



## ПРЕДИКТОРЫ СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

**МЕЛЁХИНА А. И. \***, *Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия,*  
*e-mail: clinmelehin@yandex.ru*

**СЕРГИЕНКО Е. А. \*\***, *Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва,*  
*Россия,*  
*e-mail: elenas13@mail.ru*

Статья посвящена анализу роли феномена субъективного возраста в формировании представлений о качестве жизни в пожилом (55–74 года) и старческом (75–90 лет) возрасте, а также рассмотрению феномена положительной иллюзии оценки возраста. Важной составляющей исследования является выделение предикторов, влияющих на самовосприятие возраста в периоде поздней зрелости. Результаты эмпирического исследования указывают на то, что в пожилом и старческом возрасте мультикоморбидность болезней, изменения в эмоциональном здоровье и качестве жизни являются основными факторами, определяющими субъективное восприятие возраста и его особенностей.

**Ключевые слова:** хронологический возраст, субъективный возраст, старение, эмоциональное здоровье.

Происходят глобальные изменения в демографической ситуации, которые выражаются в феномене *старяющегося (седеющего) населения* (Роик, 2006). Число пожилых людей старше 60 лет достигнет к 2050 г. двух миллиардов, составив более 20% мирового населения (Дерр, Глатт, 2007). Согласно данным Росстата за 2014 г., уже сейчас в России количество пенсионеров превышает 30 млн. Более 20% пожилых людей в возрасте 60 лет страдают психическими и неврологическими расстройствами, 7% из них имеют инвалидность (Ярыгин, Мелентьев, 2010). Данный прогноз старения сопровождается тенденцией к росту недугов, хронизацией болезней и инвалидизацией населения, что в конечном итоге приводит к снижению адаптивных возможностей и уровня благополучия. В связи с этим анализ проблемы психического и психологического здоровья приобретает особую значимость с точки зрения поиска средств достижения психического здоровья и благополучия населения в пожилом (55–74 года) и старческом (75–90 лет) возрасте.

### Для цитаты:

Мелехин А. И., Сергиенко Е. А. Предикторы субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 185–201. doi:10.17759/exppsy.2015080316

\*Мелёхин А. И. Аспирант лаборатории психологии развития, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия. E-mail: clinmelehin@yandex.ru

\*\*Сергиенко Е. А. Доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией психологии развития, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия. E-mail: elenas13@mail.ru

## Понятие субъективного возраста

Понятие субъективного возраста (subjective age) представляет собой ключевое понятие учения о психическом здоровье. Самооценка и самовосприятие возраста (perceived age) рассматриваются как индикаторы здоровья, эффективной саморегуляции поведения, достижения субъективного благополучия (subjective well-being) в пожилом и старческом возрасте (Gana, Alaphilippe, 2004). Исследования связи между старением и субъективным благополучием основываются в большей степени на определении *хронологического возраста* и связанного с ним состояния психического и физического здоровья. Несмотря на то, что данный параметр оценки имеет существенные ограничения, он является достаточно информативным критерием оценки и прогнозирования когнитивного и функционального состояния человека и его возрастных изменений (Barak, 2009).

Однако специалистам в области гериатрической психологии хорошо известен факт большой вариативности поведения и психических состояний в зрелом возрасте: в то время как одни пожилые люди остаются активными и деятельными, работают с полной нагрузкой, другие представители той же возрастной группы стремятся выйти на пенсию, страдают от различного рода физических заболеваний, нарушений когнитивных функций, поведенческих расстройств. В связи с этим наряду с хронологическим возрастом исследователи выделяют понятие *субъективного возраста*, также известного как возрастная идентичность (age identity), когнитивный возраст (cognitive age) или восприятие собственного возраста (perceived age); введение данного понятия позволяет расширить общий контекст исследований процесса старения и включить в его рассмотрение когнитивный, личностный, эмоциональный, социальный аспекты (Bergland, Nicolaisen, 2014; Stephan, Chalabaev, 2012). Хронологический возраст отражает количество прожитых лет, а субъективный возраст указывает на возрастное самовосприятие (Сергиенко, 2013): подростки (12–17 лет) и молодые люди (18–24 года) оценивают себя старше, однако после 25 лет нарастает тенденция оценивать себя моложе своего хронологического возраста. При этом разница между хронологическим и субъективным возрастом нарастает и особенно значительна после 50 лет, достигая разницы в 16 лет в сторону его уменьшения (Сергиенко, 2015; Stephan, Sutin, 2015; Teuscher, 2009).

Пожилые люди, которые воспринимают себя старше своего фактического возраста, как правило, оценивают себя менее счастливыми и сообщают о более низкой удовлетворенности своей старостью (Logan, Ward, 1992; Stephan, Chalabaev, 2011). Пожилые люди, которые, наоборот, оценивают себя моложе, как правило, чувствуют себя счастливыми и востребованными (Barak, Stern, 1986). Этот феномен получил название *положительной иллюзии оценки возраста* (Сергиенко, 2014). Восприятие своего возраста пожилыми людьми как более молодого, возможно, является, с одной стороны, копинг-стратегией, а, с другой стороны, личностным ресурсом (Сергиенко, 2013; 2014; Westerhof, Barrett, 2005). Положительная иллюзия оценки возраста может служить основанием улучшения субъективного благополучия, минимизирующим такие негативные психические состояния, как депрессия и тревожные расстройства (Сергиенко, 2014; Westerhof, Barrett, 2005). Дж. Хекхаузен и Р. Шульц отмечали, что люди, которые могут гибко отслеживать и компенсировать дискомфортные последствия старения (возрастание болевого порога, снижение работоспособности, изменения во внешности и др.), чувствуют себя более молодыми и, следовательно, более активными членами общества (Heckhausen, Schulz, 1995).



## Предикторы субъективного возраста

Возрастает количество исследований, результаты которых свидетельствуют о том, что субъективное восприятие себя как более молодого человека связано в старости с целым рядом положительных тенденций, в том числе, с эмоциональным здоровьем (Gana, Alaphilippe, 2004; Stephan, Chalabaev, 2011; Weiss, Sassenberg, 2013). Под *эмоциональным здоровьем* (emotional health) понимается наличие здорового опыта (отсутствие соматических жалоб, депрессии), гибкость локуса контроля (преобладание внутреннего контроля), наличие цели в жизни, адекватное восприятие собственного возраста, себя как «молодого/старого» (Gana, Alaphilippe, 2004).

Исследования субъективного возраста под руководством Е.А. Сергиенко (Сергиенко, 2013а; 2013б; 2014) показали, что оценка субъективного возраста осуществляется на основании целого ряда параметров: биологического, эмоционального, социального и интеллектуального возрастов, среди которых наиболее близким к хронологическому возрасту является биологический возраст. Кроме того, результаты исследований указывают на тесную взаимосвязь качества здоровья человека (физического и психического) и субъективного возраста, причем наиболее выражена она в возрастной группе 60–70 лет, что свидетельствует о существенной роли субъективной возрастной идентичности для поддержания психологического здоровья, особенно в пожилом возрасте. Субъективный возраст оказывает более значительное влияние на психологическое здоровье, чем хронологический возраст (Сергиенко, 2015).

