адаптаційній відповіді.

II. Фактори обсягу ресурсів:

Обсяг ментальних ресурсів залежить від різноманітних чинників: біологічного адаптаційного потенціалу, генетичних схильностей, раннього дитячого досвіду, соціальних умов, рівня освіти, особливостей особистісної структури та стратегій подолання труднощів. Процес їх формування та розвитку зумовлені процесами когнітивної концептуалізації. Деякі ресурси можуть сприяти виникненню інших.

Профіль індивідуальних ресурсів спочатку формується як ієрархія, але в процесі онтогенезу вона розвивається в гетерархію, що дозволяє гнучко адаптуватися до вимог ситуації.

Ментальні ресурси мають біполярну природу: вони можуть як підтримувати, так і виступати бар'єрами, що ускладнюють подолання життєвих ситуацій та розвиток особистості.

Довільна їх мобілізація пов'язана з вибором найбільш підходящих стратегій для вирішення ситуацій, контролем за станом ресурсів і оцінкою їх ефективності. Мимовільна мобілізація відбувається на основі оцінки ситуації і власних можливостей [42].

До факторів мобілізації ресурсів відносяться усвідомленість, здатність до концентрації, гнучкість мислення, цілеспрямованість, рефлексивні здібності та наявність соціального капіталу. Вони можуть активізуватися під час психокорекції, психотерапії, творчої діяльності або духовно-релігійних практик.

III. Функції ментальних ресурсів:

Когнітивна функція. Ментальні ресурси впливають на нейропластичність та когнітивний резерв, підвищуючи пізнавальний інтерес та відкритість до нового, що може сприяти уповільненню атрофії гіпокампу.

Регулювальна функція. Ментальні ресурси забезпечують підтримку адаптаційно-компенсаторних механізмів, сприяють реалізації особистісного адаптаційного потенціалу протягом усього життя. Вони також допомагають запобігати стресу або пом'якшувати його вплив, зберігаючи емоційний баланс і здоров'я.

Ментальні ресурси сприяють ефективному управлінню емоціями, соціальним капіталом, і стають предикторами активного довголіття. Вони полегшують перехід від одного життєвого стилю до іншого, підвищуючи життєстійкість людини похилого віку. Відтак вони є необхідними для розвитку позитивного та активного життєвого

стилю в пізньому віці.

IV. Групи та види ресурсів:

Різноманітні групи ментальних ресурсів включають когнітивні, комунікативні, емоційно-вольові, мотиваційні та тілесні аспекти.

Позитивні ресурси першого порядку: надія, самомотивація, оптимізм [46]. До ресурсів благополучного старіння відносяться когнітивна та поведінкова гнучкість, завзятість, майстерність, оптимізм, наявність надії, позитивне сприйняття старіння, орієнтація на майбутнє, відчуття власної гідності та гумор [23].

Мотиваційні ресурси для старіння включають здатність не лише мислити в контексті сьогодення, а й сприймати минуле та прогнозувати майбутнє, позитивно оцінюючи минулі труднощі в світлі теперішнього досвіду [17].

V. Порушення ресурсів:

Ментальні ресурси обмежені й можуть виснажуватися, що ускладнює відновлення. Наприклад, стрес може викликати виснаження ресурсів, що супроводжується ризиками вторинних деформацій [29].

Зміни в пізньому віці можуть включати виснаження оптимізму, надії та психологічної стійкості. Фактори ризику виснаження ресурсів можна поділити на соматичні, психологічні та соціальні. Соматичні включають хронічні захворювання та зниження фізичної активності, психологічні – когнітивні зміни, афективні розлади, а соціальні – фінансовий стрес і соціальна ізоляція [23].

Отож, благополучне старіння значною мірою залежить від здатності до гнучкої адаптації до змінюваних життєвих ситуацій, що передбачає наявність когнітивно-емоційної компетентності (cognitive/social-emotional competence, Doerwald, 2016). Це означає вміння не лише розуміти власні психічні стани, а й адекватно інтерпретувати емоції та реакції інших людей, оскільки ці аспекти перебувають під впливом постійних змін у навколишньому середовищі.

У сучасному швидко змінюваному світі ефективність соціальної взаємодії безпосередньо залежить від розвитку тимчасової компетентності (temporal/time competence), що включає здатність орієнтуватися в часових рамках діяльності, своєчасно реагувати на соціальні сигнали та налаштовувати темп виконання завдань відповідно до обставин. Вона передбачає не тільки вміння адаптуватися до змін у швидкому темпі, але й ефективно управляти часом, організовуючи свою діяльність і повсякденне життя.

Сприйняття часу в цьому контексті виступає важливою складовою соціального пізнання, що дозволяє людині прогнозувати майбутні загрози або стресові ситуації, упорядковувати свій ментальний досвід у часовій перспективі та використовувати отримані знання для моделювання варіантів поведінки. Це вміння є необхідним для адаптивного реагування та вирішення життєвих проблем. З огляду на це, когнітивно-емоційну та тимчасову компетентність можна розглядати як важливі індивідуально-психологічні характеристики, які сприяють благополучному старінню, адже вони допомагають людині ефективно інтегруватися у соціальну структуру і зберігати життєвий баланс навіть у літньому віці.

1.2. Когнітивно-емоційна компетентність у літньому та старечому віці

Згідно з даними PubMed, з 1967 по 2018 рік, і особливо після 2000-х років, спостерігається значне збільшення досліджень соціоемоційної здібності (socio-cognitive skills/capacities) або когнітивно-емоційної компетентності, яка визначається як індивідуальні відмінності у знаннях, навичках і здатностях людини розуміти не лише власні психічні стани, але й емоції інших людей. Ця компетентність включає в себе здатність до сприйняття, розуміння та регулювання емоцій, а також метапізнання, яке дозволяє людині рефлексувати над своїми когнітивними процесами [58]. Зростання інтересу до цих досліджень пов'язано з тим, що ефективне орієнтування в складному та турбулентному соціальному середовищі вимагає здатності розв'язувати проблеми, долати невизначеність, реагувати на динамічні зміни та підвищені ризики. Такі здібності

включають: вміння виявляти важливі соціо-емоційні сигнали в оточенні, класифікувати їх на позитивні або ворожі, оцінювати соціальний статус в різних ситуаціях і взаємодіях, а також визначати роль партнера чи соціальної групи в контексті конкретної ситуації [22].

У сучасних дослідженнях також відзначається збільшення явища емпатичного дистресу (high empathic distress), а також зниження здатності до диференціації власних психічних станів і емоцій інших людей, що супроводжується зниженням чутливості та вибірковості в розпізнаванні емоцій у інших осіб [23]. Емпатичний дистрес згідно з моделлю соціо-когнітивного дефіциту, запропонованою Д.А. Місром та П. Кірчем (model of social-cognitive deficits), може призвести до функціональних змін у соціальному пізнанні (Mier, Kirsch, 2017). Наприклад, це може проявлятися в

гіперменталізації/активації, коли іншій людині приписуються негативні емоції, такі як гнів. Це порушення в розпізнаванні емоцій може призвести до невірної тлумачення соціально-емоційних сигналів, що, свою чергою, може викликати параноїдальне сприйняття намірів інших людей як зловмисних. Водночас може спостерігатися гіпоменталізація/активація як оборонна стратегія в соціо-когнітивному процесі, спрямована на уникнення осмислення власних переживань і емоцій інших людей [27].

Ці зміни спричинили велику кількість досліджень щодо здатності формувати моделі психічних станів або менталізації. Ці навички визначають важливу роль когнітивно-емоційної компетентності в загальному психічному здоров'ї людини, оскільки вони є необхідними для розуміння та регулювання емоцій, як своїх, так і чужих.

Модель психічного (theory of mind): структура, формування, функції та порушення

Розуміння людиною себе та інших базується на здатності розпізнавати та інтерпретувати психічні стани, а також на прагненні отримати якомога більше інформації про себе і оточуючих. Цей процес передбачає не лише бажання пізнати іншу людину, але й готовність особистості до самоаналізу та рефлексії [30], що всоєю чергою, є основою для формування «моделі себе» [45], гнучкого образу психічного стану [51] та концептуальної моделі психічного стану іншої особи [36]. Здатність співвідносити свої дії з думками та емоціями дозволяє організовувати соціальну поведінку, спрямовану на налагодження позитивних взаємодій з іншими людьми, встановлення романтичних відносин, досягнення сімейної гармонії, ефективне планування повсякденних справ, успішне виконання робочих завдань та управління стресом.

Проте на сьогоднішній день в наукових дослідженнях, як вітчизняних, так і зарубіжних, не існує єдиного визначення термінів, що описують психологічні аспекти розуміння людиною себе і іншої людини. До таких понять належать: «афективне пізнання», «соціальне пізнання», «модель психічного стану», «менталізація» та «емоційний інтелект». Це різноманіття термінів обумовлене різними методологічними підходами та інструментами, які використовуються в наукових дослідженнях.

Зокрема, Дзюба Т. М. запропонувала переклад терміну «theory of mind» як

«модель психічного стану» людини, що охоплює як її власні психічні стани, так і стани інших людей. Це розуміння відрізняється від трактування терміну як «внутрішньої моделі свідомості іншої людини», що, згідно з її концепцією, є тісно пов'язаним із проблемами свідомих і несвідомих структур психіки [51]. У той час як деякі дослідники розглядають модель психічного стану як здатність до розуміння емоцій та мотивів інших, інші визначають її як здатність враховувати думки інших людей у процесі соціальної взаємодії.

З таблиці 1 видно, що модель психічного розуміється як метакогнітивна здатність, що дає змогу приписувати іншим людям психічні стани як причини їхніх вчинків, а також прогнозувати їхню поведінку через призму психічних станів. Ця здатність важлива для формування репрезентативного простору «Я- Інший», який є необхідним для організації оптимальної соціальної активності, підтримки автономії, розвитку соціального капіталу та дотримання прийнятих у суспільстві норм поведінки.

З таблиці видно, що модель психічного виступає як «виконавчий компонент», який управляє багаторівневими когнітивними репрезентаціями, необхідними для обробки соціальної інформації високого рівня та забезпечення ефективної взаємодії між людьми. Також зазначено, що терміни «модель психічного» та «менталізація» взаємно доповнюють один одного, оскільки обидва описують когнітивну здатність розуміти та концептуалізувати психічні стани як власні, так і інших людей [23].

Таблиця 1

**Порівняльний аналіз понять, що описують психологічну реальність
розуміння себе та іншої людини**

МОДЕЛЬ ПСИХІЧНОГО	МЕНТАЛІЗАЦІЯ	СОЦІАЛЬНЕ ПІЗНАННЯ	ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ
ПОНЯТТЯ			
Системний соціо-когнітивний процес, який забезпечує розуміння власного психічного стану та стан інших людей, а також дозволяє зробити висновки про думки, плани, припущення, амбіції інших людей.	Соціо-когнітивна здатність, що дозволяє сприймати та інтерпретувати поведінку інших людей як детермінованими не зовнішніми, а внутрішніми причинами. Процес пізнання іншого здійснюється із застосуванням фантазії, уяви, творчості для реконструкції внутрішнього світу іншої людини. Це інтуїтивна швидка настановна реакція.	Соціальне пізнання розуміє процес, як соціальна інформація кодується, як зберігається і витягується з пам'яті; як соціальне знання структурується людиною, які когнітивні процеси беруть участь, коли в людини формується репрезентації про інших людей. Описує, як людина утворює судження про психічні стани інших людей.	Компонент соціального інтелекту, група когнітивних здібностей (навичок), які сприяють усвідомленню та розумінню власних емоцій та емоцій інших людей, управлінню власними емоціями з метою ефективної соціальної взаємодії.
СТРУКТУРНІ КОМПОНЕНТИ			
Когнітивний або соціально-когнітивний компонент; Емоційний чи соціально-перцептивний компонент; Вольовий компонент.	Автоматизований-контрольований аспект Я – Інші; Інтернальний-екстернальний аспект; Когнітивно-емоційний аспект.	Сприйняття експресії особи та голосу; Руховий резонанс; Емоційна та когнітивна емпатія; Соціальне сприйняття та поведінка; Моральні міркування атрибутивні тенденції; Регулювання емоцій; Спільне використання емоцій; Модель психічного; Сприйняття часу.	•Розпізнавання та вираження емоцій; Регулювання емоцій; •Використання емоційної інформації у процесі адаптації до навколишнього світу.
ПРЕДМЕТ			
Розуміння психічних станів та його наслідків, що дозволяє прогнозувати поведінку інших людей.	Розуміння власних психічних станів та станів інших людей	Соціальні взаємодії	Відстеження власних емоцій та емоцій інших людей
ФУНКЦІЇ			
Комунікативна продуктивність; соціальна адекватність; передача комунікативних намірів іншій людині; вплив на співрозмовника; розуміння інформаційних потреб співрозмовника.	Управління власними емоціями; ефективна комунікація; створення ефективних соціальних груп.	Ефективна взаємодія групи.	Ефективний спосіб життя та соціальна взаємодія

Проте підхід до «менталізації» базується на інтерактивній моделі досліджень,

що враховує реальний контекст взаємодій, в той час як модель психічного, яка вимірюється під час обстежень, не завжди співвідноситься з її спонтанним використанням у повсякденному житті для пояснення поведінки інших осіб [16].