Результаты некоторых зарубежных исследований также указывают на существование взаимосвязи субъективной оценки собственного возраста в сторону занижения по отношению хронологическому возрасту с низким риском развития депрессии и с наличием более гибких копинг-стратегий совладания с психосоциальными проблемами (Keyes, Westerhof, 2012).

У пожилых людей (60–70 лет) субъективные оценки здоровья оказывают существенное воздействие на самооценку возраста и всех его составляющих. Обнаруженная в исследованиях тесная связь между качеством физического и психического здоровья с субъективным возрастом в наибольшей степени проявляется именно в этом возрастном периоде; таким образом, можно говорить о существенном влиянии субъективной возрастной идентичности на поддержание психологического здоровья у лиц зрелого и пожилого возраста. Представители данной возрастной категории способны адаптироваться к изменению состояния здоровья, в том числе, и к его ухудшению, однако такого рода изменения в субъективном возрасте и оценки собственного физического состояния могут быть вызваны изменениями внутренних стандартов и ценностей в отношении здоровья (Bergland, Nicolaisen, 2014). Соотношение между субъективным возрастом и состоянием здоровья опосредуется влиянием целого ряда как физиологических (работоспособность, когнитивный и физический статус), так и психологических факторов (самоэффективность, самооценка, гибкость в оценке ситуации, индивидуально-психологические особенности личности). Кроме того, на оценку субъективного возраста в зрелом периоде оказывают влияние и социально-психологические факторы – удовлетворенность жизнью, наличие временной перспективы, принятые в обществе возрастные нормы (Сергиенко, 2011; 2014; Westerhof, Barrett, 2005), система медицинской помощи, возможность осуществления профессиональной деятельности, финансовые благополучие, уровень образования (Steitz, McClary, 1988). Таким обра-



зом, субъективный возраст оказывает более значительное влияние на психологическое здоровье личности, чем хронологический возраст (Сергиенко, 2015).

Итак, поскольку субъективный возраст является одним из важных составляющих возрастной идентичности, то, с нашей точки зрения, необходимо более подробное изучение основных входящих в его состав факторов. *Целью настоящего исследования* является анализ взаимосвязей когнитивного статуса, наличия аффективных расстройств, оценки качества жизни и субъективного возраста.

#### Участники исследования

Всего в исследовании приняли участие 193 человека пожилого (55–74 года; средний возраст 64,5 лет) и старческого (75–90 лет; средний возраст 79,9 лет) возраста, которые регулярно амбулаторно обследовались в ГБУЗ Консультативно-диагностическом центре № 2 ДЗМ (г. Москва). Вся выборка респондентов была разделена на однородные подгруппы. Дифференциация возрастных периодов осуществлялась на основании следующих, принятых в геронтологии, критериев (Ярыгин, Мелентьев, 2010).

1. В соответствии с классификацией Европейского регионального бюро ВОЗ (WHO) пожилой возраст у мужчин – 61–74 года, у женщин – 55–74 года; старость начинается в 75 лет.

2. В позднем онтогенезе выделяют пожилой (60(65)–85 лет) и старческий (85(90) лет и выше) возраст.

3. Выделяют «предпенсионный» (до 64 лет включительно) и «пенсионный» возраст (65 лет и выше).

4. Пенсионный возраст в России для обоих полов – до 63–65 лет. Нижняя возрастная граница пенсионного возраста в России – 55 лет у женщин и 60 лет у мужчин.

Таким образом, вся выборка была подразделена на три группы: 55–60 лет (40 человек); 61–74 лет (117 человек) и 75–90 лет (36 человек).

*Критериями исключения* респондентов из исследования являлись:

- выраженность когнитивного дефицита < 28 баллов по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE);
- выраженная депрессия с оценкой >20 баллов по гериатрической шкале депрессии (GDS-30).
- выраженная коморбидность расстройств от 40 до 56 баллов по гериатрической шкале кумулятивности расстройств (CIRS-G);
- серьезные нарушения слуха (старческая тугоухость) и зрения (катаракта, возрастная макулярная дегенерация, дальнозоркость);
- нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, болезнь Паркинсона и др.);
- неврологические заболевания (метаболические, токсические или лекарственные энцефалопатии, инсульт, эпилепсия, инфекционные заболевания, демиелинизирующие заболевания ЦНС и др.);
- эндогенные психические расстройства (маниакальные состояния, инволюционные бредовые психозы, шизофрения, эндогенные депрессии и др.);
- экзогенные психические расстройства (органическое аффективное расстройство, органические депрессии).

В табл. 1 представлены социально-демографические характеристики респондентов.



Таблица 1

**Социально-демографические и клинические характеристики респондентов**

Характеристики	Группы		
	Ранний пожилой возраст (55–60 лет)	Пожилой возраст (61–74 года)	Старческий возраст (75–90 лет)
Всего респондентов	40	117	36
Возраст (M±SD)	57,7±2	66,8±4	79,7±3,62
Пол : мужчины; женщины	10% 90%	10% 90%	8% 92%
Образование: среднее; неполное высшее; высшее	0% 52% 48%	0% 58% 42%	0% 66% 34%
Семейный статус: замужем/женат; не замужем	57% 43%	51% 49%	50% 50%
Рабочий статус: работают; не работают	75% 25%	37% 63%	22% 78%

**Методы исследования**

1. С целью оценки наличия и степени когнитивного дефицита использовалась краткая шкала оценки когнитивных функций (Mini Mental State Examination, сокр. MMSE): максимальный балл по шкале соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций; чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит (Кадыков, Манвелов, 2015).

2. Наличие и степень выраженности депрессии оценивались с помощью полной *геритрической шкалы депрессии* (Geriatric Depression Scale – 30): оценка 0–9 баллов считается оптимальной; 10–19 (20) баллов указывает на наличие субдепрессии, и оценка более 21–30 баллов указывает на тяжелую форму депрессии (Кадыков, Манвелов, 2015).

3. В связи с тем, что депрессия в поздних возрастах часто сопровождается субъективным переживанием одиночества, была проведена оценка субъективного ощущения одиночества на основании *Калифорнийской шкалы одиночества* (UCLA Loneliness scale): высокие показатели (40 баллов) свидетельствует о значительной выраженности ощущения одиночества (Белова, 2007).

4. Оценка качества жизни. Использовалась короткая форма опросника *качества жизни Всемирной организации здравоохранения* (WHOQOL-BREF). Краткий опросник состоит из 26 вопросов, разделенных на 4 модуля: физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие. Каждое из утверждений опросника испытуемый должен оценить по 5-балльной шкале: очень плохо (1 балл), плохо (2 балла), ни плохо, ни хорошо (3 балла), хорошо (4 балла) и очень хорошо (5 баллов) (Eurohis, 2005).

5. На качество жизни и состояние здоровья влияет количество и тяжесть заболеваний, в связи с этим использовалась шкала оценки коморбидности *Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics* (CIRS-G). Шкала позволяет получить суммарную оценку состояния

каждой из систем организма на основании следующих оценок: 0 – отсутствие заболеваний; 1 – небольшое отклонение от нормы или наличие перенесенных в прошлом заболеваний; 2 – заболевание, нуждающееся в назначении медицинской терапии; 3 – заболевание, ставшее причиной инвалидизации; 4 – наличие тяжелой органной недостаточности, требующей проведения неотложной терапии. CIRS-G оценивает коморбидность по сумме баллов от 0 до 56 (Верткин, Скотников, 2013).

6. *Субъективный возраст* оценивался с помощью когнитивной шкалы оценки возраста (Cognitive age-decade scale, В.Варак). Разработанная В.Варак в 1979 г., шкала была переведена и адаптирована Е.А.Сергиенко (Сергиенко, 2011; 2013 а). Субъективный возраст оценивается по следующим параметрам: *эмоциональный* возраст (на какой возраст человек выглядит), *биологический* (на сколько лет человек себя ощущает), *социальный* возраст (какому возрасту соответствует работоспособность и социальная активность человека) и *интеллектуальный возраст* (какому возрасту соответствуют интересы и когнитивные функции). Осуществляется расчет следующих показателей: общий показатель субъективного возраста (среднее значение всех составляющих субъективного возраста); разница между субъективным возрастом и хронологическим возрастом; расчет показателей по отдельным составляющим субъективного возраста. Оценка субъективного возраста является адекватной в том случае, когда субъективный возраст не отличается от хронологического ( $M \pm SD$ ); занижение субъективного возраста относительно хронологического ( $M < SD$ ) диагностируется в том случае, когда субъект оценивает себя как более молодого человека, завышение субъективного возраста диагностируется в случае, когда субъект оценивает себя как человека более пожилого ( $M > SD$ ).

Для оценки попарного распределения средних значений между показателями когнитивного, аффективного статуса, качества жизни и субъективного возраста у респондентов трех групп использовался *t-критерий Стьюдента*. Взаимосвязи между субъективным возрастом и его компонентами с когнитивным и аффективным статусом, качеством жизни и шкалой коморбидности считались ранговой *корреляцией Спирмена* с двусторонним критерием значимости с использованием статистической программы SPSS версия 21.0. для OS X.

### Процедура исследования

Всего с каждым респондентом было организовано две встречи по 50 минут. На рис. 1 приведена общая схема исследования.



Рис. 1. Схема проведения эмпирического исследования



Итак, в соответствии с основной схемой исследования, на первом этапе осуществлялся анализ амбулаторных медицинских карт респондентов, заключений врачей-специалистов первого звена, коморбидного статуса расстройств. Соматический статус оценивался у всех респондентов врачом-терапевтом на основе амбулаторной карты и заключений врачей-консультантов (кардиолога, невролога, пульмонолога и гинеколога-эндокринолога) по показателям количества и тяжести хронических заболеваний, коморбидного статуса. Далее с каждым из испытуемых проводилось клиническое интервью с учетом оценки субъективного возраста и качества жизни (для определения клинического и социально-демографического статуса каждого из испытуемых). На втором этапе проводилась оценка наличия и степени когнитивного дефицита и спектра аффективных расстройств позднего возраста.

### Результаты и их обсуждение

Результаты *оценки когнитивного и эмоционального статуса* испытуемых указывают на следующие тенденции и закономерности.

А. Среднегрупповая оценка показателей шкалы когнитивных функций в трех группах респондентов составила 29,3 балла, что указывает на отсутствие когнитивного дефицита. С возрастом наблюдаются незначительные изменения в когнитивной сфере: так, результаты анализа показателей испытуемых возрастной группы 55–60 лет свидетельствуют о повышенной небрежности при выполнении когнитивного теста (29,8 баллов); в возрастных группах 61–74 лет и 75–90 лет наблюдается тенденция к снижению среднего значения данного показателя (29,1 баллов и 28,6 баллов – соответственно).

Б. По *гериатрической шкале депрессии* у респондентов 55–60 лет наблюдались отдельные моносимптомы субдепрессивного состояния (10,2 балла): утомляемость, раздражительность, слезливость, ангедония, нарушение сна. Показатели респондентов 61–74 лет (13,3 балла) и 75–90 лет (13,8) свидетельствуют о наличии у них легкой степени депрессии. Участники этих двух групп отмечали, что не довольны своей жизнью и потеряли интерес к тому, что радовало их раньше.

В. Средние значения показателей *Калифорнийской шкалы одиночества* составили 40,97 баллов, что указывает на повышенный уровень социальной изоляции. В группе респондентов 61–74 лет данные показатели составили 44,51 балла, а в группе респондентов 75–90 лет – 46,97 балла, что свидетельствует о тенденции к углублению чувства социальной изоляции: преобладающими являются чувства изоляции, отстраненности, ненужности и замкнутости; респонденты ссылались на отсутствие близкого круга друзей и тех людей, с кем можно поговорить и к кому можно обратиться за помощью; социальные контакты носят поверхностный характер.

Г. Был проведен дополнительный анализ влияния рабочего и семейного статуса респондентов на показатели функционирования их когнитивной и эмоциональной сфер. Были выявлены существенные статистические различия между возрастными группами по показателям шкалы оценки когнитивных функций (MMSE), гериатрической шкалы депрессии (GDS-30) в трех группах респондентов. В группах респондентов 61–74 лет и 75–90 лет наблюдаются статистически значимые различия по шкале одиночества у тех, кто работает, по сравнению с теми, кто вышел на пенсию (не работающих) ( $p=0,09$ ). Также существуют значимые различия в показателях шкалы оценки когнитивных функций (MMSE), гериатрической шкалы депрессии (GDS-30), Калифорнийской шкалы одиночества в трех группах респондентов с разным семейным положением с тенденцией к их ухудшению у тех респондентов, которые не состоят в браке.