Це можна продемонструвати за допомогою кількох прикладів. Наприклад, деякі матері, які показали високий рівень виконання завдань, що оцінюють здатність будувати модель психічного стану інших людей, мали труднощі з адекватним розумінням психічних станів своїх маленьких дітей [42]. Також, люди, які перенесли важку черепно-мозкову травму, можуть успішно виконувати завдання на розуміння помилок у думках, непорозумінь чи подвійного блефу, однак у реальних соціальних ситуаціях вони часто стикаються з труднощами у розумінні психічних станів та намірів інших людей [28]. Таким чином, хоча модель психічного є важливим компонентом процесу менталізації, вона не є тотожною йому.

Важливо зазначити, що поняття «менталізація» є інтегративним або «парасольним» концептом, оскільки воно поєднує когнітивні та емоційні процеси самопізнання та розуміння іншої людини, а також емоційно значущих відносин прихильності. Цей підхід дозволяє отримати цілісне уявлення про розвиток цих процесів і їх порушення [46]. Менталізація та модель психічного пов'язані з внутрішніми когнітивними схемами, які дають змогу інтерпретувати як власні психічні стани, так і психічні стани інших осіб. Розглядаючи ці процеси як внутрішні механізми соціального пізнання та емоційного інтелекту, варто підкреслити, що вони спрямовані на концептуальний аналіз, який включає розуміння того, як людина формує концепти навколишнього світу та своєї ролі в ньому.

Отож, систематизуємо основні положення щодо здатності до побудови моделі психічного стану інших осіб:

I. Структура.

Модель психічного не обмежується лише інтелектуальними або когнітивними здібностями. Вона часто описується як «холодний» компонент соціального пізнання і може бути віднесена до синоніму когнітивної емпатії (Progress Njomboro, 2017). Модель включає в себе систему когнітивних репрезентацій і пропозиційних установок, які допомагають зрозуміти, як і чому інша людина поводить певним чином.

Модель психічного реалізується на двох рівнях репрезентацій: першому рівні,

як здатність розуміти психічні стани іншої людини, та другому – як здатність розуміти, як одна людина мислить щодо психічних станів та намірів іншої людини. Деякі автори виділяють "лицьовий" та "прагматичний" компоненти в межах цієї моделі [50].

Імпліцитний компонент (ToM implicit) є «автоматичним» процесом, який виникає першим і базується на неусвідомленому досвіді, що дозволяє ефективно використовувати соціальну інформацію. Це фундамент для розвитку складніших соціальних навичок і адаптивних соціальних функцій. Натомість експліцитний компонент (ToM explicit) активується свідомо і довільно, розвиваючись на більш пізніх етапах [46].

Дослідники, такі як Дж. Коріселлі (Coricelli, 2005) та М. Денніс і Н. Сіміс (Dennis, Simic, 2013), виділяють наступні компоненти в межах моделі психічного:

1. Емоційний, «гарячий», «лицьовий» компонент (socio-affective, affective, «hot» ToM) відповідає за одночасне сприйняття і обробку соціальної інформації, емоційну комунікацію та емоційну компетентність. Він включає: емоційне розуміння, регуляцію емоційного стану, здатність до емпатії та просоціальної поведінки.

2. Когнітивний, «холодний», «прагматичний» компонент (socio-cognitive, cognitive, «cold» ToM) пов'язаний із запам'ятовуванням облич, когнітивно-лінгвістичною обробкою соціальної інформації, розумінням небуквальних висловлювань та прагматичною компетентністю. Серед його складових:

- Вербальний компонент: вибір слів, характер запитань, лаконічність, ініціація спілкування, підтримка та зміна теми розмови в залежності від контексту, доречність розмови, вміння ставити запитання, характер відповідей, ввічливість, використання пауз, завершення розмови та зворотний зв'язок;

- Паралінгвістичний компонент: темп, гучність, тембр та мелодійність мови, характер пауз, дикція та інтонація;

- Невербальний (екстралінгвістичний) компонент: жести, тілесні вирази, експресія обличчя, голосу для вираження емоцій, спільна увага, зоровий контакт, фізична дистанція.

3. Вольовий компонент (conative ToM) пов'язаний із соціально- комунікативною

здатністю впливати на психічний стан іншої людини, коли одна особа прагне змінити ставлення або реакцію іншої через соціальну взаємодію.

Таким чином, у структурі моделі психічного можна умовно виділити два основних фактори: лицьовий, який охоплює розпізнавання емоцій та пам'ять на обличчя, та прагматичний, що включає здатність розуміти складні соціальні явища, такі як обман, іронія, чи блеф.

II. Формування. Становлення та реорганізація моделі психічного відбуваються протягом усього життєвого шляху людини. Це є одним із важливих механізмів розвитку когнітивної функції суб'єкта. Різні теоретичні підходи, зокрема симуляційний, нативістський та інші, по-різному визначають рушійні сили розвитку цієї здатності [19]. Однією з важливих умов для розвитку моделі психічного є наявність значущої іншої людини, яка забезпечує безпечну прихильність. У цьому просторі через процеси прийняття та переробки інформації дитина навчається усвідомлювати свої бажання та психічні стани, що є частиною процесу «контейнування» та «означення» з боку значущої іншої людини [9]. Наприклад, досвід співробітництва або конкуренції з братами чи сестрами може позитивно впливати на розвиток цієї здатності. Формування моделі психічного також залежить від умов сімейного виховання, рівня освіти матері та соціально-економічного статусу родини. Емоційний і когнітивний компоненти розвиваються паралельно та поступово, причому особливо інтенсивно ці процеси протікають у контексті соціальних відносин.

III. Функції:

- Комуникативна функція. Модель психічного забезпечує розуміння соціальної інформації вищого порядку (higher-order social information processing), що дозволяє людині ефективно взаємодіяти з іншими, як в рамках окремих комунікацій, так і в загальних соціальних контекстах. Вона підтримує соціальну адекватність і дозволяє передавати свої наміри, впливаючи на співрозмовника [33]. Разом з емоційною емпатією ці функції відіграють важливу роль у соціальній поведінці, контролі емоцій та формуванні моральних суджень.

- Когнітивна функція. Модель психічного забезпечує метапрагматичне розуміння, тобто здатність аналізувати власний когнітивний та емоційний стан, а

також особливості комунікації.

- Регулювальна функція. Включає здатність регулювати емоційний стан і застосовувати гнучкі когнітивні стратегії адаптації до змінюваних соціальних умов [55]. Наприклад, здатність адаптувати інтерпретації соціальних та емоційних стимулів, формувати альтернативні тлумачення і дотримуватися соціальних норм. Ця функція є важливим чинником, який визначає ефективність взаємодії в терапевтичних відносинах, зокрема між літніми людьми та медичними працівниками.

IV. Загальні нейрокогнітивні механізми.

Формування і функціонування моделі психічного забезпечується правою півкулею мозку, хоча це може також включати інтеграцію стимулів, оброблених як у правій, так і в лівій півкулі. Важливу роль у цьому процесі відіграє нейронна мережа пасивного режиму роботи мозку (Default Mode Network) [55]. Модель психічного базується на когнітивних та метакогнітивних процесах, соціальних ресурсах і мотивації, а також на здатності здійснювати тимчасову перспективу – ментальну «подорож» у часі, яка дозволяє розуміти свій стан у майбутньому. Крім того, важливою є психологічна розумність – здатність будувати причинно-наслідкові зв'язки між подіями, думками та емоціями, а також толерантність до невизначеності та здатність розрізняти реальність і її когнітивні репрезентації.

V. Порушення, дефіцит чи «збої» (mentalization/TOM deficit; social cognitive deficits):

- За походженням:
 - Первинні порушення (genuine/primary ToM deficit). Це зміни у когнітивних функціях, що виникають внаслідок вроджених порушень, таких як сліпота, катаракта або аутистичні розлади.
 - Побічні порушення (secondary ToM impairment). Ці зміни пов'язані з порушеннями когнітивних і емоційних ресурсів, наприклад, при тривожних розладах, цереброваскулярних захворюваннях або черепно-мозкових травмах.
- За формою:

- Тотальні (widespread deficits) або парціальні (selective deficits);
- Контекстно-залежні або не ситуативно залежні порушення;
- З персоналізованим (personalizing bias), негативним (negativity bias),

егоцентричним (egocentric bias) або позитивним (positive bias) зміщенням при обробці соціо-емоційних стимулів;

- З тенденцією до пре-, гіпо-, гіперменталізації або надмірної моделі

психічного (excessive/hyperfunctional theory of mind).

- За порушенням структурним компонентом:

- Емоційний компонент ТоМ: дефіцит розпізнавання емоцій, зміни в

пам'яті на обличчя, порушення вираження емоцій та метаемоцій;

- Когнітивний компонент ТоМ: дефіцит прагматичних здатностей або

прагматична афазія;

- Дефіцит імпліцитного компонента ТоМ спостерігається при

аутистичних розладах;

- Дефіцит експліцитного компонента ТоМ.

• За ступенем порушення: легкі соціально-когнітивні проблеми (subtle social cognitive problems), помірні дефіцити теорії розуму (Reduced theory of mind), надмірна менталізація (excessive theory of mind, overmentalizing) та виражений дефіцит [28; 57; 62].

РОЗДІЛ 2

ВІКОВІ ЗМІНИ У МОДЕЛІ ПСИХІЧНОГО НА ПІЗНІХ ЕТАПАХ ОНТОГЕНЕЗУ

2.1. Ресурсний підхід до розуміння змін у моделі психічного в пізньому віці.

Цей підхід трактує зміни в моделі психічного як процес, що може бути регресивним на пізніх етапах онтогенезу, що відображає адаптаційні стратегії людини, спрямовані на вирішення специфічних проблем, пов'язаних зі старінням. Це механізм, який дає можливість літній людині гнучко адаптуватися до нових соціальних умов і відносин, враховуючи фізіологічні та психологічні зміни. Процес такої адаптації можна трактувати як процес дедиференціації, який сприяє створенню нових зв'язків і інтеграції психічних функцій, де раніше не було очевидних можливостей для цього. Вікові зміни, зокрема, виявляються у вибірковості сприйняття інформації, де акцент зміщується на позитивні емоційні аспекти, що допомагає підвищити задоволеність від життя та загальну емоційну гармонію [35].