Д. *Коморбидность и качество жизни.* С возрастом наблюдается тенденция к увеличению показателей коморбидности болезней ( $p=0,05$ ): если в группе респондентов 55–60 лет среднее значение по CIRS-G составило 2,87 балла, указывающее на легкие отклонения в работе сердечно-сосудистой системы, мочеполовой и опорно-двигательной систем (более значительным было снижение показателей работы органов верхних и нижних отделов пищеварительной системы), то показатели респондентов в возрасте 61–74 лет составили уже 5,65 балла с наличием сердечно-сосудистых заболеваний, желудочно-кишечных и эндокринных расстройств, легких психических нарушений аффективного характера. И, наконец, средние значения данного показателя в группе респондентов в возрасте 75–90 лет составили 10,09 баллов: инвалидизирующими были расстройства эндокринной и сердечно-сосудистой системы; имелись выраженные нарушения опорно-двигательного характера и желудочно-кишечные заболевания. Все три группы респондентов оценивали качество собственной жизни и состояние здоровья как «ни плохо, ни хорошо» – 3 балла, однако с возрастом наблюдается снижение данных показателей ( $p=0,07$ ), как и показателей физического и психологического благополучия (значимость различий –  $p=0,03$ ), самовосприятия ( $p=0,05$ ), микросоциальной поддержки ( $p=0,06$ ) и социального благополучия ( $p=0,09$ ). Дополнительно проводился анализ различий в показателях качества жизни и его компонентов между работающими и вышедшими на пенсию респондентами: были выявлены значимые различия между работающими и неработающими пожилыми людьми по показателям коморбидности болезней (GIRS-G), удовлетворенности здоровьем, физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки и социального благополучия в трех группах респондентов. В группе респондентов 61–74 лет и 75–90 лет между работающими и неработающими отмечались значимые различия в оценке качества жизни ( $p=0,04$ ).

**Оценка субъективного возраста и его компонентов.** В табл. 2 представлены значения компонентов субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте.

Таблица 2

**Распределение средних значений компонентов субъективного возраста и разницы между ними и хронологическим возрастом в трех возрастных группах**

Группы	Количество респондентов	Хронологический возраст	Средний субъективный возраст	Биологический возраст (чувствует)	Эмоциональный возраст (выглядит)	Социальный возраст (действует)	Интеллектуальный возраст (интересы)
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
55–60 лет	40	57,78	50,8±1,8	49,5±10,4	53,3±6,5	49,3±10,4	51,1±7,41
			<b>0,00</b>	<b>0,03</b>	<b>0,01</b>	<b>0,09</b>	<b>0,01</b>
61–74 года	112	66,94	55,4±3,3	56,7±13	59,5±12,4	51,6±11	54,1±10
			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,07</b>	<b>0,02</b>	<b>0,01</b>
75–90 лет	36	79,78	63,5±6,6	69,9±8,2	65,6±17,8	64,5±17,6	54,1±11,4
			<b>0,01</b>	<b>0,01</b>	<b>0,08</b>	<b>0,05</b>	<b>0,01</b>

*Примечание:* Полу жирным шрифтом выделены уровни значимости  $p$ .





Из табл. 2 видно, что для респондентов пожилого и старческого возраста характерно оценивать себя младше своего хронологического возраста по всем составляющим. Различия между хронологическим возрастом, средним субъективным и его составляющими для респондентов пожилого и старческого возраста статистически значимы, что соответствует данным как отечественных, так и зарубежных исследований (Сергиенко, 2015; Westerhof, Barrett, 2005). Дополнительно проводился анализ показателей адекватности индивидуального восприятия собственного возраста: адекватной оценки субъективного возраста ( $M \pm SD$ ), тенденции к занижению субъективного возраста относительно хронологического ( $M < SD$ ) и завышению ( $M > SD$ ) в трех возрастных группах (рис. 2).

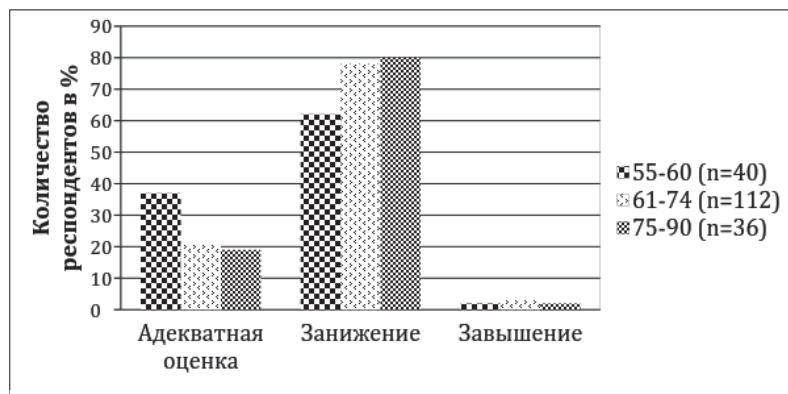


Рис. 2. Распределение оценок субъективно возраста в пожилом и старческом возрасте (в %)

В большинстве случаев среди респондентов преобладает общая тенденция к занижению собственного возраста (рис. 2) с единичными случаями его завышения. Был проведен попарный анализ различий в показателях функционирования когнитивной и эмоциональной сферы при различных оценках субъективного возраста в трех группах респондентов (табл. 3, 4, 5).

Таблица 3

**Показатели когнитивной и эмоциональной сферы у респондентов 55–60 лет при различных оценках субъективного возраста и уровня значимости различий**

	Число респондентов гр. 1	Шкала оценки когнитивных функций (MMSE)	Уровень значимости <i>p</i>	Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30)	Уровень значимости <i>p</i>	Калифорнийская шкала одиночества (UCLA-LS)	Уровень значимости <i>p</i>
=/<	11/27	29,3/29,8	0,819	10,01/8,7	<b>0,017</b>	40,8/40,1	0,319
=/>	11/2	29,3/29,5	0,711	10,01/10,02	0,714	40,8/40,8	0,875
>/<	27/2	29,5/29,8	0,724	10,02/8,7	<b>0,016</b>	40,8/40,1	0,311

Примечания: 1) = – адекватная оценка; < – оценка в сторону занижения; > – оценка в сторону завышения; 2) полужирным шрифтом выделены уровни значимости *p*. 3) гр. 1 – респонденты 55–60 лет.



Из табл. 3 видно, что в группе респондентов 55–60 лет наблюдается обратная зависимость между показателями оценки возраста и показателями уровня депрессии: чем более молодым человеком считает себя испытуемый, тем ниже уровень депрессивных эмоций.

Таблица 4

**Показатели когнитивной и эмоциональной сферы у пожилых людей (61–71 лет) при различных оценках субъективного возраста и уровне значимости различий**

	Число респондентов гр.2	Шкала оценки когнитивных функций (MMSE)	Уровень значимости <i>p</i>	Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30)	Уровень значимости <i>p</i>	Калифорнийская шкала одиночества (UCLA-LS)	Уровень значимости <i>p</i>
=/<	24/83	29,3/29,8	0,819	14,01/11,5	<b>0,009</b>	47,6/42,3	<b>0,011</b>
=/>	24/83	29,3/29,3	0,711	14,01/14,01	0,831	47,6/47,1	0,755
>/<	83/5	29,3/29,8	0,724	14,01/11,5	<b>0,009</b>	47,1/42,3	<b>0,009</b>

*Примечания:* 1) = – адекватная оценка; < – оценка в сторону занижения; > – оценка в сторону завышения; 2) полужирным шрифтом выделены уровни значимости *p*; 3) гр. 2 – респонденты 61–74 лет.

Результаты анализа взаимосвязи уровня депрессии и показателей адекватности оценки собственного возраста у респондентов 61–74 лет согласуются с данными группы респондентов 55–60 лет: занижение возраста напрямую связано с низким уровнем депрессии.

Таблица 5

**Показатели когнитивной и эмоциональной сферы у пожилых людей (75–90 лет) при различных оценках субъективного возраста и уровне значимости различий**

	Число респондентов гр. 3	Шкала оценки когнитивных функций (MMSE)	Уровень значимости <i>p</i>	Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30)	Уровень значимости <i>p</i>	Калифорнийская шкала одиночества (UCLA-LS)	Уровень значимости <i>p</i>
=/<	5/28	28,7/29,2	0,819	13,4/11,2	<b>0,013</b>	45,7/41,9	<b>0,014</b>
=/>	5/3	28,7/28,6	0,711	13,4/13,1	0,813	45,7/45,2	0,736
>/<	3/28	28,6/29,2	0,724	13,1/11,2	<b>0,013</b>	45,2/41,9	<b>0,011</b>

*Примечания:* 1) = – адекватная оценка; < – оценка в сторону занижения; > – оценка в сторону завышения; 2) полужирным шрифтом выделены уровни значимости *p*; 3) гр. 3 – респонденты 75–90 лет.



И наконец, результаты анализа данных респондентов группы 75–90 лет, представленные в табл. 5, также свидетельствуют о том, что занижение возраста способствует снижению уровня депрессивных эмоций и настроений. Аналогичная закономерность для респондентов всех исследованных групп наблюдается в отношении показателей оценки возраста и показателей коморбидности болезней и качества жизни.

**Субъективный возраст и оценка когнитивной, эмоциональной сферы.** На рис. 3 представлена схема взаимосвязей между компонентами субъективного возраста, показателями уровня депрессии и показателями уровня переживания чувства одиночества.

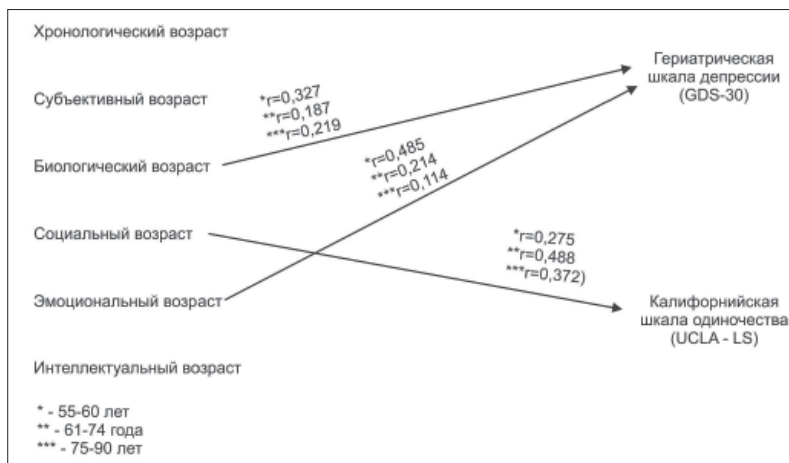


Рис. 3. Корреляционные связи между субъективным возрастом, когнитивным и аффективным статусом респондентов

Корреляционный анализ не обнаружил связей между показателями оценки хронологического и субъективного возраста и показателями уровня когнитивного функционирования (MMSE). В пожилом и старческом возрасте возникают существенные проблемы со здоровьем, сопровождающиеся дискомфортом, болями, ограничением полноценного функционирования. Однако пожилые люди зачастую переоценивают свой биологический, эмоциональный и социальный статус, считают себя молодыми и энергичными; однако такая переоценка вкупе с физическими недомоганиями может в конечном итоге приводить к развитию расстройств депрессивного спектра с глубокими переживаниями одиночества, опустошенности, невостребованности. Изменения в оценке собственного самочувствия и внешности (биологический и эмоциональный возраст), снижение уровня социальной активности, утрата социального статуса – все эти факторы могут выступать предикторами развития депрессии в позднем возрасте.

**Показатели оценки по гериатрической шкале. Субъективный возраст и качество жизни.** Результаты анализа данных респондентов 55–60 лет указывают на следующие закономерности: чем более молодыми считают себя представители этой группы, тем выше уровень их физического, психологического ( $r=-0,329$ , при  $p \leq 0,05$ ), а также социального благополучия ( $r=-0,324$ , при  $p \leq 0,05$ ), стабильнее ощущение микросоциальной поддержки со стороны семьи и друзей ( $r=-0,336$ , при  $p \leq 0,05$ ). С одной стороны, чем больше разница между показателями хронологического и субъективным возрастом в сторону снижения последнего, тем в большей степени пожилые люди удовлетворены своим физическим и психологическим здоровьем ( $r=0,348$ , при  $p \leq 0,05$ ) и микросоциальной поддержкой ( $r=0,211$ , при  $p \leq 0,05$ ). С дру-

гой стороны, чем меньше расхождение между хронологическим и субъективным возрастом в этой группе респондентов, тем выше уровень оказываемый им микросоциальной поддержки ( $r=0,436$ , при  $p\leq 0,01$ ). Изменения в физическом и психологическом благополучии связаны с оценкой пожилыми людьми своего биологического, эмоционального и социального возраста. Показатели микросоциальной поддержки в пожилом возрасте связаны с биологическим ( $r=-0,384$ , при  $p\leq 0,05$ ) и эмоциональным возрастом ( $r=0,467$ , при  $p\leq 0,01$ ). Особенно стоит отметить, что чем ниже оценка интеллектуального возраста, тем выше удовлетворенность своим здоровьем в этой группе респондентов ( $r=-0,385$ , при  $p\leq 0,05$ ).

Результаты анализа данных следующей группы респондентов (61–74 лет) показывают аналогичную закономерность в отношении удовлетворенности физическим здоровьем: чем моложе они себя воспринимают, тем выше удовлетворенность здоровьем ( $r=-0,119$ , при  $p\leq 0,05$ ). Самовосприятие связано с социальным возрастом, т. е. с социальной активностью ( $r=-0,206$ , при  $p\leq 0,05$ ). Физическое и психологическое благополучие в этой возрастной группе связано с биологическим ( $r=-0,311$ , при  $p\leq 0,05$ ) и интеллектуальным возрастом ( $r=-0,118$ , при  $p\leq 0,05$ ). Своё физическое и психологическое благополучие оценивали выше те респонденты, у которых наблюдалась незначительная разница между хронологическим и субъективным возрастом ( $r=-0,225$ , при  $p\leq 0,05$ ). Удовлетворенность микросоциальной поддержкой со стороны родных и близких связана с эмоциональным возрастом ( $r=0,187$ ,  $p\leq 0,05$ ), в то время как социальное благополучие связано с оценкой субъективного возраста ( $r=0,500$ , при  $p\leq 0,01$ ).