Мотиваційний підхід підкреслює важливість мотиваційних факторів у розвитку здатності до побудови психічної моделі іншої людини, що зберігається навіть у пізньому віці. Згідно з концепцією міжіндивідуальної варіативності (ToM plasticity), зміни в когнітивних компонентах моделі психічного можуть мати різну траєкторію у людей похилого віку, що залежить від соціальних і психологічних ресурсів [33]. Відмінність між дефіцитарним і ресурсним підходами полягає в тому, що останній пояснює, як людина використовує свої ресурси для адаптації до змін, вирішуючи емоційні й соціальні проблеми в процесі старіння.

Згідно з дискретним емоційним підходом до старіння (Kunzmann, 2017) та теорією регуляції емоцій М.М. Лаутона (Lawton, 2001), люди похилого віку часто застосовують специфічні копінг-стратегії для управління міжособистісними конфліктами. Вони зазвичай демонструють менш виражену реактивність на негативні емоції порівняно з молодшими людьми. Люди з розвиненою здатністю до розуміння психічних станів іншої людини виявляють схильність до більш спокійного й обдуманого підходу, сприймаючи внутрішній світ співрозмовника без імпульсивних реакцій (Dejko, 2015). У людей похилого віку з віком часто спостерігається покращення здатності регулювати емоційний стан, що допомагає знижувати вплив деструктивних емоцій через зовнішні (довірчі

стосунки) та внутрішні (когнітивна переоцінка ситуацій) механізми адаптації.

Зміни в здатності до побудови психічної моделі в пізньому віці не є загальним дефіцитом, а, скоріше, соціально зумовленою дисфункцією, яка проявляється через домінування певного стилю взаємодії або перцептивного ухилу. Це може бути позитивне або негативне зміщення, яке відображає специфіку вікових змін у сприйнятті соціальних емоцій. Різні теорії вікового зміщення, як-от теорія позитивного зміщення (age-related positivity effect) та модель селективної активності (selective engagement of cognitive resources), вказують на те, що люди похилого віку обирають соціальні контакти, орієнтуючись на позитивні емоції, та використовують свої ресурси більш вибірково, щоб уникати конфліктів та стресових ситуацій [28; 57; 62].

Теорія соціо-емоційної селективності пояснює, що, коли людина усвідомлює обмеженість часу, вона перерозподіляє свої ресурси, спрямовуючи їх на найбільш значущі соціальні взаємодії, зокрема на підтримку позитивних емоційних зв'язків. Цей процес зазвичай супроводжується підвищеною чутливістю до позитивних емоцій та прагненням підтримувати гармонійні соціальні відносини [41]. Точно так само модель розвитку позитивних емоцій Б. Фредріксона (Fredrickson, 2001) підкреслює важливість емоцій, таких як радість, цікавість і задоволення, які допомагають ефективно приймати рішення в ситуаціях невизначеності.

Моделі оптимізації і компенсації ресурсів, розроблені П. Балтесом (Baltes, Baltes, 2010), а також мотиваційна теорія Дж. Хекхаузена (Heckhausen, 2010), припускають, що люди похилого віку вибирають певні сфери життя, в яких вони можуть бути успішними, оптимізуючи свої ресурси для досягнення своїх цілей і компенсації вікових втрат. Фактори, такі як високий рівень освіти, двомовність, соціальна активність та підтримка, можуть допомогти компенсувати наслідки старіння мозку і підтримувати соціо-когнітивні функції в процесі взаємодії з іншими людьми (Schroots, Assink, 2005). Вікові зміни можуть також посилити здатність до соціо-когнітивних функцій через використання мультимодальних соціо-емоційних сигналів, що допомагають літнім людям краще розуміти наміри та психічні стани інших (Shany-Ur, 2011). Це відбувається при наявності соціальної мотивації, коли людина прагне зрозуміти іншу людину в соціальному контексті.

Розуміння психічних станів інших людей у людей похилого віку може бути

значно обмежене через зниження когнітивної гнучкості, а також через наявність егоцентричних упереджень, що виражаються в егоцентричному зміщенні (Riva, 2016). Це означає, що, коли людина старшого віку стикається з динамічним соціальним контекстом, який ускладнює розуміння намірів та внутрішнього стану інших, може автоматично активуватися компенсаторний процес, за якого сприйняття інших базується переважно на власному досвіді та стереотипах. Це явище отримало назву емоційного егоцентричного зміщення (emotional egocentricity bias, Riva, 2016), яке проявляється у спрощеному та стереотипному розумінні навколишніх, що обмежує емоційну й соціальну адаптацію до змінюваного оточення.

Згідно з принципом ресурсної парадигми, що базується на ідеї "використовуй, бо втрадиш" (Zhang, 2013), соціальні зв'язки та підтримка мають важливу роль у забезпеченні психічного здоров'я в літньому віці. Наприклад, активна взаємодія з друзями, дітьми або онуками, а також наявність довіреної особи, значно підвищують мотивацію до підтримки здорових соціальних взаємин і допомагають краще розуміти як власні психічні стани, так і стан інших людей. Цей процес підтримується стрес-буферною гіпотезою, яка стверджує, що соціальний капітал людини похилого віку виступає своєрідним захисним механізмом від стресів, створюючи простір для розрядки емоційного напруження (Raffaell, 2013).

Однак, на відміну від більш вільних та гнучких соціальних відносин з друзями, сімейні зв'язки можуть обмежувати використання соціо-когнітивних навичок, оскільки в них часто превалює суворі нормативна складова, що знижує можливість для самовираження та емоційної адаптації (Лессе, 2017). Це підкріплюється думкою П. Ліхтарі (2014), який зазначав, що досвід міжособистісного стресу та уподобань у спілкуванні відіграє важливу роль у здатності літніх людей розуміти психічні стани інших. Спотворення в соціальній мотивації можуть виникати через встановлені настанови щодо комунікації, зокрема через ворожість, маніпуляції або навіть ізоляцію [8-10]. Це вказує на важливість адаптації мотиваційних стратегій у контексті вікових змін, зокрема у соціальних та міжособистісних відносинах.

Тимчасова компетентність у літньому та старечому віці

Прискорений темп життя, з переважанням інформаційного навантаження та різноманітної діяльності, ставить перед людьми похилого віку нові вимоги щодо

тимчасової компетентності. Це поняття визначає здатність орієнтуватися в поточному часі, адекватно діяти в різних часових режимах і формувати власну тимчасову перспективу [7]. Тимчасова компетентність є важливим фактором для правильного оцінювання ситуацій, вибору та досягнення цілей з урахуванням індивідуальних сильних сторін та можливих вразливостей, особливо в контексті старіння.

У моделі концептуалізації часу Л. Карстенсена тимчасова компетентність розглядається як один із способів досягнення особистих цілей, а також розуміння і надання сенсу різним аспектам часу в житті людини. Вона є ключовою для того, щоб людина могла реалізувати свої життєві цілі, оцінюючи ситуації, що виникають, з урахуванням як минулого досвіду, так і майбутніх перспектив [27].

Згідно з іншою моделлю, час можна освоювати як у практичній діяльності (об'єктивний аспект), так і в пізнавальному процесі (суб'єктивний аспект), де формується когнітивна модель сприйняття часу. Це включає в себе концепцію часу, яка визначає індивідуальне сприйняття минулого, теперішнього та майбутнього, а також тривалість і послідовність життєвих подій. Це, в свою чергу, впливає на поточні тимчасові переживання, оцінки та рішення людини, а також допомагає в плануванні майбутнього [44]. Така система когнітивних репрезентацій дає змогу людині формувати цілісну картину світу для ефективної саморегуляції.

Індивідуальна концепція часу забезпечує структурованість особистого досвіду, що дає змогу більш об'єктивно оцінювати поточні ситуації, не лише з актуальної позиції, а й у розгорнутій тимчасовій перспективі. Це дозволяє людині формувати мети, орієнтуючись на майбутнє та інтерпретуючи події, які вже відбулися, через призму часу.

Модель концептуалізації Л. Карстенсена також акцентує увагу на важливості біографічного масштабу, як зазначає Максименко С.Д., який передбачає процес сприйняття довгих часових інтервалів і організації накопиченого досвіду. Однак ця модель не охоплює перцептивний рівень сприйняття часу, який включає в себе процеси антиципації та безпосереднього сприйняття тимчасових інтервалів, що охоплюють діапазон від мілісекунд до кількох хвилин [13].

Процес сприйняття часу можна розглядати через різні рівні, кожен з яких

забезпечує специфічну форму взаємодії людини з часом.

I. Перцептивно-чуттєвий рівень. Людина народжується з певними особливостями циркадних ритмів (так званий хронотип), що визначають роботу її біологічного годинника, відповідального за контроль біохімічних, фізіологічних та поведінкових процесів (Teixeira, 2013). Згідно зі скалярною теорією Дж. Гіббона і моделлю клапана уваги Р. Блоку, сприйняття часу підтримується циркадним механізмом, який включає регулятор швидкості, імпульсні регулятори та перемикачі. До цього процесу також залучені когнітивні ресурси, зокрема увага, робоча та довготривала пам'ять (Turgeon, 2016).

II. Концептуальний рівень. Цей рівень визначається когнітивними репрезентаціями часу, які є динамічною системою організації суб'єктивного уявлення людини про тимчасову структуру її існування. Ці репрезентації формують «каркас», який дозволяє людині розуміти час і визначати його вплив на своє життя. Вони включають ціннісно-сміслові ставлення до часу, важливі для інтерпретації досвіду людини. Когнітивні репрезентації забезпечують організацію знань і орієнтацію в часі, включаючи хронологічні та хронометричні уявлення, що дозволяють здійснювати такі процеси, як сприйняття тривалих часових інтервалів, ментальні подорожі у часі, орієнтація в поточному часі, побудова тимчасової траєкторії життя, та формування тимчасової перспективи [12].

Тимчасова перспектива є важливим показником благополуччя, зокрема у літньому віці. Вона включає кілька компонентів, що важливі для психологічної оцінки старіння [44]:

1. Когнітивний компонент тимчасової перспективи:

- ставлення до часу чи зв'язок часових зон (time relation) визначає, як різні періоди часу взаємодіють один з одним в житті людини, зокрема минуле, теперішнє та майбутнє. Це забезпечує розуміння причинно-наслідкових зв'язків між подіями та допомагає в самоактуалізації і мотивації людини.

- щільність часу (time frequency) або тимчасова глибина (temporal depth) визначає, як час сприймається під час ментальних подорожей у минуле чи прогнозів майбутнього.

- концептуалізація часу (time meaning) – визначення основних тем і сенсів, якими людина описує своє минуле, теперішнє та майбутнє.

2. Емоційний компонент тимчасової перспективи:

- тимчасова установка (time attitude) – це емоційна оцінка минулого, теперішнього та майбутнього, яка визначає цілі, мотивацію та діяльність людини.
- домінуюча тимчасова зона (time dominance) – це акцент на певний період часу, який домінує в свідомості людини в залежності від життєвих ситуацій.
- тимчасова перспектива майбутнього визначається як когнітивно-мотиваційна здатність будувати образ майбутнього, що включає мотиваційні аспекти, як то цілепокладання та прагнення досягти короткострокових і довгострокових цілей.

Відтак, зазначені компоненти тимчасової компетентності формують системний процес, який допомагає організувати взаємодію людини з навколишнім світом.

У літньому віці зміни на всіх структурних компонентах тимчасової компетентності (когнітивному, ціннісно-смысловому, мотиваційному, рефлексивно-оціночному та операційно-технічному рівнях) можуть призвести до проблем з ефективною орієнтацією у часі. Зокрема, у цей час спостерігається феномен темпоральної короткозорості (temporal myopia), коли літні люди віддають перевагу вирішенню поточних справ, а не плануванню майбутнього, що може призвести до надмірної активності без врахування власних ресурсів і можливих наслідків. Це явище пов'язане з ризиком виснаження ресурсів і є одним із показників негативного перебігу старіння та розвитку хронозалежних розладів, неврологічних чи нейродегенеративних проблем.

2.2. Суб'єктивний вік: структура та динаміка на пізніх етапах онтогенезу

В останні роки в геронтопсихології значно зросла увага до дослідження суб'єктивного віку, що стало наслідком зростання кількості доказів його важливості як чутливого біопсихосоціального маркера фізіологічних і психологічних процесів старіння. Даний феномен почав розглядатися як альтернативний маркер оцінки процесу старіння, що дозволяє точніше визначати тенденції в розвитку людини. Це дає можливість виявляти людей похилого віку, схильних до розвитку когнітивних порушень, а також до підвищених ризиків смертності.

Суб'єктивний вік – це відчуття того, скільки років людина «сприймає» себе. Як складова частина тимчасової компетентності, він є важливим інструментом для опису змін у віковій ідентичності та дозволяє людині осмислювати свою

життєву траєкторію [62]. Т. з. суб'єктивна вікова ідентичність виступає як механізм регулювання поведінки, відображаючи здатність людини справлятися з життєвими завданнями та викликами. Вона також розкриває екзистенційні аспекти старіння, пов'язані з особистим сприйняттям цього процесу (Stephan, Sutin, 2015).

Зазначимо, що однією з основних проблем у сучасній геронтології є розробка критеріїв для точного визначення пізніх етапів онтогенезу, які б враховували фізіологічні, психологічні та соціальні аспекти старіння. Хоча зрозуміло, що вік є системним феноменом, який описує процеси онтогенезу людини в тимчасовому вимірі, до сьогодні домінує кількісне (хронологічне) визначення віку, яке переважає над типологічними, причинно-цільовими та мотиваційними підходами.

Хронологічний вік, з одного боку, є зручним інструментом для прогнозування змін у фізіологічному, емоційному та когнітивному функціонуванні людини, а також для передбачення розвитку різноманітних соматичних, нейродегенеративних та психічних розладів у літньому віці. Однак важливо розуміти, що лише хронологічний вік не може в повній мірі відобразити складність і багатоаспектність процесів старіння, що вимагає більш комплексного підходу до оцінки вікових змін (табл. 2).

Однак, з іншого боку, він є дуже складною величиною. Умовним, грубим індикатором оцінки старіння та прогнозу змін у функціональному статусі людини (Stephan, Sutin, 2016). Хронологічний вік більшою мірою характеризує минуле людини, будучи непрямым індикатором віддаленості від смерті. Не враховує, що існує значні відмінності у швидкості старіння в окремих осіб, а кількість дослідження, що зростає, передбачає зв'язок між сприйняттям старіння і змінами в когнітивних процесах (Stephan, 2018). Паспортний (хронологічний) вік не чутливий до характеристик внутрішнього світу; суб'єктивним оцінкам фізичного та психологічного здоров'я, установкам стосовно власної старості та старіння [5]. Вік у будь-який момент часу слугує як індикатор внутрішніх (біологічні, фізіологічні, психологічні аспекти) та зовнішніх (соціальні та культурні аспекти) змін.

Таблиця 2.

Порівняльний аналіз понять, що описують вікову ідентичність людини

ХРОНОЛОГІЧНИЙ ВІК	СУБ'ЄКТИВНИЙ ВІК
Кількісний підхід	Функціональний підхід
Відображає те, скільки років прожито	Репрезентації людини про свій вік. Когнітивно-суб'єктивна оцінка
Не багатовимірний	Багатовимірний. Сплав суб'єктивного біологічного, емоційного, соціального та інтелектуального віку.
Визначає соціальні можливості людини	Атрибут суб'єктності. Виступає тією якорною репрезентацією, щодо якої людина сприймає себе на життєвому шляху
Зручний нормативно-калібрувальний прогностичний фактор	Виступає біопсихосоціальним індикатором благополучного перебігу старіння
Високочувствительна величина, що не дає цінної інформації про механізми тих чи інших змін	Динаміка: «ідентично», «старше» чи «молодша» хронологічного віку
Характеризує минуле людини, будучи непрямим індикатором віддаленості від смерті	Акцентується на теперішньому
Незворотний	Зворотний
Не чутливий до характеристик внутрішнього світу людини, суб'єктивних оцінок здоров'я	Акцент на внутрішню психічну організацію людини в реалізації та регуляції поведінки. Виступає метакогнітивним контролем

У зв'язку з цим кількісний підхід до визначення віку грає обмежену роль і повинен бути замінений функціональним або мультикомпонентним, які пропонують запровадити поняття функціонального або суб'єктивного віку, що враховує: динаміки старіння; біопсихосоціальні аспекти, що визначають перебіг старіння та суб'єктивну оцінку старіння. Рефлексія про власне старіння складається із суб'єктивного віку, сприйняття старості та старіння, а також сприйняття віково-асоційованих втрат та придбань. Суб'єктивний вік не замінює біологічний вік, який передбачає комплексну оцінку функціонального стану різних систем функцій організму, а також адаптаційних, ресурсних можливостей організму [10].

На відміну від хронологічного та біологічного віку, функціональний або суб'єктивний вік зацентований на теперішньому, на внутрішній психічній організації людини в реалізації та регуляції поведінки. Належачи до особистісних утворень, він виступає тією стрижневою репрезентацією, щодо якої людина сприймає себе на життєвому шляху та позиціонує себе у соціокультурному просторі. У рамках геронтопсихології суб'єктивний вік, розуміється як «суб'єктивна оцінка людиною пізнього віку власного старіння та

старості, що відображає її індивідуальний досвід, культурні та особистісні смисли про ці процеси» [12, с. 56]. Відповідно до функціональної моделі Р. Кастенбаума "Age-of-me" суб'єктивний вік, є багатовимірною, предметно-орієнтованою конструкцією, аналогічною іншими суб'єктивним змінним старіння. Включає інтеграцію когнітивного, емоційного та соціального компонентів і визначається низкою внутрішнього віку (Kastenbaum et al., 1972).

Т. М. Дзюба зазначає, що суб'єктивний вік, будучи атрибутом суб'єктності, передбачає наявність рефлексії, що виконує продуктивну або контрпродуктивну функції, послаблюючи, посилюючи або інвертуючи співвідношення подій, що відбуваються, та їх суб'єктивного сприйняття [19, с. 78]. При цьому він виступає у якості метакогнітивного контролю, який опосередковує сприйняття подій, що відбуваються, і регуляцію поведінки залежно від того, наскільки велика розбіжність між об'єктивною реальністю та суб'єктивними уявленнями про власні ресурси. Суб'єктивний біологічний вік Р. Кастенбауманом та Б. Бараком розглядається як самооцінка біологічного старіння (Barak, Schiffman, 1981). Для людини похилого віку зміни у зовнішності, наявність тимчасовості тіла, є пробуджувальними переживаннями (за І. Яломом, 2016) або значними смислами (за Ж. Лаканом), які асоціюються з усвідомленням смерті (Heslon, 2008). В рамках геронтокосметології зазначено, що при змінах у зовнішності, літні жінки перестають впізнавати себе у дзеркалі, починають уникати виглядати у дзеркало; намагаються замовчати чи зменшити свій хронологічний вік [32]. У зв'язку з тим, що люди похилого віку віддають пріоритет не тільки фізичній привабливості, але й стану здоров'я оцінка емоційного віку виступає індикатором суб'єктивного благополуччя.

У літньому та старечому віці часто спостерігається феномен когнітивної ілюзії віку, що включає явища заперечення віку (age denial, Barak, Rahtz, 1999) та стратегії переписування віку (age rewriting strategies, Morelock, 2017), тобто відмінність між хронологічним та суб'єктивним віком. Однією з найбільш поширених форм заперечення віку є прагнення виглядати молодше за свій хронологічний вік (Shinan-Altman, Werner, 2019). Цей феномен має кілька визначень, зокрема: «нестаріє-Я» (ageless self, Kaufman, 1986), «позитивна когнітивна ілюзія віку» (positive illusion bias, Teuscher, 2009), «консервація віку» або «перевага молодості» (youthful bias, Gana et al., 2004) [40].

При цьому позитивна когнітивна ілюзія віку є важливим психологічним індикатором процесу старіння і має кілька позитивних наслідків, таких як зменшення фінансового стресу, оптимістичні очікування та покращення когнітивних функцій, а також підвищення рівня самомотивації, впевненості в собі та відкритості до нового. Додатково це може сприяти збільшенню фізичної та соціальної активності, а також зниженню ризиків захворювань і смертності. З точки зору здоров'я це також відображається в наявності здорових звичок і профілактичних стратегій, включаючи популярність антивікових продуктів і омолоджувальних інтересів [там само].

Проте важливо зазначити, що не завжди люди похилого віку, які відчувають себе «молодшими», є задоволені своїм життям. Наприклад, розбіжність між хронологічним і суб'єктивним віком на рівні 10-13 років свідчить про оптимальний рівень когнітивної ілюзії віку. У той час, якщо ця різниця становить 15-18 років, можна припустити наявність надмірних заперечень старіння або невротичних тенденцій [10, с. 73].

Оцінка суб'єктивного віку, яка є «ідентичною» або ближчою до хронологічного віку, вважається правильним відчуттям власного віку, і більшість дослідників з цим погоджуються. Така оцінка часто вважається показником нормального процесу старіння. Однак деякі вчені вважають, що така самовідчуття може слугувати «жовтим прапорцем», що сигналізує про потенційні ризики змін у фізичному та психічному стані (Kotter-Gruhn, 2015).

Негативна когнітивна ілюзія віку, коли суб'єктивний вік оцінюється як «старший», ніж хронологічний, є маркером передчасного старіння або старечої астенії. Це може бути пов'язано з рядом проблем, таких як різке зниження пам'яті, підвищений ризик розвитку когнітивних порушень, знижена психологічна стійкість, депресивні симптоми, хронічні розлади сну, порушення в сексуальній сфері, гіпертонія, нейротизм, зміни в легеневій функції тощо. Дослідження показали, що оцінка суб'єктивного віку «старше» хронологічного може бути пов'язана з підвищеним ризиком розвитку деменції протягом наступних чотирьох років (Stephan, 2018).

Вікова дезорієнтація (age disorientation) є ще однією формою порушення самовідчуття віку, коли людина може наполягати на тому, що її вік «молодший» або «старший» за паспортний. Такий розрив між суб'єктивним і хронологічним

віком може становити більше 15-20 років. Наприклад, якщо паспортний вік людини 61 рік, але вона вважає, що їй 48. Водночас людина здатна правильно визначити поточну дату, дату свого народження та різницю між датами. Така форма дезорієнтації може виникати в пізньому віці за наявності більш серйозних порушень, таких як постиктальні стани, деменція, делірій або амнестичні синдроми (наприклад, корсаківський синдром), а також при шизофренії (Peer, Lyon, 2014).

Соціально-когнітивні механізми, за допомогою яких літні люди оцінюють свій стан здоров'я, також відіграють важливу роль у сприйнятті їхнього віку. Одним із таких механізмів є порівняння себе з іншими людьми – як з тими, хто знаходиться в гірших (низхідне соціальне порівняння), так і в кращих (висхідне соціальне порівняння) обставинах, згідно з теорією соціальних порівнянь Л. Фестенгера. Крім того, літня людина може порівнювати своє теперішнє становище з іншими періодами свого життя, використовуючи теорію тимчасових порівнянь [40].

Орієнтування поточного часу у літньому та старечому віці

Особлива увага в дослідженнях старіння приділяється такому ризику неблагополучного перебігу старіння, як порушення когнітивних уявлень про поточний час, тобто здатності орієнтуватися в часі. Згідно з дослідженням Lang F.R., Carstensen L.L. можна виділити декілька форм порушення орієнтування в часі:

- пов'язані з Я-концепцією: вікова дезорієнтація, дезорієнтація у життєвому шляху, редуплікація життєвого шляху, позачасовий досвід та переживання.
- непов'язані з Я-концепцією: труднощі у використанні тимчасової інформації, дезорієнтація у визначенні віку інших людей [51].