И наконец, результаты анализа данных группы респондентов 75–90 лет обнаруживают, что чем моложе чувствуют себя респонденты в отношении своего социального возраста, тем выше их удовлетворенность качеством жизни ( $r=-0,289$ , при  $p\leq 0,05$ ) и социальным благополучием ( $r=-0,214$ , при  $p\leq 0,05$ ). Показатели физического и психологического благополучия также являются более высокими в том случае, когда респонденты этой группы оценивают свой биологический ( $r=-0,309$ , при  $p\leq 0,05$ ), социальный ( $r=-0,373$ , при  $p\leq 0,05$ ) и интеллектуальный возраст ( $r=-0,326$ , при  $p\leq 0,05$ ) ниже хронологического. При минимальной разнице в оценках хронологического и субъективного возраста респонденты данной группы ощущают большую заботу со стороны окружающих ( $r=0,204$ , при  $p\leq 0,05$ ). На рис. 4 показана связь между компонентами субъективного возраста и качества жизни в пожилом и старческом возрасте (итоги суммарной оценки).

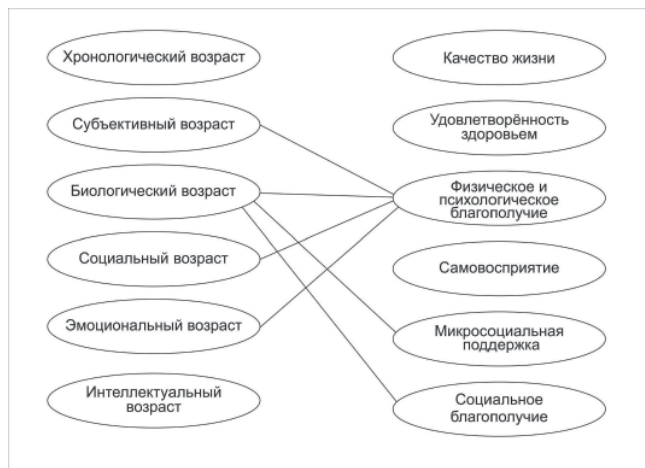


Рис. 4. Общие корреляционные связи между субъективным возрастом и качеством жизни в позднем возрасте



Таким образом, результаты анализа полученных в исследовании данных свидетельствуют о том, что в зрелом и пожилом возрасте субъективные оценки физического и психологического благополучия, микросоциальной поддержки и социального благополучия тесно взаимосвязаны с оценкой субъективного возраста и его компонентов, и согласуются с результатами, полученными другими исследователями (Bergland, Nicolaisen, 2014; Stephan, Sutin, 2015; Westerhof, Barrett, 2005).

### Выводы

- На поздних этапах онтогенеза наблюдается общая тенденция к увеличению разницы между хронологическим и субъективным возрастом, которая сопровождается неравномерным соотношением биологического возраста (на сколько лет человек себя чувствует), эмоционального возраста (на сколько лет, как он думает, он выглядит), социального возраста (какому возрасту соответствует социальная активность субъекта) и интеллектуального (какому возрасту соответствуют интересы и когнитивные возможности субъекта).

- При общей тенденции к субъективному снижению своего возраста, характерной для зрелого периода, существуют, тем не менее, индивидуальные варианты возрастной идентичности: снижение оценки (преобладающий вариант), адекватная оценка и даже завышение возраста (самая малочисленная группа).

- В современном обществе молодость приобретает все большую ценность, в то время как представители старшего поколения пользуются все меньшим авторитетом, а процесс старения считается необходимым предотвратить. Такое отношение к старости приводит к отчуждению и дистанцированию старшего поколения.

- Занижение субъективного возраста оказывает непосредственное положительное влияние на удовлетворенность субъекта собственной внешностью, здоровьем, социальным благополучием, микросоциальной поддержкой, отсутствием выраженной депрессии и чувства одиночества.

- Наличие семьи и работы в пожилом и старческом возрасте можно рассматривать как предиктор положительного отношения к качеству жизни и минимизации рисков развития аффективных расстройств.

- В пожилом и старческом возрасте наблюдаются мультикоморбидность болезней, изменения в эмоциональном здоровье с преобладанием субдепрессивного и депрессивного состояния легкой степени. Данные факторы напрямую связаны с оценкой субъективного возраста и его компонентов в сторону его сближения с хронологическим или переоценки.

- В позднем возрасте наблюдается *развитие двойной (гибкой) идентичности*: с одной стороны, у пожилого человека возникает понимание, что он стареет, а с другой, происходит анализ положительных ресурсов, позволяющих оценивать себя моложе. Данная особенность позволяет пожилым людям расширить свои возможности, оставаться активными членами общества, противодействовать негативным стереотипам старения и процессам старения.

### Заключение

Субъективный возраст интегрирует биологические и социальные факторы старения и может рассматриваться как интегративный показатель возрастных изменений в когнитивном и физическом функционировании субъекта. Адекватная оценка субъективного возраста может способствовать поддержке здоровья и активности в позднем периоде онтогенеза. Таким образом, субъективный возраст может рассматриваться как ключевой предиктор психологического и физического благополучия при наступлении зрелости.



С клинической точки зрения, данный показатель может быть эффективным средством выявления лиц с повышенным риском неблагоприятных реакций к процессу наступления зрелости и старения, а также осуществления своевременной терапевтической помощи и воздействия на соматические, когнитивные и психологические компоненты здоровья. Субъективный возраст может быть перспективной мишенью для формирования новой модели зрелого функционирования (создание культуры здорового образа жизни), психотерапевтических интервенций (работа с переживаниями по поводу старения), улучшающих психологическое и физическое состояние и функционирование людей в пожилом и старческом возрасте.