Зміни в орієнтуванні в часі, які спостерігаються під час нормального старіння, можуть бути незалежним прогностичним фактором для розвитку різних захворювань: деаресії, помірні когнітивні порушення, судинна деменція, хвороба Альцгеймера та ризику падінь [39]. Наприклад, якщо у літньої людини спостерігаються 1-2 помилки у визначенні дати, дня тижня, місяця чи року (за шкалами MMSE або MoCA), то це може вдвічі збільшити ризик розвитку серйозних когнітивних порушень протягом наступних 5-10 років. Оцінка

орієнтації в часі також дає можливість оцінити стан епізодичної пам'яті і допомагає диференціювати пацієнтів із хворобою Альцгеймера від пацієнтів з лобово-скроневою деменцією. Крім того, цей показник може бути використаний для прогнозування змін у нейропсихіатричному статусі геріатричних пацієнтів під час медикаментозного лікування [43].

Дослідження виявило, що у літніх людей віком 65-84 років зазвичай спостерігаються майже безпомилкові показники орієнтації в часі, хоча у деяких осіб можна помітити оборотні труднощі у визначенні дати, як серед чоловіків, так і серед жінок [59]. Науковці зазначають, що здатність орієнтуватися в днях тижня є ключовим показником орієнтації в часі. Так, Дж. Бротчі та Дж. Бріннан провели дослідження, в якому брали участь 235 літніх осіб із середнім хронологічним віком 71 рік, і виявили, що кількість помилок у визначенні часу була вищою в групі 71-80 років, ніж у групі 50-60 років. Зі збільшенням віку жінки (71-80 років) припускалися більше помилок, тоді як у чоловіків таких змін не спостерігалось. Це дослідження підтверджує висновки А.Л. Бентона, що орієнтування в часі у літніх людей залишається на високому рівні до 80 років, а після цього може спостерігатися виражене погіршення здатності орієнтуватися в часі. Найбільш стабільними є уявлення про дні тижня, місяць, рік та час доби, в той час як точність визначення дати зменшується [там само].

Цікаво, що молодші учасники (25-33 роки) в дослідженні А.А. Коріата та Б. Фішшоффа зробили більше помилок у визначенні дня тижня, ніж літні учасники дослідження А.Л. Бентона, що можна пояснити тим, що молоді люди для орієнтації в часі частіше використовують зовнішні опори, такі як системи нагадувань або хронометри. Маттос П. у своєму дослідженні нейропсихологічного статусу людей старших за 60 років показали, що найменше помилок спостерігається у визначенні дня тижня, місяця та року [55].

Інформаційно-процесійний підхід до старіння передбачає, що зміни в суб'єктивному сприйнятті швидкості часу слід розглядати як стратегію, за допомогою якої організм захищає свої життєво важливі ресурси [60]. Цей підхід акцентує увагу на коливаннях в регуляторі швидкості часу, перемикачах (згідно зі скалярною теорією Дж. Гіббона), внутрішніх годинниках, циркадіанних ритмах та когнітивних ресурсах, таких як увага та пам'ять, у літньому віці. Враховуючи принцип синергічної реплікації у пізньому віці, спостерігаються різні траєкторії

змін у швидкості перебігу часу, що вимагає застосування багатфакторної моделі для аналізу цих змін з урахуванням специфіки старіння.

Соціогенез. Швидкі соціально-економічні зміни, характерні для сучасного суспільства, з домінуванням культів споживання та прагнення до молодості, а також зростанням фінансового стресу та негативного ставлення до старшого покоління, призводять до виникнення в людей похилого віку синдрому "екзистенційної безвиході" [17]. Це стає причиною відчуття "тиску часу", що часто супроводжується відчуттям "прискореного" плину часу [27]. Сучасне жорстоке ставлення до літніх людей та проживання в спеціалізованих установах для старших осіб скорочують їх тимчасову перспективу на майбутнє, що може призвести до розвитку брадихронії – уповільненого сприйняття часу.

Мотиваційний підхід вказує на необхідність врахування життєвого шляху та соціальних умов розвитку в пізньому віці. У цьому контексті суб'єктивна швидкість часу може асоціюватися з "втратою" – прискорений час стає невід'ємною частиною циклу життя, що супроводжується втратою чіткого його усвідомлення. Цей прискорений ритм часто змушує людину виконувати все більше завдань одночасно, що свою чергою призводить до виснаження ментальних ресурсів. Процес старіння є постійною адаптацією до змін, і перемикання між швидким та повільним ритмами може відображати «придбання» в пізньому віці, такі як покращене управління часом та ресурсами [43].

Показано, що суб'єктивне сприйняття віку безпосередньо впливає на суб'єктивний плин часу. Літні люди, які відчувають себе молодшими, часто помічають, що час минає швидко. Для старіючої людини час стає більш відчутним і видимим. Зміни у зовнішньому вигляді, часті хвороби, смерть близьких або позитивні події, такі як народження онуків чи весілля дітей, можуть нагадувати про обмеженість часу і вважатися "маленькими смертями" (І. Ялом, 2016). Це усвідомлення обмеженості часу може прискорювати або уповільнювати його сприйняття. У зв'язку з цим спостерігаються феномени "тимчасових провалів", "втрати зв'язку з часом", підвищена увага до часу, а також зміни в емоційному сприйнятті часу.

Усвідомлення кінцівки свого існування змінює ставлення до часу, що призводить до переорієнтації на обмежену тимчасову перспективу – від часу, що

пройшов, до часу, що залишився до кінця життя [27]. За нормального старіння усвідомлення смерті переважає на свідомому рівні, проте не викликає стресу. У пізньому віці можуть існувати дві основні установки щодо смерті: перша – це небажання обтяжувати близьких; друга – це прагнення уникнути болісних страждань. У разі виснаження ресурсів та руйнування ідентичності з часом можуть виникнути тривожні румінації, що пов'язані з усвідомленням власної смертності, які можуть трансформуватися в свідомий страх смерті (death anxiety) (Hapoch, 2013). Таким чином, у ситуаціях «психодуховної кризи смерті» людина часто заперечує свою смертність і намагається відволіктися через активну діяльність, косметичні операції, прагнення виглядати молодо, втечу в роботу та рутину. Л. Карстенсен зазначає, що усвідомлення обмеженості власного часу призводить до відчуття його прискореного перебігу, а сильний тиск часу може мобілізувати ресурси у деяких людей, в той час як інші реагують відмовою від досягнення цілей через обмежений час, що залишився. У таких випадках може виникнути страх часу або темпофобія, коли людина прагне «заморозити» час [27, с. 1914].

Згідно з моделлю адаптації до обмеженості часу Д. Джона (model of adaptation to lifetime constraints, John, Lang, 2015), усвідомлення кінцівки часу в пізньому віці може призводити до різних змін у його сприйнятті часу. Ці зміни можуть посилювати або послаблювати здатність літніх людей управляти своїм часом. Коли людина старшого віку має соціальний і психологічний капітал, вона здатна ефективно використовувати час у повсякденному житті. Відчуття швидкоплинного часу допомагає адаптивно керувати своїм життям, досягаючи як короткострокових, так і довгострокових цілей. Вміння управляти часом підтримує здатність самотійно керувати своїм життям.

РОЗДІЛ 3

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛЬНИХ РЕСУРСІВ НА ЕТАПІ СТАРІННЯ

3.1. Постановка проблеми, організація та зміст дослідження

Проведений у попередніх аналіз проблематики дослідження показав, що вивчення ментальних ресурсів благополучного старіння в геронтопсихології хоч і проводяться, але йому все ще не приділяється достатньої уваги. Зважаючи на те, що старіння у швидкозмінних умовах життя сучасного суспільства є однією з найважливіших складових реагування людини на об'єктивні обставини життя, необхідно більш детально вивчити цей феномен. Зокрема, ті його аспекти, які торкаються розуміння потенціалу соціальної адаптації особистості, яка знаходиться на етапі пізнього онтогенезу. Зазначимо, що зміни на різних рівнях сприйняття часу, здатності розуміти власні психічні стани та інших людей є складовим елементом низки неврологічних та психічних розладів пізнього віку, що дозволяє розглядати ці зміни як біопсихосоціальний маркер перебігу старіння. Відтак, необхідно показати, що когнітивно-емоційна та тимчасова компетентності є важливими ресурсами по відношенню до задоволеності якістю життя в літньому та старечому віці. Ці компетенції як індивідуально-психологічні характеристики дозволяють демонструвати високу ефективність у передбаченні стратегій, адаптації до процесу старіння, подоланні психологічних наслідків травмування та можливості благополучного старіння [62]. У літньому та старечому віці відбуваються також специфічні зміни в емоційній та тимчасовій часовій перспективі. У зв'язку з цим необхідно описати специфіку та передумови реорганізації цих ментальних ресурсів у літньому (55-60 років), старечому (61-74) років та пізньому віці (75-90 років) в осіб, не обтяжених хронічними соматичними, неврологічними та психічними захворюваннями.

Мета дослідження: вивчення реорганізації ментальних ресурсів у літньому та старечому віках.

Об'єкт дослідження: ментальні ресурси на етапі пізнього онтогенезу, а його **предмет дослідження:** психологічні зміни у створенні ментальних ресурсів у пізньому онтогенезі.

Завдання дослідження:

виявити віково-специфічні особливості та психологічні передумови

формування компонентів моделі психічного у літньому та старечому віці;

- виявити та проаналізувати вікову динаміку їх дієвості щодо задоволеності якістю життя у літньому та старечому віці;
- проаналізувати особливості зв'язку сприйняття часу та моделі психічного як ментальних ресурсів із задоволеністю якістю життя у літньому та старечому віці.

Теоретична гіпотеза дослідження: ментальні ресурси, що становлять внутрішню основу благополучного перебігу старіння, у літньому та старечому віці реорганізуються, утворюючи нові психічні системи для досягнення високої результативності та продуктивної самореалізації.

Процедура дослідження: Відбір та обстеження респондентів проводився на базі ГО ТМЖК «Відродження нації» спільно з фахівцями Навчально-наукового центру соціально-психологічної підтримки та резильєнтності ЗУНУ.

Загалом у дослідженні взяли участь 20 респондентів у літньому (55-60 років), старечому (61-74 років) та пізньому віці (75-90 років), які утворили три експериментальні групи, які були відібрані за допомогою виділених нами критеріїв включення/виключення. Зокрема, дослідження не проводилося з особами, які демонстрували наявність хронічних розладів у стадії загострення, інтоксикацій, виражених серцево-судинних захворювань, які можуть впливати на соціально-когнітивні процеси, мають серйозні порушення слуху чи психіатричні розлади. Також до уваги брався аспект наявності негативізму з боку людини похилого віку чи ознаки формального ставлення до обстеження.

Нижня вікова межа включення до дослідження 55 років нами була обрана на основі інтегративної оцінки старіння шляхом компромісу між класифікацією ВООЗ, що позначає початок похилого віку для жінок 55 і 60 років для чоловіків; наявними класифікаціями пізнього віку в геронтології та геронтопсихології. Серед учасників виокремлених груп переважали жінки. Це пов'язано з тим, насамперед, з тим, що в порівнянні з чоловіками, у жінок більший спектр компенсаторних можливостей, фізичних та психологічних ресурсів, що дозволяють переносити хронічні захворювання, психосоціальні проблеми. У зв'язку з цим серед науковців, які досліджують дану проблематику, останнім часом навіть з'явився термін – феномен "фемінізація старіючого населення"

(feminization of later age). Також слід зауважити, що освітній рівень респондентів зазначених вікових груп був досить високим, вони не зловживали алкоголем та вели достатньо активний спосіб життя.

Під час проведення експериментальної частини дослідження використовувався набір психодіагностичних методик. Так, загальний функціональний статус оцінювався за допомогою показника задоволеності якістю життя (ЗЖ). Для цього, насамперед, використовувався короткий опитувальник якості Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHOQOL-BREF) [12, с. 34]. Опитувальник представляє собою анкету для самостійно заповнення респондентом. Складається з 26 питань, які були відібрані з 24 субшкал ВООЗК-100 (WHOQOL Group, 1998). Час наповнення: 10-15 хвилин. Дає змогу оцінити такі домени якості життя за 5-бальною шкалою Лікерта: стан фізичного (7 питань), психологічного (6 питань) здоров'я, соціальні відносини (3 питання) та суб'єктивну оцінку навколишнього середовища та його безпеки (8 питань). Інтерпретація отриманих результатів проводилася за алгоритмом з виділенням суб'єктивної оцінки сприйняття якості життя та задоволеності стану здоров'ям; загального індексу якості життя; оцінки чотирьох субкомпонентів якості життя

Когнітивне функціонування оцінювалося за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) було розроблено З. Насреддіном (2005) [12, с. 45]. Ця шкала включена до ряду зарубіжних неврологічних протоколів діагностики помірного когнітивного дефіциту, ранніх симптомів деменції, а також постінсультного когнітивного дефіциту. Для її виконання потрібно не менше 15 хвилин. Інтерпретація: підсумовуються всі отримані бали за компонентами. Максимальна оцінка – 30 балів.

Оцінка емоційного статусу включала наступні показники:

- симптоми депресії оцінювалися за допомогою геріатричної шкали самооцінки депресії версія з 30 пунктами (geriatric depression scale-30, JA Yesavage скор. GDS-30) [12, с. 98]. Шкала використовується для діагностики самооцінки пацієнтом наявності та ступеня депресивно забарвленого стану у людей похилого та старечого віку. У ній мінімізовані питання, що оцінюють зміни у фізичному стані. Геріатрична шкала оцінки депресії може використовуватися у геріатричних пацієнтів з помірним когнітивним дефіцитом.

Показники за шкалою корелюють із показниками за шкалами А. Бека (BDI) М. Гамільтона (HDRS) та Ст. Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale). Повна форма шкали складається з 30 питань, на які потрібно відповісти «так» чи «ні». Незважаючи на те, що результати за цією шкалою в основному враховуються в бінарному вигляді, вони можуть свідчити про симптоми депресії. За наявності позитивних відповідей на 6 та 8 запитань рекомендується уточнювати, які саме думки турбують респондента. Шкала має чутливість 92% (ймовірність позитивного скринінгу депресії) і специфічність 89% (Aikman, Oehlert, 2001).

- суб'єктивне почуття самотності оцінювалося за допомогою Каліфорнійської шкали оцінки почуття самотності (Revised UCLA Loneliness scale. Version 3, D. Russell, скор. R-UCLA-LS), яка дозволяє оцінити емоційний і соціальний компоненти почуття самотності, вимірює соціальну глибину переживань самотності та ізоляції, яку відчуває людина [12, с. 120]. Тест шкали включає 10 питань про задоволеність соціальних відносин, і 10 питань на незадоволеність. Респондент оцінює, як часто він відчувається відповідно до кожного наведеного твердження за наступною шкалою: «ніколи» - 1 бал, «рідко» - 2 бали, «іноді» - 3 бали, «часто» - 4 бали. Результати наявності суб'єктивного почуття самотності за цією шкалою достовірно корелюють з балами за шкалою депресії А. Бека (BDI) Інтерпретація: деякі питання (2,3,4,7,8,11,12,13,14,17,18) оцінюються у порядку, тобто. "ніколи" - 1 бал, "рідко" - 2 бали, "іноді" - 3 бали, "часто" - 4 бали. Ряд питань (1,5,6,9,10,15,16,19,20) оцінюються, навпаки, тобто. "ніколи" - 4 бали, "рідко" - 3 бали, "іноді" - 2 бали, "часто" - 1 бал. Отримані бали підсумовуються для отримання загального індексу самотності. Можливі оцінки варіюються від 20 до 80 балів. 20 балів свідчить про відсутність почуття самотності. Результати понад 40 балів, як правило, вказують на ситуативне або хронічне почуття самотності. Наявність переживання ізоляції, нестачі емоційної близькості чи контактів із людьми, усвідомлення себе самотнього, ізольованого.

Оцінка тимчасової компетентності складається з «ситуативного» і «біографічного» масштабів сприйняття часу.

Сприйняття часу у «ситуативному» масштабі зосереджено на змістовно-ситуативному аналізі здатності оцінювати часові інтервали. Зокрема, для оцінки вербального компонента використовувався індекс для оцінки загальної орієнтації (general orientation index) з Монреальської шкали оцінки когнітивних

функцій, що дає можливість зробити висновки про спроможність орієнтуватися в часі, просторі та ситуації. Практичний (поведінковий) компонент, який оцінювався за особливостями поведінкових темпоральних маркерів (харчування, відпочинок, сон, прийом препаратів, практики дозвілля) залежно від часу доби, а також, наприклад, на те, чи одягнений пацієнт за погодою [15, с.87].

Сприйняття часу у «біографічному» масштабі зосереджено аналізі картини життєвого шляху людини та особливості його сприйняття життєвої перспективи. Для його оцінки використовувалася шкала оцінки когнітивного віку Б. Барака (four-item cognitive age scale, cognitive age scale). Шкала розроблена Б. Бараком (Barak, Schiffman 1981) з урахуванням моделі вікової ідентичності «Age-of-me» Р. Кастенбаума (Kastenbaum, 1972) і є формою самооцінки респондентами свого суб'єктивного «біологічного» (БВ), «емоційного» (ЕВ), «соціального» (СоцВ) і «інтелектуального» (ІВ) вікових груп [15, с.54].

3.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.

Першим показником, за яким ми оцінювали функціональний статус наших респондентів, став показник задоволеності якістю життя (ЗЖ). Отримані дані засвідчили наступне:

Фізичне здоров'я.

- за скаргами люди похилого та старечого віку більше зосереджують увагу на соматичних скаргах, пов'язаних із серцево-судинною, кістково-м'язовою, центральною нервовою, травною та ендокринною системами, органами дихання. Скарг на психічне здоров'я люди похилого та старечого віку висувають менше, що підтверджує раніше отримані дані про те, що для них характерна більша фіксація на проявах соматичних захворювань, ніж особливостях зміни свого настрою.

- виявлено, що у віці 55-60 років спостерігається в середньому – 2, 61-74 років – 3, а у 75-90 років – 4 хронічні захворювання, що узгоджується з раніше отриманими емпіричними даними, яка зазначають, що з віком відбувається нашарування одного захворювання на інше, взаємообтяження їх впливу, що протікає на тлі зниження компенсаторних можливостей старіючого організму [40, с.87];

- показано, що у літньому та старечому віці відбувається зміна у

сприйнятті здоров'я у бік невизначеної оцінки. Ці зміни пов'язані зі зниженням функціональних можливостей, фізичної активності та обмеженням соціальних контактів;

- у багатьох випадках люди похилого та старечого віку оцінка свого стану здоров'я оцінюється через призму наявності або відсутності функціональних обмежень. Ми зазначили, що об'єктивний стан здоров'я з віком знижується, проте багато людей похилого та старечого віку не вважають себе «хворими». Це розрив між об'єктивним станом здоров'я та суб'єктивним його сприйняттям у науковій літературі називається «парадоксом оцінки стану здоров'я» (disability paradox, Henchoz, et al., 2008) або позитивним зрушенням у сприйнятті власного старіння (positivity effect aging) (Carstensen, Mikels, 2005). Також було з'ясовано, що до старечого віку суб'єктивна оцінка здоров'я наближається до «поганої», що може бути пояснено втратою соціальних ролей та зростанням кількості хронічних захворювань.

Задоволеність якістю життя.

- більшість респондентів трьох вікових груп наголошують на невизначеності в оцінці задоволеності якістю життя. У групах 61-74 та 75-90 років у порівнянні з групою 55-60 років спостерігається тенденція до зниження таких компонентів задоволеності якістю життя як фізичне здоров'я, соціальний капітал, стан та безпека міського середовища. Як бачимо, об'єктивний стан здоров'я респондентів має тенденцію до зниження, проте багато людей похилого та старечого віку не вважають себе хворими людьми хоч і мають серйозні проблеми зі здоров'ям;

- у тих учасників, які суб'єктивно сприймають себе хворими, спостерігається нижча задоволеність якістю життя та його компонентами, ніж у тих, хто не вважає себе хворими та оцінюють свій стан здоров'я позитивно;

- при суб'єктивній позитивній оцінці якості життя у респондентів похилого та старечого віку спостерігаються високі показники задоволеності якістю життя на відміну від тих, що оцінюють цей показник як невизначений;

- при суб'єктивній позитивній оцінці стану здоров'я у респондентів похилого віку 55-60 та 61-74 років спостерігаються високі показники якості життя та його компонентів на відміну від тих, хто оцінював свій стан здоров'я негативно та амбівалентно;

- у респондентів 75-90 років, які суб'єктивно позитивно оцінюють свій стан здоров'я, спостерігаються низькі значення щодо загального показника якості життя, психологічного здоров'я, соціальних відносин, навколишнього середовища та його безпеки.

Отож, отримані дані свідчать, що у людей похилого та старечого віку, які суб'єктивно сприймають себе хворими, незадоволеними станом якості життя та здоров'я, спостерігаються низькі показники якості життя та його компонентів. Таким чином суб'єктивна оцінка стану здоров'я та якості життя є захисним фактором, що охороняє від змін у фізіологічному, психологічному здоров'ї та соціальних відносинах.

Когнітивне функціонування.

- у більшості респондентів спостерігалася відсутність симптомів помірного когнітивного дефіциту. Порівняно з групою 55-60 років у респондентів 61-74 та 75-90 років спостерігаються зміни у стані когнітивних функцій, які можна віднести до «легких» когнітивних порушень, при яких непостійно спостерігаються когнітивні симптоми, що не досягають синдромального значення, але, проте, можуть зумовлювати суб'єктивне занепокоєння. Так як вони не викликають труднощів у повсякденному житті літньої людини, проте можуть викликати суб'єктивний неспокій і фіксацію, їх можна віднести до доброякісних когнітивних змін (Vestergren, Nilsson, 2011).

Симптоми депресії.

- у порівнянні з групою 55-60 та 61-74 років, у групі 75-90 років спостерігається велика вираженість симптомів субклінічної депресії, що тільки після додаткового обстеження лікаря-психіатра може говорити про наявність депресивних розладів;

- відсутність симптомів депресії спостерігається у більшості респондентів 55-60 років та 38% – 61-74 років і лише 10% – 75-90 років;

- з'ясовано, що 91% респондентів 55-60 років, 78% - 61-74 років та 76% - 75-90 років відзначають, що у них є люди, які підтримують їх і на яких можна спертися;

- у 86% респондентів 55-60 років, 59% - 61-74 років та 14% - 75-90 років переважало бажання продовжувати працювати, а у 86% респондентів 75-90 років спостерігалася відсутність бажання працювати;

- детальний аналіз суб'єктивних ознак депресії дозволив виділити когнітивні симптоми, які представлені орієнтацією на жаль про «втрачений час»; тривожними думками про швидку течію часу, про самотність, відсутність майбутнього часу, зростання кількості хвороб. Переважала тривога за життя близьких (діти, онуки) та їхнє майбутнє. Спостерігалися суб'єктивні скарги на зміни у пам'яті у формі доброякісної забудькуватості. Фіксації на дискомфортних та больових відчуттях у тілі. Чітко простежувалася емоція туги з почуттям внутрішньої спустошеності, втраченості, образи, відчуттям суб'єктивної безпорадності, безнадійності свого становища та присутністю епізодичної сльозливості.

Наявність симптомів субдепресії ми розглядаємо як «червоний прапорець» порушення функціональної цілісності бар'єру психологічної адаптації. Як прояв соціально-стресового розладу через переосмислення літньою людиною життєвих цілей, катастрофи усталених ідеалів та авторитетів. Ці симптоми субдепресії можна як компенсаторні процеси, створені задля досягнення цілісності-Я [1].

Почуття самотності.