#### Литература

1. Белова Л.В. Одиночество: попытки измерить пустоту // РГАП, (США, Торонто), 2007.
2. Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность // Лечащий врач. 2013. № 8.
3. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов состояния здоровья. М.: Права человека. 2005. 193 с.
4. Кадьков А.С., Манвелов Л.С. Тесты и шкалы в неврологии: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 224 с.
5. Роик В. Феномен «седеющего населения» – глобальная демографическая проблема // Человек и труд. Социалистический труд / 2006. № 3. С. 52–56.
6. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 1 / Под рук. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. 720 с.
7. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст в контексте системно-субъектного подхода // Ученые записки Казанского университета. 2011. Т. 153. С. 89–100.
8. Сергиенко Е.А. Субъективный и хронологический возраст человека // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 30. С. 10.
9. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст человека и регуляция поведения // Психология стресса и совладающего поведения : материалы междунар. науч.- практ. конф. Кострома, 26–28 сент. 2013 г.: в 2 т. / Отв. ред. Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк. Кострома: Кгу имени Н.А. Некрасова, 2013. Т. 1. С. 56–58.
10. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст и психологическое здоровье // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / Отв. ред. А.Л. Журавлев, М.И. Воловикова, Т.В. Галкина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. С. 257–280.
11. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст человека как предиктор жизнедеятельности // Психология человека и общества: научно-практические исследования / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабриной. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 262–281.
12. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach // International Journal of Behavioral Development. 2009. Vol. 33. № 1. P. 2–11. doi: 10.1177/0165025408099485
13. Barak B., Stern B. Subjective age correlates: A research note // The Gerontologist. 1986. Vol. 26. P. 571–578. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/26.5.571>
14. Baltes M.M., Carstensen L.L. The process of successful ageing // Ageing and Society. 1996. Vol. 16. P. 397–422. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
15. Bergland A., Nicolaisen M. Predictors of subjective age in people aged 40-79 years: a five-year follow-up study. The impact of mastery, mental and physical health // Aging & Mental Health. 2014. Vol. 18. № 5. P. 653–661. doi: 10.1080/13607863.2013.869545
16. Caudroit J., Stephan Y. Subjective Age and Social-Cognitive Determinants of Physical Activity in Active Older Adults // Journal of Aging and Physical Activity. 2012. Vol. 20. P. 484–491.
17. Depp C.A., Glatt S.J. Recent advances in research on successful or healthy aging // Curr Psychiatry Rep. 2007. Vol. 9. № 1. P. 7–13.
18. Gana K., Alaphilippe D. Positive illusions and mental and physical health in later life // Aging Ment Health. 2004. Vol. 8. № 1. P. 58–64. doi: 10.1081/13607860310001613347
19. Heckhausen J., Schulz R. Developmental regulation in adulthood: Selection and compensation via primary and secondary control [Электронный ресурс] // C.S. Dweck, J. Heckhausen (Eds.). Motivation and selfregulation across the life span. N. Y.: Cambridge University Press. 1995. P. 50–77. URL: <http://dx.doi.org>



org/10.1017/CBO9780511527869.004 (дата обращения 15.08.1915).

20. Keyes C.L., Westerhof G.J. Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode // *Aging Ment Health*. 2012. Vol. 16. № 1. P. 67–74. doi: 10.1080/13607863.2011.596811
21. Khalil M., Kitzman D.W. Frailty and Multiple Comorbidities in the Elderly Patient with Heart Failure: Implications for Management // *Heart Fail Rev*. 2012. Vol. 17. P. 581–588. doi: 10.1007/s10741-011-9258-y
22. Logan J.R., Ward R. As old as you feel: Age identity in middle and later life // *Social Forces*. 1992. Vol. 71. P. 451–467. doi: 10.1093/sf/71.2.451
23. Solomon Z., Helvitz H. The relationship between subjective age, posttraumatic stress disorder and physical health among veterans from first Lebanon war // *Aging and Mental Health*. 2009. Vol. 13. P. 405–413.
24. Steitz J.A., McClary A.M. Subjective age, age identity, and middle-age adults// *Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process*. 1988. Vol. 14. P. 83–88. doi: 10.1080/03610738808259728
25. Stephan Y., Caudroit J. Subjective age and cognitive functioning: A 10-year prospective study // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014. Vol. 22. P. 1180–1187. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.007
26. Stephan Y., Chalabaev A. Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults // *Aging and Mental Health*. 2011. Vol. 15. № 4. P. 428–436. doi: 10.1080/13607863.2010.536138
27. Stephan Y., Chalabaev A. Feeling younger, being stronger: an experimental study of subjective age and physical functioning among older adults // *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012. Vol. 68. № 1. P. 1–7. doi: 10.1093/geronb/gbs037
28. Stephan Y., Sutin A.R. How Old Do You Feel? The Role of Age Discrimination and Biological Aging in Subjective Age // *PLoS ONE*. 2015. Vol. 10. № 3. P. 1–12. doi: 10.1371/journal.pone.0119293
29. Teuscher U. Subjective age bias: A motivational and information processing approach // *International Journal of Behavioral Development*. 2009. Vol. 33. P. 22–31. doi: 10.1177/0165025408099487
30. Weiss D., Sassenberg K. When Feeling Different Pays Off: How Older Adults Can Counteract Negative Age-Related Information // *Psychology and Aging*. 2013. Vol. 28. P. 1140–1146. doi: 10.1037/a0033811
31. Westerhof G.J., Barrett A.E. Age Identity and Subjective Well-Being: A Comparison of the United States and Germany // *Journal of Gerontology: social sciences*. 2005. Vol. 60. № 3. P. 129–136. doi: 10.1093/geronb/60.3.S129

## SUBJECTIVE AGE AND EMOTIONAL HEALTH IN THE ELDERLY

**MELEKHIN A.I.** \*, PhD student Laboratory of Developmental Psychology Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,  
e-mail: clinmelehin@yandex.ru

**SERGIENKO E.A.** \*\*, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Developmental Psychology Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,  
e-mail: elenas13@mail.ru

### For citation:

Melekhin A.I., Sergienko E.A. Predictors of subjective age and emotional health in the elderly. *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 185–201 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080316

\* Melekhin A.I. PhD student, Laboratory of Developmental Psychology Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. Moscow, Russia. E-mail: clinmelehin@yandex.ru

\*\* Sergienko E.A. Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Developmental Psychology Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. Moscow, Russia. E-mail: elenas13@mail.ru



This article describes the importance of the subjective age in understanding mental health in middle and old age. This phenomenon of positive illusions age estimates. Concretized the concept of emotional health. Presents the factors influencing the self-perception of age in later life. Within the framework of empirical research shows that elderly persons multikomorbidity diseases, changes in emotional health are all factors influencing the subjective age and its components.