- порівняно з літнім віком (55-60 та 61-74 років), у старечому віці (75-90 років) спостерігається велика глибина переживань почуття самотності та ізоляції. Ситуативні переживання ізоляції, нестачі емоційної близькості, контактів із людьми, усвідомлення себе самотнього спостерігається у 58% респондентів 55-60 років, 70% - 61-74 і 78% - 75-90 років. Хронічне суб'єктивне відчуття самотності з переважанням відчуття ізольованості спостерігається у 20% респондентів 55-60 років, 21% - 61-74 років та 23% - 75-90 років. У старечому віці вираженим стає незадоволеність міжособистісними контактами та відсутністю довірчої особи.

У багатьох випадках симптоми депресії можуть маскувати симптоми суб'єктивного почуття самотності. У нашому дослідженні було показано, що порівняно з літнім у старечому віці спостерігається збільшення симптомів почуття самотності з переважанням емоційної самотності, тобто відсутності спільності з оточуючими людьми, довірчої особи, ізольованості та незадоволеності якістю відносин з оточуючими людьми. самотності збільшуються з віком через зміни у фізичних, психічних ресурсах та умовах

життя (Böger, 2018). Дослідження показало, що 65-70 років є сензитивним періодом до виникнення страху самотності, який перешкоджає подальшому особистісному зростанню.

Таким чином проведена комплексна геріатрична оцінка показала, що у респондентів похилого та старечого віку спостерігається пре-астенія, що говорить про наявність деяких уразливостей у соматичному та психологічному здоров'ї без виснаження фізіологічних резервів організму. Знижується стійкість до стресорів. Наявність цієї траєкторії старіння вказує на наявність ризиків розвитку старечої астенії.

Динаміка суб'єктивного віку та його компонентів у пізньому віці

При оцінці хронологічного віку у респондентів трьох вікових груп не спостерігалось труднощів із визначенням свого віку, дати народження чи обману у формі навмисного спотворення свого віку, коли людина свідомо спотворює свій паспортний вік.

В то й же час, було виявлено, що для них властиво заперечувати свій хронологічний вік, тобто спостерігається різниця між хронологічним та суб'єктивним віком. Це свідчить про переважання людей пізнього віку стратегії переписувати вік.

Так, більшості респондентів властиво оцінювати суб'єктивний вік «молодше» хронологічного віку, що отримало назву позитивної когнітивної ілюзії віку чи феномен «зсув до молодості». Так, у групі 55-60 років оцінювали свій суб'єктивний вік на 7,5 років, 61-74 років на 7,6 років, а 75-90 років на 8,1 років «молодший» за свій хронологічний вік.

Оцінюючи вікової ідентичності в жінок похилого та старечого віку спостерігалось афективно-негативне ставлення до визначення суб'єктивного емоційного віку. У 11% респондентів 55-60 років, 24% -61-74 років та 14% - 75-90 років спостерігалися труднощі при відповіді на це питання. Зокрема, вони повідомляли про те, що соромляться говорити про свою зовнішність, бояться втратити привабливість та жіночність.

Загалом, спостерігається мінімальна різниця між хронологічним і суб'єктивним біологічним віком, на відміну від емоційного віку – 7 років та у 75-90 років (хронологічний вік-79,4 років) - 6 років, що підтверджує дані про те, що оцінка самопочуття (спостереження віково-асоційованих змін), є провідним

фактором визначальним динаміку вікової ідентифікації та виступає індикатором біологічного старіння. Наявність розбіжності від 5 до 7 років між хронологічним та суб'єктивним біологічним віком все ж таки говорить про наявність позитивного самосприйняття старіння у респондентів трьох вікових груп.

У групі респондентів 55-60 та 61-74 років максимально молодому віку відповідає оцінка зовнішності (емоційний вік - 47,5 та 56,6 років). У респондентів 75-90 років максимально «молодому» віку відповідає оцінка життєвої активності, дій (соціальний вік - 70,3 років) та інтересів, інтелектуальної спрямованості (інтелектуальний вік - 68,8 років). Оцінка соціального віку «молодше» хронологічного, не лише конструктивним ресурсом, тобто саморегулюючої стратегії від деструктивного впливу негативних стереотипів про старість і старіння, повсякденних життєвих стресів.

Особливості тимчасової перспективи у літньому та старечому віці

У респондентів 55-60 років спостерігається невизначена тимчасова орієнтація, при якій має тенденція і до орієнтації на минуле і на майбутнє, ігноруванням сьогодення.

У респондентів 61-74 та 75-90 років переважає орієнтація на минулий час. У цих вікових групах ставлення до минулого виступає основою суб'єктивних переживань за рахунок того, що сьогодення та майбутнє менш конструктивні, ніж минулі роки. Є подвійна тимчасова спрямованість на минуле і сьогодення. Спостерігається тенденція до зниження орієнтації на майбутнє. У зв'язку з тим, що більшість респондентів трьох вікових спостерігається переважання дискретної тимчасової перспективи, коли він не простежується пов'язаність цих тимчасових зон, нами було проведено аналіз тимчасової орієнтації за даної тимчасової перспективи

Додатково респондентам похилого та старечого віку ставилося питання: «Чи вважаєте Ви пов'язаність між минулим, сьогоденням та майбутнім часом ресурсом благополучного перебігу старіння?». Це питання дозволяє виявити чи наділяють люди похилого та старечого віку ресурсним значенням цей процес. Більшість респондентів 55-60 (78%), 61-74 (81%) та 75-90 (76%) років відзначають наявність зв'язку минулого, сьогодення та майбутнього між собою як ресурс благополучного старіння, так як дозволяє гнучкіше справлятися зі страхами, стресами, проблемами старості та старіння. 27% респондентів 55-60,

21% - 61-74 років і 38% - 75-90 років відзначають, що взаємозв'язок власного минулого, сьогодення та майбутнього часу - це не ресурс, а ідеальна мрія та утопія, яку в реальності не можна втілити в життя.

3.3. Ментальні ресурси як передумови задоволеності якістю життя.

Сучасна соціальна ситуація турбулентності з переважанням аномії, культів споживання, молодості та краси, підвищеними вимогами до готовності приймати виклики невизначеності та ситуацій ризику вимагають від людини пізнього віку інтенсифікувати, використовувати ті ментальні ресурси, які дозволяють ефективно адаптуватися до мінливих умов. У вітчизняній та зарубіжній психології тільки починаються дослідження з ресурсної ролі тимчасової та когнітивно-емоційної компетентностей. Неодноразово наголошувалося, що ці процеси включені до регулювання різних аспектів життєдіяльності людини пізнього віку та виступають факторами благополучного старіння. Зазначимо, що зміни у сприйнятті часу, моделі психічного, є складовими елементами низки неврологічних та психічних розладів пізнього віку, що дозволяє розглядати ці зміни, як біопсихосоціальний маркер перебігу старіння. Ці процеси демонструють високу ефективність у передбаченні стратегій, адаптації до процесу старіння, подоланні психологічних наслідків травмування та можливості благополучного старіння.

Ми припускаємо, що ці ментальні ресурси у похилому віці є опорою для метакогнітивної поінформованості або метаперсональної самоінтерпретації та забезпечують метакогнітивний зрушення, розвиток нової позиції стосовно власного старіння. Це дозволяє зміщувати акцент з результат-орієнтованого на процес-орієнтований підхід, тобто на що літня людина звернула увагу, що вона підкреслила і що може використовувати для поліпшення якості життя.

У процесі проведеного нами емпіричного дослідження доведено, що у літньому та старечому віці на відміну від інших вікових груп частіше зустрічаються зміни в задоволеності якістю життя та соціальним функціонуванням. Тому щороку збільшується потреба у дослідженнях, зосереджених на виявленні факторів, які підвищують задоволеність якістю життя, що дозволить досягти активного старіння, добробуту та знизити ризики виникнення психічних розладів у людей пізнього віку. Незважаючи на свою

важливість, як і раніше, немає консенсусу в розумінні компонентів якості життя в літньому та старечому віці.

Концепція якості життя включає два ракурси: суб'єктивне благополуччя (feeling of well-being) та оцінку фізичного здоров'я (health related quality of life). Обидва ці ракурси якості життя є сильними індикаторами благополучного перебігу старіння, стаючи важливими елементами оцінки старості і старіння. Вони є захисним фактором проти зниження фізичного та когнітивного функціонування, втрати значних ролей, пов'язаних зі старінням, індикаторами позитивної відповіді на лікування у пізньому віці та прогноз (Robinson, 2018). Розрізняти ці ракурси якості життя важливо, оскільки суб'єктивне благополуччя більш чутливе до психологічних аспектів, ніж показник, пов'язаний із фізичним здоров'ям. Благополучне старіння залежить не тільки від фізичного стану здоров'я, а й від стану когнітивних, ментальних та соціальних ресурсів.

До загальних передумов, що впливають на задоволеність якістю життя в літньому та старечому віці відносять: фізичне, когнітивне та психологічне здоров'я, соціо-демографічні змінні, позитивні емоції, соціальні відносини, здоров'я-ощадну, профілактичну поведінку. Однак цих факторів недостатньо для посилення благополучного старіння у зв'язку з тим, що сучасна соціальна ситуація турбулентності пред'являє підвищені вимоги до здібностей людини пізнього віку адекватно сприймати час і швидко будувати моделі психічних станів, тобто здатність розуміти, як власні психічні стани, так і інших людей для успішної соціальної взаємодії.

Сприятливе старіння тісно пов'язане з моделлю психічного як компонент соціального пізнання. Ця здатність сильніше передбачає зміни як життя літньої людини. Модель психічного є необхідною умовою для сприятливої соціальної та міжособистісної взаємодії, терапевтичного альянсу між лікарем і літнім пацієнтом, гнучкої реакції на соціальний контекст, що змінюється, соціалізації та ресоціалізації, що у свою чергу впливає на задоволеність якістю життя. Зміни у цій здатності призводить до концептуального збою у розумінні соціального контексту. Неправильне розуміння психічних станів інших людей призводить літню людину до уникнення соціальних контактів, збільшення проблемної соціальної поведінки, що відбивається на таких компонентах якості життя як психологічне здоров'я та соціальні відносини). Зміни в моделі психічного та

сприйняття часу є складовим елементом практично кожного неврологічного та психічного захворювання.

Сприйняття часу та модель психічного забезпечують у пізньому віці метакогнітивний зсув, розвиток нової гнучкої позиції стосовно подій, проблем старості та старіння. У пізньому віці часто світ сприймається нестабільним, незрозумілим і часто загрожує. Спостерігається більший тиск часу, з'являється відчуття обмеженості часу життя, що призводить до відчуття швидкого перебігу часу. Згідно з моделлю адаптації, до тимчасових обмежень Д. Джона у літньої людини, яка сприймає час як швидко поточний, формується мотивація отримати максимальну віддачу від часу, що залишився в житті і не допустити марну трату часу, що сприяє формуванню нових ефективних стратегій оптимізації власних ресурсів (John, Lang, 2015). Таким чином, збережена орієнтування в часі, пов'язаність часових зон, швидка суб'єктивна течія часу сприяють реалізації власного потенціалу для більшої задоволеності якістю життя.

Нами було показано, що оцінка себе «молодшим» за хронологічний вік у пізньому віці виступає передумовою задоволеності якістю життя, що підтверджують як вітчизняні так і зарубіжні дані. Ці дослідження показали, що суб'єктивний вік на пізніх етапах онтогенезу виступає біопсихосоціальним індикатором старості та старіння і є важливою передумовою психологічного функціонування та задоволеності якістю життя, на відміну від хронологічного віку

ВИСНОВОК

У кваліфікаційній роботі представлено дослідження, яке аналізує можливості сприйняття часу та розуміння психічних станів (моделі психічного) як важливих ментальних ресурсів для благополучного старіння. В рамках дослідження проведено детальний теоретичний аналіз сучасних наукових праць, що розглядають цю тему, а також вивчено структуру, закономірності розвитку, функції, групи, види та форми порушень ментальних ресурсів у пізньому віці.

З теоретико-методологічної точки зору розглянуто концепцію, згідно з якою для ефективної адаптації до різноманітних життєвих ситуацій людина похилого віку повинна володіти когнітивно-емоційною компетентністю. Це означає здатність не лише усвідомлювати власні психічні стани, але й розуміти психічні стани інших людей у постійно змінюваному соціальному контексті. Виявлено, що зміни у психічній моделі в пізньому віці можуть свідчити про розвиток психічних і неврологічних розладів, водночас вони є важливим біопсихосоціальним маркером благополучного старіння.

Дослідження показало, що ефективність соціальної взаємодії в літньому віці безпосередньо залежить від тимчасової компетентності, яка є частиною соціального пізнання. Ця компетентність дозволяє людині ментально прогнозувати потенційні загрози чи стресові події, організовувати та обробляти свій ментальний досвід у часі, а також ефективно планувати і вирішувати проблеми, що виникають у процесі старіння. На основі цього ми пропонуємо розглядати емоційну та тимчасову компетентності як важливі ментальні ресурси для благополучного старіння. Окремо розглянуто компоненти тимчасової компетентності, зокрема зазначено, що суб'єктивний вік є ключовим елементом цієї системи. Це поняття дозволяє відстежувати динаміку вікової ідентичності та розуміти, як людина сприймає себе в межах свого життєвого шляху.

В літньому та старечому віці спостерігається значна трансформація тимчасової перспективи. У респондентів віком 55-60 років зазвичай відзначається більш інтегрована концепція часу, де минуле, теперішнє і майбутнє переплітаються, але залишаються не повністю взаємопов'язаними. У віковій групі 61-74 років спостерігається більша спадкоємність між минулим і

теперішнім, порівняно з іншими віковими групами. Також виявлено, що рівень освіти корелює з тісністю зв'язку між різними часовими періодами. У старшій групі респондентів (75-90 років) зміни в когнітивних функціях та поліморбідний статус істотно впливають на рівень зв'язності часових зон.

Суб'єктивний вік є більш значущим індикатором фізіологічних та психологічних змін у пізньому віці, ніж хронологічний вік. Спостерігається значна варіативність у сприйнятті віку: деякі респонденти вважали себе значно молодшими за свої хронологічні роки, в той час як інші відчували себе старшими на кілька років. Часто зустрічається стратегія сприйняття себе як молодшого, ніж є насправді, що може бути важливим показником психологічного адаптування до старіння.

Крім того, на задоволеність якістю життя у літньому та старечому віці впливають не лише соціально-демографічні та фізичні чинники, але й особливості сприйняття часу та психічної моделі. Ці фактори разом визначають загальну картину благополучного старіння.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Варбан Є. О. Життєва криза: поняття, концепції та прояви. Збірник наукових праць Кам'янець Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка 173 АПН України / За ред. С.Д. Максименка (відповідальний редактор); Л.А. Онуфрієвої (відповідальний секретар). Вип. 10. Кам'янець Подільський: Аксіома, 2010. С. 120-133.
2. Варій М. Й. Загальна психологія. Підручник. 2-ге видан., випр. і доп. / М.Й. Варій. К.: «Центр учбової літератури», 2007. 968 с.
3. Вікова психологія : навч.посіб. / О.П. Сергєєнкова, О. А. Столярчук, О. П. Коханова, О. В. Пасєка. К.: ЦУЛ, 2012. 384 с.
4. Вікова та педагогічна психологія: навч. посібник /О.В. Скрипченко, Л.В. Долинська, З.В. Огороднійчук та ін. К.: Просвіта, 2001. 416 .
5. Дзюба Т.М. «Життєва криза» як феномен внутрішнього світу дорослої людини. Актуальні проблеми психології : зб. наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України [ред. кол. : С.Д. Максименко (гол. ред.) та ін.].К.: А.С.К., 2012. Т. I.: Організаційна психологія. Соціальна психологія. Економічна психологія. 2011. Част. 32. С. 155–160.
6. Дзюба Т. М. Психологія дорослості з основами геронтопсихології: Навч. посіб. / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. В. Ф. Моргуна. К.: Видавничий дім «Слово», 2013. 264 с.
7. Кіреєва З.О. Понятійне мислення у дорослому віці.
[URL:http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/NiO/2009_4/psiholog/kir.htm](http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/NiO/2009_4/psiholog/kir.htm).
8. Коваленко О. Г. Дослідження комунікативних і організаторських схильностей осіб похилого віку. Вісник Харківського 176 національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. Харків: ХПНУ, 2013. С. 101-110.
9. Коваленко О. Г. Емпатія як механізм міжособистісного спілкування у похилому віці. Психологічні та педагогічні проблеми педагогічної дії: зб. наук. праць: у 2х ч. Ч. 2 / За наук. ред. Л.О. Хомич, О.М. Ігнатович. Харків: НТУ «ХПІ», 2012. С. 29-37.
10. Коваленко О. Г. Самооцінка особистісних властивостей у похилому віці. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. № 1009. Серія «Психологія». Вип. 49. Харків: ХНУ, 2012. С. 72-76.
11. Коваленко О. Г. Самотність та потреба у спілкуванні осіб похилого

віку.

Наука і освіта. 2012. № 6 (XVVII, жовтень). С. 94-98.

12. Кордунова Н. О. Геронтопсихологія: матеріали для проведення психодіагностичного дослідження з людьми похилого віку. Методичні рекомендації до практичних та лабораторних занять / Наталія Олександрівна Кордунова. Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2013. 140 с.

13. Максименко С.Д. Психологія учіння людини: генетико-моделюючий підхід. Монографія. К.: Видавничий дім «Слово», 2013. 592 с.

14. Максименко С.Д. Теоретичні основи психології особистості. Психологія особистості: Хрестоматія: навч. посіб. / Мельничук О.Б., Пасічняк Р.Ф., Вольнова Л.М. та ін. К.: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2009. 532 с.

15. Могрун В.Ф., Тітов І.Г. Основи психологічної діагностики. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Видавничий дім «Слово», 2009. 464 с.

16. Моргун В. Ф. Кризові та еволюційні періоди розвитку особистості від народження до смерті: психологія людської долі. Єдність педагогіки і психології у цілісному навчально-виховному процесі. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (4-5 квітня 1995 р.) / Зав. ред. А.М. Бойко. Полтава, 1995. С. 135–139.

17. Порсева Х. О. До проблеми активної адаптації людей похилого віку до пенсійного періоду. Психологія. Збірник наукових праць. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова. 2003. Випуск 21. С. 59– 68.

18. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / Під керівництвом канд. психол. наук, доц. В.Б. Шапаря / В.Б. Шапар. Х.: Прапор, 2009. 672 с.

19. Психологія дорослості з основами геронтопсихології. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Т. М. Дзюба, О. Г. Коваленко; за ред. проф. В. Ф. Моргуна. П., 2013. 172 с.

20. Савчин М. В. Вікова психологія / М. В. Савчин, Л. П. Василенко. 2-е вид. К.: Академвидав, 2011. С. 328–370.

21. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: Соціальна необхідність та безпека / Т. М. Титаренко, Т. О. Ларіна. К.: Марич, 2009. 76 с.

22. Borzumato Gainey C., et al. Life Satisfaction, Self-Esteem, i Subjective Age in Women Across the Life Span. Adultspan Journal. 2009. №. 8. P. 29-42.

doi:10.1002/j.2161-0029.2009.tb00055.

23. Bottiroli S., Cavallini E. Theory of Mind in aging: Comparing cognitive i affective components в faux pas test. Arch Gerontol Geriatr. 2016. Vol.62. P. 152-162. doi: 10.1016/j.archger.2015.09.009.

24. Bowling A., Iliffe S. Psychological approach ageing predicts future quality of life in oldder adults. Health and Quality of Life Outcomes. 2011. Vol. 9. № 13. P. 110. doi: 10.1186/1477-7525-9-13

25. Brothers A. та ін. 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.

26. 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

27. Carstensen LL The Influence of Sense of Time on Human Development. Science. 2006. Vol. 312. № 5782. P. 1913-1915. doi: 10.1126/science.1127488

28. Chaby L., Narme P. Processing facial identity and emotional expression in normal aging and neurodegenerative diseases. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2009. Vol. 7. №1. 31-42. doi: 10.1684/pnv.2008.0154.

29. Cocks N., Morgan G. Iconic gesture i speech integration в younger i oldder adults. Gesture. 2011. Vol. 11. №1. P. 24-39. doi:10.1075/gest.11.1.02

30. 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.

31. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age i соціальні науки теорії. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2003. Vol. 58. №6. P. 327-337. doi: 10.1093/geronb/58.6.S327

32. 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.

33. 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

34. 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

35. Eriksson M. The Sense of Coherence y Salutogenic Model of Health. / The

Handbook of Salutogenesis Cham CH Springer. 2017. P. 91-96 doi: 10.1007/978-3-319-04600-6_11

36. Erwin J. The Effects of Sleep Quality on Theory of Mind Undergraduate Honors. Thesis Collection. 2016. 334 p.

37. Evans V. Language and time. New York: Cambridge University Press, 2013. 266 p.

38. Firestone A. Age-related deficits in face recognition are related to underlying changes in scanning behavior. Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn. Vol.14 .

39. 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.

40. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project report. The Government Office for Science. London. 2008. 317 p.

41. Franklin B., Creighton H. Rise and rise of silver separator. London. International Longevity Centre. 2014. 15 p. URL: http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publicationpdfs/The_rise_and_rise_of_the_si_lver_separator.pdf (Дата звернення: 27.09.2018).

42. Germine LT, et al. Social anhedonia is asocied with neural abnormalities during face emotion processing. Neuroimage. 2011. Vol. 58. №3. P. 935-945. doi: 10.1016/j.neuroimage.2011.06.059.

43. 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.

44. Hall P.A., Fong G.T. Temporal self-regulation theory: a neurobiologically reported model for physical activity behavior. Frontiers in Human Neuroscience. 2015. Vol. 9. № 117. P. 1-8. doi: 10.3389/fnhum.2015.00117

45. 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.

46. Heitz C., Noblet V., Phillipps C. Cognitive and affective theory of dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. Alzheimers Res Ther. s13195-016-0179-9.

47. Hilgeman M.M., Daniel M. A. Testing Theoretical Model of Stress Process в Alzheimer's. The Gerontologist. 2009. Vol. 49. № 2. P. 248-261. doi: 10.1093/geront/gnp015

48. John D.T. Subjective Acceleration of Time in Older Adults ' Everyday Life: Motivation Matters. Dissertaion. 2014. Augsburg. 149 p.
49. Kaufman S.R. The Ageless Self: Sources of Meaning in Late Life, University of Wisconsin Press, Madison, Wisconsin, 1986. 208 p.
50. 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
51. 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
52. 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
53. Levy B. Stereotype Embodiment A Psychosocial Approach to Agin. *Curr Dir Psychol Sci.* № 6. P. 332-336.
54. Maniadakis M., Trahanias P. Time models and cognitive processes: a review. *Front Neurorobot.* 2014. Vol. 8. № 7. P. 1-6. doi: 10.3389/fnbot.2014.00007
55. 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
56. Maylor EA, 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
57. 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.
58. Phillips L.H., Allen R. Older adults difficulty in decoding sarcasm. *Dev Psychol.* 2015. Vol. 51. №12 . P. 1840-1852. doi: 10.1037/dev0000063.
59. Rond ón Garcia L.M., Ramírez Navarr J. M. Impact of Quality of Life Multidimensional Perspective. *Journal of Aging Research.* 2018. Vol. 7. P. 1-19. doi: 10.1155/2018/4086294
60. 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.
61. Tasdemir-Ozdes A., et al. Future perspective and healthy lifestyle choices b adulthood. *Psychology and Aging.* 2016. Vol 31. № 6. P. 618-630. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/pag0000089>

62. 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