**Keywords:** chronological age, subjective age, aging, emotional health, old age.

### References

1. Baltes M.M., Carstensen L.L. The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 1996, vol. 16, pp. 397–422. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
2. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach. *International Journal of Behavioral Development*, 2009, vol. 33, no. 1, pp. 2–11. doi: 10.1177/0165025408099485
3. Barak B., Stern B. Subjective age correlates: A research note. *The Gerontologist*, 1986, vol. 26, pp. 571–578. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/26.5.571>
4. Belova L.V. *Odinchestvo: popytki izmerit' pustotu [Loneliness: attempts to measure the void]*. USA, Toronto: RGAP, 2007 (In Russ.).
5. Bergland A., Nicolaisen M. Predictors of subjective age in people aged 40–79 years: a five-year follow-up study. The impact of mastery, mental and physical health. *Aging & Mental Health*, 2014, vol. 18, no. 5, pp. 653–661. doi: 10.1080/13607863.2013.869545
6. Caudroit J., Stephan Y. Subjective Age and Social-Cognitive Determinants of Physical Activity in Active Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2012, vol. 20, pp. 484–491.
7. Depp C.A., Glatt S.J. Recent advances in research on successful or healthy aging. *Curr Psychiatry Rep*, 2007, vol. 9, no. 1, pp. 7–13.
8. *EUROHIS: Razrabotka obshhego instrumentarija dlja oprosov sostojanija zdorov'ja. [EUROHIS: Developing a common instrument for surveys of health status]*. Moscow: Prava cheloveka, 2005. 193 p. (In Russ.).
9. Gana K., Alaphilippe D. Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging Ment Health*, 2004, vol. 8, no. 1, pp. 58–64. doi: 10.1081/13607860310001613347
10. Heckhausen J., Schulz R. Developmental regulation in adulthood: Selection and compensation via primary and secondary control. In C. S. Dweck, J. Heckhausen (Eds.), *Motivation and selfregulation across the life span*. New York: Cambridge University Press. 1995. pp. 50–77. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527869.004>
11. Kadykov A.S., Manvelov L.S. *Testy i shkaly v nevrologii: rukovodstvo dlja vrachej. [Tests and scales in neurology: a guide for doctors]*. Moscow: MEDpress-inform, 2015. 224 p. (In Russ.).
12. Keyes C.L., Westerhof G.J. Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode. *Aging Ment Health*. 2012, vol. 16, no. 1, pp. 67–74. doi: 10.1080/13607863.2011.596811
13. Khalil M., Kitzman D.W. Frailty and Multiple Comorbidities in the Elderly Patient with Heart Failure: Implications for Management. *Heart Fail Rev*, 2012, vol. 17, pp. 581–588. doi:10.1007/s10741-011-9258-y
14. Logan J.R., Ward R. As old as you feel: Age identity in middle and later life. *Social Forces*, 1992, vol. 71, pp. 451–467. doi: 10.1093/sf/71.2.451
15. Roik V. Fenomen “sedejshhego naselenija” – global'naja demograficheskaja problema [Phenomenon of “graying population” – a global demographic problem]. *Chelovek i trud. Socialisticheskij trud. [Man and labor. Socialist Labor]*, 2006, no. 3, pp. 52–56 (In Russ.).
16. *Rukovodstvo po gerontologii i geriatrii. v 4-h tomah [Guidelines for Gerontology and Geriatrics]*. Vol. 1. Eds. V.N. Jarygina, A.S. Melent'eva. Moscow: GEOTAR-Media. 2010. 720 p. (In Russ.).
17. Sergienko E.A. Subektivnyj i hronologicheskij vozrast cheloveka [The subjective and chronological age of the person]. *Psihologicheskie issledovanija [Psychological research]*, 2013, vol. 6, no. 30, pp. 10 (In Russ.).
18. Sergienko E.A. Subektivnyj vozrast cheloveka i reguljacija povedenija [Subjective age of the person and the regulation of behavior]. In T.L. Krjukova, E.V. Kuftjak (eds.), *Psihologija stressa i sovladajushhego povedenija : materialy mezhdunar. nauch.- prakt. konf. Kostroma, 26–28 sent. 2013 g. [Psychology of stress and coping: Proceedings of the international. scientific and practical. conf. Kostroma, 26–28 September. 2013]*. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2013, vol. 1, pp. 56–58 (In Russ.).





19. Sergienko E.A. Subektivnyj vozrast cheloveka kak prediktor zhiznedejatel'nosti [Subjective person's age as a predictor of life]. In A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko, N.V. Tarabrina (eds.), *Psihologija cheloveka i obshhestva: nauchno-prakticheskie issledovaniya* [The psychology of man and society: theoretical and practical studies]. Moscow: Russian Academy of Sciences Institute of Psychology Publ., 2015, pp. 262–281 (In Russ.).
20. Sergienko E.A. Subektivnyj vozrast i psihologicheskoe zdorov'e [Subjective age and psychological health of the person]. In A.L. Zhuravlev, M.I. Volovikova, T.V. Galkina (eds.), *Psihologicheskoe zdorov'e lichnosti i duhovno-nravstvennyye problemy sovremennogo rossijskogo obshhestva* [Psychological health and spiritual and moral problems of contemporary Russian society]. Moscow: Russian Academy of Sciences Institute of Psychology Publ., 2014, pp. 257–280 (In Russ.).
21. Sergienko E.A. Subektivnyj vozrast v kontekste sistemno-subektnogo podhoda. [Subjective age in the context of system-subject approach]. *Uchenye zapiski Kazanskogo universiteta* [Scientific notes of the Kazan University], 2011, vol. 153, pp. 89–100 (In Russ.).
22. Solomon Z., Helvitz H. The relationship between subjective age, posttraumatic stress disorder and physical health among veterans from first Lebanon war. *Aging and Mental Health*, 2009, vol. 13, pp. 405–413.
23. Steitz J.A. McClary A.M. Subjective age, age identity, and middle-age adults. *Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process*, 1988, vol. 14, pp. 83–88. doi: 10.1080/03610738808259728
24. Stephan Y., Caudroit J. Subjective age and cognitive functioning: A 10-year prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2014, vol. 22, pp. 1180–1187. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.007
25. Stephan Y., Chalabaev A. Feeling younger, being stronger: an experimental study of subjective age and physical functioning among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2012, vol. 68, no. 1, pp. 1–7. doi: 10.1093/geronb/gbs037
26. Stephan Y., Chalabaev A. Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults. *Aging and Mental Health*, 2011, vol. 15, no. 4, pp. 428–436. doi: 10.1080/13607863.2010.536138
27. Stephan Y., Sutin A.R. How Old Do You Feel? The Role of Age Discrimination and Biological Aging in Subjective Age. *PLoS ONE*, 2015, vol. 10, no. 3, pp. 1–12. doi:10.1371/journal.pone.0119293
28. Teuscher U. Subjective age bias: A motivational and information processing approach. *International Journal of Behavioral Development*, 2009, vol. 33, pp. 22–31. doi:10.1177/0165025408099487
29. Vertkin A.L., Skotnikov A.S. Komorbidnost'. [Comorbidity]. *Lechashhij vrach* [Attending Physician], 2013, no. 8 (In Russ.).
30. Weiss D., Sassenberg K. When Feeling Different Pays Off: How Older Adults Can Counteract Negative Age-Related Information. *Psychology and Aging*, 2013, vol. 28, pp. 1140–1146. doi: 10.1037/a0033811
31. Westerhof G.J., Barrett A.E. Age Identity and Subjective Well-Being: A Comparison of the United States and Germany. *Journal of Gerontology: social sciences*, 2005, vol. 60, no. 3, pp.129–136. doi: 10.1093/geronb/60.3.S129